MÁSTER UNIVERSITARIO PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

TRABAJO FIN DE MÁSTER

CALIDAD DE SUEÑO Y SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE LA REGIÓN DE MURCIA.

Alumno: González Tudela, Carmen.

Tutor: Rodríguez Blanes, Gloria María**.**

Curso: 2023-2024

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Burnout (SB) es una respuesta al estrés laboral crónico que afecta a profesionales de diversos ámbitos. Este síndrome se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo. El SB puede tener consecuencias negativas tanto para los individuos como para las organizaciones. Los médicos residentes, debido a la carga de trabajo y las demandas emocionales de su profesión, son particularmente vulnerables al SB. Además, la alteración de la calidad del sueño se ha asociado con el desarrollo del SB o consecuencia de este en diversas poblaciones.

OBJETIVO: Evaluar la prevalencia del SB y de calidad de sueño alterada entre los residentes de un hospital de segundo nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal, descriptivo, retrospectivo en un hospital de segundo nivel de la Región de Murcia. Participaron 75 médicos internos residentes (MIR) que completaron de forma voluntaria y anónima un cuestionario en línea. El cuestionario incluyó el Maslach Burnout Inventory (MBI) para evaluar el SB y la Escala de Sueño de Jenkins (JSS-4) para evaluar la calidad del sueño. Se recogieron datos sociodemográficos y laborales. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v26.

RESULTADOS: La prevalencia del SB entre los MIR fue del 2,7%. Sin embargo, el 22,7% de los residentes presentaron niveles altos o muy altos de agotamiento emocional y cinismo, dos dimensiones clave del SB. El 16% de los participantes reportaron tener problemas de sueño según la JSS-4.

CONCLUSIONES: Aunque la prevalencia del SB en la muestra fue baja, es relevante el porcentaje de residentes con niveles elevados de agotamiento y cinismo.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de Burnout; Médicos Internos Residentes; Calidad de sueño; Estrés laboral; Prevención

ÍNDICE

Resumen 3

1. Introducción 6

1.1. Antecedentes en el estudio del Síndrome de Burnout 6

1.2. Definición del Síndrome de Burnout 7

1.3. Modelo explicativo del Síndrome de Burnout 8

1.4. Epidemiología del Síndrome de Burnout 9

1.5. Causas o desencadenantes del Síndrome de Burnout 10

1.6. Fases del Síndrome de Burnout 11

1.7. Consecuencias del Síndrome de Burnout 12

1.8. Evaluación e instrumentos de medida del Síndrome de Burnout 13

1.9. Marco legal y jurisprudencia del Síndrome de Burnout 14

1.10. Medidas preventivas del Síndrome de Burnout 15

1.11. Estrategias de intervención frente al Síndrome de Burnout 16

1.12. Características del sueño normal 18

1.13. Principales tipos de alteraciones del sueño 19

1.14. Factores que influyen en la calidad del sueño 21

1.15. Instrumentos de medida de la calidad el sueño 21

2. Justificación 24

3. Objetivos 25

4. Material y métodos 26

4.1. Diseño del estudio. 26

4.2. Criterios de inclusión y exclusión 26

4.3. Variables 26

4.4. Análisis estadístico 28

4.5. Plan de trabajo 28

5. Resultados 30

5.1. Resultados MBI 30

5.2. Resultados calidad de sueño 38

6. Discusión 41

7. Conclusiones 43

8. Bibliografía 44

9. Anexos 47

9.1. Anexo 1: encuesta 47

Biblioteca
UNIVERSITAS Miguel Hernández

1. INTRODUCCIÓN

La prevención de accidentes físicos es una práctica habitual en el ámbito laboral. No obstante, la atención a los riesgos psicosociales aún se encuentra en un estadio incipiente. A pesar de que la exposición a estos riesgos puede generar daños a la salud tan severos como los accidentes físicos, existe una menor sensibilidad y una mayor tolerancia hacia ellos por parte de los diferentes actores implicados (empresarios, trabajadores, técnicos de prevención, etc.) [(1)].

Dentro de los riesgos psicosociales propios del trabador se encuentra el síndrome de burnout, también conocido como síndrome del trabajador quemado (STQ). Este es una patología derivada de la interacción del individuo con condiciones psicosociales nocivas en el trabajo. Se caracteriza por un agotamiento emocional, despersonalización y baja autoestima profesional. La falta de evaluación y prevención de riesgos psicosociales, la sobrecarga de trabajo, la falta de control sobre el trabajo, las malas relaciones con los compañeros o superiores, y el trabajo emocional son algunos de los principales factores que pueden contribuir al desarrollo del burnout.

1.1. ANTECEDENTES EN EL ESTUDIO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Si bien existe un consenso general sobre sus características principales, también se observan algunas diferencias en la conceptualización del síndrome, principalmente en lo que respecta a su definición precisa y su relación con el estrés laboral.

Herbert Freudenberger[(2)] (1974) desarrolló la primera descripción clínica del síndrome, enfocándose en el deterioro del servicio en profesiones de ayuda como la educación y la salud. Lo definió como una "*sensación de fracaso y agotamiento por sobrecarga de exigencias".*

Cristina Maslach[(3)] (1976) desde una perspectiva psicosocial, acuñó el término "*pérdida de responsabilidad profesional"* y enfatizó la carga emocional excesiva en el trabajo como causa principal. En 1986, junto a **Jackson**[(4)], definió el burnout como un *síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, presente en trabajadores que interactúan con personas.*

En los años 80 se priorizó el estudio de las diferencias individuales como factor de riesgo, relegando la influencia de las condiciones laborales. **Pines y Aronson**[(5)] (1988) propusieron una definición más amplia, no limitada a las profesiones de ayuda, y definieron el

burnout como un "*estado de agotamiento mental, físico y emocional causado por la exposición crónica a demandas emocionales en el trabajo".*

Brill [6] consideró el burnout como un "*estado disfuncional relacionado con el trabajo, sin necesidad de otra alteración psicopatológica"*. Afirmó que puede ocurrir en cualquier tipo de trabajo, no solo en aquellos con interacción directa con el público.

1.2. DEFINICIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Aunque muchos trabajadores confunden el estar quemado con un simple disgusto o un mal día en el trabajo, el síndrome de burnout va mucho más allá. Se trata de un proceso insidioso que se desarrolla gradualmente y que, de no ser tratado, puede tener graves consecuencias para la salud del individuo. Es importante destacar que el burnout no es un problema de la personalidad del trabajador, sino que se produce como consecuencia de la exposición a condiciones de trabajo inadecuadas.

En nuestro país, el síndrome de burnout ha recibido diversas denominaciones. Sin embargo, la más adecuada es "Síndrome de estar quemado por el trabajo". Esta definición técnica tiene la ventaja de ser unívoca, desviar la atención hacia la causa del problema (el trabajo) y evitar estigmatizar al individuo. Además, permite diferenciarlo de otros conceptos como el estrés, la fatiga o la ansiedad.

El síndrome de burnout se define como un "*conjunto de síntomas y signos que caracterizan un estado de daño a la salud como consecuencia del trabajo"*[1]. Se caracteriza principalmente por:

- **Agotamiento emocional:** El trabajador siente que ya no puede dar más de sí mismo a nivel afectivo.
- **Despersonalización:** El trabajador desarrolla sentimientos negativos y actitudes de cinismo hacia las personas con las que trabaja.
- **Baja realización personal en el trabajo:** El trabajador se siente descontento consigo mismo e insatisfecho con sus resultados laborales.

El síndrome de burnout se produce como respuesta al estrés laboral crónico. Este estrés se produce cuando las demandas del trabajo superan la capacidad del trabajador para afrontarlas. Los profesionales que trabajan en contacto directo con los usuarios, como los

profesionales de la salud, los educadores o los trabajadores sociales, son más propensos a sufrir el síndrome de burnout.

El síndrome de burnout puede tener graves consecuencias para la salud del individuo, como:

- Problemas físicos: Fatiga crónica, dolores de cabeza, problemas digestivos, etc.
- Problemas psicológicos: Ansiedad, depresión, baja autoestima, etc.
- Problemas sociales: Deterioro de las relaciones familiares y sociales, absentismo laboral, etc.

1.3. MODELO EXPLICATIVO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

En el caso de los profesionales que trabajan en constante interacción con usuarios, como los del sector salud o educativo, las condiciones de trabajo cobran aún más importancia. Su interacción con los usuarios y las exigencias del servicio pueden generar un desgaste emocional y profesional que puede derivar en el síndrome de burnout.

Para comprender mejor el síndrome de burnout, es importante analizarlo desde la perspectiva de la **Teoría Organizacional**. Estos modelos resaltan la influencia de los estresores del entorno laboral y las estrategias de afrontamiento que utilizan los trabajadores para enfrentar el burnout.

Desde esta perspectiva, el burnout se considera una respuesta al estrés crónico que surge de la relación profesional-cliente y la relación profesional-organización. Entre los factores que pueden contribuir al burnout se encuentran:

- Aspectos organizacionales: Cultura organizacional, liderazgo, comunicación, etc.
- Diseño del puesto: Carga de trabajo, ritmo de trabajo, autonomía, etc.
- Relaciones interpersonales: Conflictos con compañeros, falta de apoyo social, etc.

Si bien los modelos organizacionales nos ayudan a comprender las causas del burnout, existen **otros modelos** que se centran en cómo se produce el daño psicofisiológico en el individuo. Estos modelos analizan los procesos internos que conducen al desarrollo del síndrome, como:

- Aspectos cognitivos: Pensamientos negativos, autoevaluaciones negativas, etc.

- Aspectos emocionales: Estrés, ansiedad, depresión, etc.
- Aspectos actitudinales: Desmotivación, cinismo, despersonalización, etc.

El modelo más reconocido para explicar el burnout es el **Modelo Tridimensional MBI-HSS de Maslach** (1980). Este modelo identifica tres dimensiones principales del síndrome:

- Agotamiento emocional: Sentimiento de estar emocionalmente agotado y desgastado.
- Despersonalización: Actitud negativa y deshumanizada hacia los usuarios.
- Baja realización personal en el trabajo: Sentimiento de ineficacia e insatisfacción con el trabajo.

Además del modelo de Maslach, existen otros modelos que también son válidos para explicar el burnout, como los de: **Golembiewski** (1983), **Leiter** (1988), **Edelwich y Brocisky** (1980), **Price y Murphy** (1984), **Cherniss** (1980), **Cordes y Dougherty** (1993)

En conclusión, el síndrome de burnout es un problema complejo que tiene su origen en la interacción entre las condiciones de trabajo y las características individuales del trabajador. La teoría organizacional nos ofrece una perspectiva valiosa para comprender las causas del burnout, mientras que los modelos centrados en el proceso interno del individuo nos ayudan a entender cómo se desarrolla el síndrome. La combinación de estos dos enfoques es fundamental para desarrollar estrategias de prevención e intervención efectivas.

1.4. EPIDEMIOLOGÍA DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Aunque no hay datos precisos sobre la prevalencia del síndrome de burnout en la población general, sí se ha identificado que ciertos colectivos profesionales son más propensos a sufrirlo. Entre ellos se encuentran los sanitarios, docentes, fuerzas de seguridad, trabajadores sociales y funcionarios de prisiones [(7)].

Estudios realizados en estos colectivos han encontrado que la prevalencia del burnout puede oscilar entre el 10% y el 50% [(7)]. Sin embargo, es importante destacar que el síndrome no se limita a estas profesiones. Incluso se han realizado estudios en profesiones fuera del sector servicios.

Los datos disponibles, aunque no son definitivos, sugieren que el síndrome de burnout es un problema de gran magnitud. Esto tiene importantes consecuencias para la salud laboral, tanto a nivel individual como organizativo.

Es necesario realizar más investigaciones para obtener una mejor comprensión de la prevalencia del síndrome de burnout en la población general y en diferentes sectores profesionales. Esto permitirá desarrollar estrategias de prevención e intervención más efectivas.

1.5. CAUSAS O DESENCADENANTES DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Los factores de riesgo descritos en la literatura asociados al desarrollo SQT son [5]:

- Carga de trabajo excesiva: Cuando la cantidad de trabajo es abrumadora y no se tiene control sobre la misma, aumenta el riesgo de burnout.
- Falta de control y autonomía: Sentirse como un simple engranaje en la maquinaria, sin poder tomar decisiones sobre el propio trabajo, puede ser muy frustrante y contribuir al burnout.
- Ambigüedad y conflicto de rol: No tener claro qué se espera de uno en el trabajo o tener que lidiar con roles conflictivos puede generar estrés y burnout.
- Malas relaciones en el trabajo: Un ambiente laboral tóxico, con conflictos entre compañeros o jefes, puede ser muy desgastante y contribuir al burnout.
- Falta de apoyo social: Sentirse solo y sin apoyo, tanto en el trabajo como en la vida personal, puede aumentar el riesgo de burnout.
- Falta de formación: No tener las habilidades y conocimientos necesarios para realizar el trabajo correctamente puede generar estrés y frustración, que pueden derivar en burnout.
- Descompensación entre responsabilidad, recursos y autonomía: Sentirse responsable de tareas que no se pueden realizar con los recursos disponibles o sin la suficiente autonomía puede ser muy frustrante y contribuir al burnout.

Como ya se ha descrito previamente, los profesionales que trabajan en contacto directo con personas, como los sanitarios, docentes o trabajadores sociales, son los más propensos a sufrir burnout. Esto se debe a que las demandas emocionales y cognitivas de su trabajo son muy elevadas.

El estrés es una respuesta natural a las situaciones desafiantes. Sin embargo, cuando el estrés se vuelve crónico, puede desembocar en burnout. Las condiciones de trabajo

mencionadas anteriormente pueden generar un estrés crónico que, a su vez, puede provocar un daño a la salud del trabajador.

El **Modelo de Intercambio Social** [8] propone que el balance entre las demandas del trabajo y los recursos disponibles para el trabajador determina el riesgo de burnout. Si las demandas son excesivas y los recursos insuficientes, es más probable que se desarrolle el síndrome.

Las causas del burnout son multifactoriales e incluyen:

- Demandas del trabajo: Carga de trabajo, falta de control, ambigüedad de rol, etc.
- Recursos del trabajador: Habilidades, conocimientos, apoyo social, etc.
- Características individuales: Personalidad, valores, estilo de afrontamiento, etc.

Es importante recordar que las características individuales no son la causa del burnout, sino que pueden influir en su desarrollo. La responsabilidad de prevenir el burnout recae en las empresas y organizaciones, que deben crear un entorno laboral saludable que proteja a sus trabajadores.

1.6. FASES DEL SÍNDROME DE BURNOUT

El síndrome de burnout es un proceso gradual que se caracteriza por cinco fases [1]:

1. Fase de entusiasmo:

En esta fase inicial, el trabajador experimenta un gran entusiasmo por su nuevo trabajo. Está lleno de energía y tiene expectativas positivas. No le importa dedicar largas horas al trabajo, ya que lo ve como una forma de alcanzar sus metas.

2. Fase de estancamiento:

A medida que pasa el tiempo, las expectativas del trabajador comienzan a chocar con la realidad del trabajo. Empieza a percibir que la relación entre el esfuerzo que realiza y la recompensa que recibe no es equitativa. Se siente estancado y desmotivado.

3. Fase de frustración:

En esta fase, la frustración se apodera del trabajador. Siente que su trabajo no tiene sentido y que no está logrando nada. Cualquier cosa lo irrita y esto puede generar conflictos

con sus compañeros de trabajo. Su salud comienza a verse afectada, con la aparición de problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.

4. Fase de apatía:

El trabajador se vuelve apático y desinteresado en su trabajo. Se distancia de sus clientes y compañeros, y solo busca satisfacer sus propias necesidades. Esta fase se caracteriza por un afrontamiento defensivo-evitativo de las tareas estresantes y una retirada personal.

5. Fase de quemado:

Esta es la fase final del síndrome de burnout. El trabajador experimenta un colapso emocional y cognitivo, con graves consecuencias para su salud. En algunos casos, se ve obligado a abandonar su trabajo, lo que puede llevarlo a una vida profesional de frustración e insatisfacción.

Es importante destacar que esta descripción del SQT tiene carácter cíclico. Esto significa que el trabajador puede pasar por estas fases en el mismo trabajo o en diferentes trabajos a lo largo de su vida laboral. La mejor manera de prevenir el burnout es identificar las señales de alerta en cada una de las fases y tomar medidas para reducir el estrés y mejorar la salud mental del trabajador.

1.7. CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Las consecuencias del SQT son globales y afectan tanto al trabajador como a la empresa y su organización [(9)]. En cuanto a las consecuencias hacia al trabajador, afectan en distintos planos. Para empezar, pueden afectar a nivel cognitivo, con frustración, desencanto profesional, crisis de la capacidad percibida y crisis existencial. Afectan también al plano afectivo, con desgaste emocional, culpa, cinismo, indolencia e indiferencia. En el ámbito conductual, se puede producir la despersonalización de la relación con el cliente, fomentar el absentismo laboral, caer en el abuso de sustancias, presentar cambios bruscos de humor o incapacidad para concentrarse. A nivel psicosomático se muestra en forma de cansancio, fatiga crónica, alteraciones en el sistema cardiovascular, digestivo y reproductor. Finalmente, en el ámbito social puede producir deterioro de la calidad de vida personal, problemas de pareja y familiares.

El SQT también tiene un impacto negativo en las organizaciones. El burnout genera un clima laboral hostil y tenso, donde la comunicación se dificulta y las relaciones entre

compañeros se deterioran. Esto deriva en un ambiente de trabajo tóxico que afecta a todos. La desmotivación y el agotamiento de los trabajadores con burnout se traducen en una menor capacidad de trabajo, un rendimiento deficiente y una menor eficacia en la realización de las tareas. Esto impacta directamente en la productividad de la organización. El burnout aumenta el absentismo, la desmotivación y la rotación de personal. Los empleados insatisfechos buscan otras oportunidades laborales, lo que genera costos para la organización por la pérdida de talento y la necesidad de reclutar y capacitar nuevos empleados [(9)].

El impacto negativo en el desempeño de los trabajadores con burnout puede afectar la calidad de los servicios que se ofrecen. Los clientes o usuarios experimentan un servicio deficiente, lo que genera quejas y una mala imagen para la organización. En resumen, el síndrome de burnout no solo afecta a los trabajadores individualmente, sino que también tiene un impacto negativo en las organizaciones, afectando el clima laboral, la productividad, la calidad del servicio y la retención de talento [(9)].

1.8. EVALUACIÓN E INSTRUMENTOS DE MEDIDA DEL SÍNDROME DE BURNOUT

El síndrome de burnout no se define únicamente por la presencia de un conjunto de síntomas. Es fundamental comprender el contexto y el proceso de desarrollo del síndrome para realizar un diagnóstico preciso.

Existen una serie de errores comunes en el diagnóstico. En primer lugar, se suele confundir el SQT con estrés laboral: El estrés es una respuesta natural, mientras que el burnout es una consecuencia del estrés crónico en el trabajo. Otro aspecto erróneo sería atribuir el SQT a la personalidad del trabajador: Las condiciones de trabajo inadecuadas son la causa principal del SQT, no las características individuales. Por último, basar el diagnóstico solo en los síntomas no es lo correcto, es necesario considerar la historia del trabajador, el contexto laboral y otros posibles diagnósticos diferenciales. Para garantizar un diagnóstico correcto, se deben de realizar los siguientes pasos [(9)]:

- Evaluar la presencia de varios síntomas: Fatiga, agotamiento emocional, cinismo, despersonalización, baja autoestima, etc.
- Analizar el proceso de desarrollo: ¿Cuándo y cómo aparecieron los síntomas? ¿Qué factores del trabajo pueden haber contribuido?
- Descartar otros diagnósticos: Depresión, ansiedad, problemas de personalidad, etc.

- Considerar el contexto laboral: Evaluar la presencia de factores de riesgo psicosociales como la carga de trabajo excesiva, la falta de control, el ambiente hostil, etc.

Contamos con una serie de herramientas validadas para realizar la evaluación: los cuestionarios (MBI, CESQT PS) y las entrevistas, en las que se permite profundizar en la historia del trabajador y el contexto laboral. También aporta datos para el estudio la observación, en la que se evalúa el comportamiento del trabajador en el trabajo o los análisis de datos de la empresa en cuanto a absentismo, rotación de personal, quejas de clientes, etc.

De las herramientas disponibles, la más utilizada es el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), desarrollado por Christina Maslach y Susan Jackson en 1981. Es un instrumento ampliamente utilizado y validado para evaluar el síndrome de burnout en profesionales de diversos ámbitos. A través de sus tres subescalas, el MBI permite medir de manera integral las dimensiones clave de este síndrome:

- **Agotamiento emocional:** Evalúa el grado de desgaste emocional y la sensación de estar exhausto a nivel físico y mental.
- **Despersonalización:** Mide la actitud cínica y distante hacia el trabajo, así como la pérdida de empatía y sensibilidad hacia las personas con las que se interactúa.
- **Falta de realización personal:** Evalúa la percepción de ineficacia y falta de logro en el trabajo, así como la disminución de la autoestima y la motivación.

El MBI ha demostrado ser una herramienta validad para identificar a los profesionales en riesgo de burnout y para evaluar la efectividad de las intervenciones dirigidas a prevenir y tratar este síndrome [(10)].

1.9. MARCO LEGAL Y JURISPRUDENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales en España reconoce que la organización y el trabajo en sí mismos pueden generar riesgos psicosociales. Entre estos, el estrés laboral y el síndrome de burnout (SQT) son de particular importancia, ya que son producto de condiciones de trabajo inadecuadas y pueden derivar en accidentes y absentismo.

Una sentencia del Tribunal Supremo del año 2000 [(STS, 26-10-2000)] reconoció el SQT como accidente de trabajo, considerándolo como un trastorno adaptativo crónico con ansiedad derivado del trabajo. Esta sentencia ha sentado un precedente legal, y otras posteriores han

seguido la misma línea, reconociendo el SQT como accidente de trabajo en diversos casos. Se ha dado un paso importante hacia el reconocimiento de las condiciones de trabajo especiales que enfrentan los trabajadores en centros de atención a personas con discapacidad. A partir de este reconocimiento, se ha establecido el derecho a cobrar un plus de peligrosidad a los trabajadores de centros de atención a personas con discapacidad ya que conllevan una exposición a situaciones de alta demanda emocional, estrés y carga de trabajo que puede llevar al desarrollo del síndrome de burnout. El plus de peligrosidad compensa los riesgos adicionales que enfrentan estos trabajadores[11].

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha dado un paso crucial al reconocer el estrés y el agotamiento como problemas de salud mental en el trabajo. La OIT también ha identificado el SQT como un efecto crónico del estrés laboral sobre la salud [12]. Existe un amplio consenso entre los expertos en considerar el SQT como un daño a la salud derivado del estrés laboral. En conclusión, el síndrome de burnout es un problema reconocido legalmente en España, y se considera una consecuencia derivada del estrés laboral.

1.10. MEDIDAS PREVENTIVAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Para prevenir el SQT de forma efectiva, se pueden realizar acciones en tres niveles, empezando por el nivel organizativo [13]. En este sentido, es preciso realizar una evaluación y modificación de riesgos psicosociales, identificando y eliminando las condiciones de trabajo que propician el SQT. Además, se deben de realizar programas de acogida e integración para ayudar a los nuevos trabajadores a adaptarse a la cultura y objetivos de la empresa. Otra medida es implementar canales de comunicación claros y fomentar la retroalimentación constante junto con la promoción de la colaboración entre los trabajadores y ofrecer oportunidades de formación continua. Otorgando a los trabajadores mayor control sobre sus tareas y responsabilidades, se puede prevenir el SQT así como facilitando la flexibilidad horaria y el teletrabajo, dando seguridad en el empleo en el sentido de fomentar la estabilidad laboral y reducir la incertidumbre y en última instancia, ofreciendo apoyo psicológico y asesoramiento a los trabajadores que lo necesiten.

A nivel interpersonal [12] se puede prevenir el SQT fomentando el trabajo en equipo, la colaboración y el compañerismo, creando un ambiente de apoyo mutuo entre los trabajadores. Formar a los líderes en habilidades de comunicación, motivación y gestión de equipos también es otra medida importante, junto con la implementación de mecanismos para resolver conflictos de manera efectiva y fomentar la colaboración y el trabajo en equipo.

A nivel individual, se puede ayudar a los trabajadores a elegir una carrera que se ajuste a sus intereses y habilidades. Una vez en el puesto de trabajo, se pueden rotar las tareas para evitar la monotonía y el aburrimiento y ofrecer oportunidades de aprendizaje para que los trabajadores puedan desarrollar nuevas habilidades. Además, es crucial entrenar a los trabajadores en técnicas para manejar el estrés y la ansiedad y fomentar un estilo de vida saludable que incluya tiempo libre para la familia, amigos y hobbies. Como técnicas complementarias, se pueden modificar los pensamientos negativos y distorsionados que pueden contribuir al SQT, enseñar a los trabajadores técnicas para controlar la ansiedad, la ira y otras emociones negativas y ofrecer talleres y cursos de técnicas de relajación como yoga, meditación y mindfulness. [9]

La prevención del SQT requiere un enfoque integral que combine acciones en los niveles organizativo, interpersonal e individual. Implementar estas medidas no solo mejora la salud mental de los trabajadores, sino que también aumenta la productividad, la satisfacción laboral y la competitividad de las empresas. [13]

1.11. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN FRENTE AL SÍNDROME DE BURNOUT

El síndrome de burnout (SQT) puede ser difícil de detectar para el propio trabajador, especialmente en casos severos. Las personas que lo rodean suelen ser los primeros en notar los cambios en su comportamiento y actitud. El apoyo social es fundamental para evitar las consecuencias del SQT. Las relaciones interpersonales de calidad en el trabajo moderan el nivel de burnout, aumentan la satisfacción laboral y la calidad de vida del trabajador.

Para combatir el SQT resulta crucial fortalecer los lazos sociales entre los trabajadores. Un ambiente laboral con fuertes vínculos de colaboración, apoyo mutuo y trabajo en equipo puede ser un escudo poderoso contra el burnout. Para ello, es fundamental fomentar la participación activa de todos los trabajadores, creando espacios de diálogo abierto y capacitación en la identificación y resolución de problemas. La consolidación de la dinámica grupal, buscando el consenso para el cambio, es esencial para construir un equipo resiliente y preparado para afrontar los desafíos del trabajo [9]. No existe una técnica única para tratar el SQT de forma efectiva. Se suele utilizar un modelo de intervención que combina diferentes componentes de forma complementaria.

Gil-Monte, en su revisión del concepto [13], propone tres estrategias de intervención, todas con soporte empírico.

A nivel individual se pueden mejorar los recursos de protección o resistencia, ayudando al trabajador a afrontar de forma más eficiente los estresores del trabajo. Fomentar la sensación de que el trabajador tiene control sobre su trabajo. Aumentar la autoeficacia personal, ayudando al trabajador a creer en sus propias capacidades. Fortalecer la confianza en sí mismo del trabajador.

Técnicas cognitivo-conductuales para mitigar la fuente de estrés, evitar la magnitud de la experiencia estresante o disminuir sus consecuencias.:

- Técnicas de afrontamiento del estrés: Enseñar al trabajador a manejar el estrés de forma saludable.
- Reestructuración cognitiva: Modificar los pensamientos negativos y distorsionados del trabajador.
- Inoculación de estrés: Preparar al trabajador para afrontar situaciones estresantes.
- Terapia racional emotiva: Ayudar al trabajador a identificar y modificar sus creencias irracionales.
- Ensayo conductual: Practicar nuevas habilidades para afrontar el estrés.

Técnicas de relajación:

- Enseñar al trabajador técnicas de relajación como la meditación o el yoga.

A nivel grupal e interpersonal. Es fundamental crear un ambiente donde los compañeros y supervisores brinden apoyo mutuo, promoviendo habilidades sociales como la comunicación asertiva, la empatía y la escucha activa. Brindar retroalimentación constructiva y oportuna también es clave para fortalecer las relaciones y el bienestar individual.

A nivel organizacional. La prevención del burnout requiere identificar y eliminar o reducir los factores que generan estrés en el trabajo. Esto puede incluir la implementación de medidas como:

- Carga de trabajo adecuada: Asegurar que la distribución del trabajo sea equitativa y que los empleados tengan la capacidad de gestionar sus responsabilidades de manera eficiente.

- Autonomía y control: Brindar a los trabajadores cierto grado de autonomía en la realización de sus tareas, permitiéndoles tomar decisiones y sentirse valorados por su trabajo.
- Comunicación efectiva: Fomentar una comunicación abierta y transparente entre los empleados y la gerencia, creando canales efectivos para expresar inquietudes y resolver conflictos.
- Reconocimiento y recompensas: Implementar sistemas de reconocimiento y recompensas que valoren el esfuerzo, la dedicación y los logros de los empleados.
- Equilibrio entre vida laboral y personal: Promover un ambiente que favorezca el equilibrio entre la vida laboral y personal, ofreciendo flexibilidad en horarios, oportunidades de descanso y programas de bienestar.

El técnico de prevención debe establecer las medidas correctoras más adecuadas para eliminar o reducir los riesgos del SQT. Si un trabajador ya está afectado por el SQT, el técnico de prevención debe evaluar los daños e implementar las medidas oportunas de prevención sobre los riesgos que generaron dicho SQT.

1.12. CARACTERÍSTICAS DEL SUEÑO NORMAL

El **sueño** es un estado fisiológico de reposo caracterizado por una disminución de la actividad cerebral y muscular, y una pérdida de conciencia del entorno [14]. Es esencial para la salud física y mental, y desempeña un papel crucial en la consolidación de la memoria, el aprendizaje, la regulación emocional y el mantenimiento de un sistema inmunológico fuerte.

El sueño normal se divide en dos fases principales:

- Sueño no REM (NREM): se caracteriza por la ausencia de movimientos oculares rápidos (REM). Se subdivide en tres etapas:
  - N1: Adormecimiento. Se caracteriza por una disminución de la frecuencia cardíaca y la respiración, y la aparición de ondas theta en el electroencefalograma (EEG).
  - N2: Sueño ligero. Se caracteriza por una disminución aún mayor de la frecuencia cardíaca y la respiración, y la aparición de husos de sueño y complejos K en el EEG.

    - N3: Sueño profundo. Se caracteriza por la frecuencia cardíaca y la respiración más lentas, la presencia de ondas delta en el EEG, y la relajación muscular profunda.
- Sueño REM: se caracteriza por movimientos oculares rápidos, aumento de la actividad cerebral, parálisis muscular temporal y la presencia de sueños vívidos. Esta fase representa aproximadamente el 25% del sueño total en adultos.

Las fases NREM y REM se alternan en ciclos de aproximadamente 90-120 minutos a lo largo de la noche. Un adulto promedio tiene entre 4 y 6 ciclos de sueño por noche. La cantidad de sueño necesaria varía según la edad, el estilo de vida y otros factores. Sin embargo, en general, se recomienda que los adultos duerman entre 7 y 8 horas por noche [15]. Un sueño normal se caracteriza por las siguientes propiedades:

El tiempo que tarda en conciliar el sueño, denominado latencia del sueño, debe ser de menos de 30 minutos. El porcentaje de tiempo que se pasa durmiendo durante la noche debe ser de al menos el 85%, lo cual se denomina sueño eficiente. Debe haber como máximo 2-3 despertares nocturnos. El sueño debe ser profundo y reparador, de calidad y finalmente al despertarse por la mañana, debe sentirse descansado y con energía.

1.13. PRINCIPALES TIPOS DE ALTERACIONES DEL SUEÑO

Las alteraciones del sueño son un conjunto de trastornos que afectan la capacidad de las personas para conciliar el sueño, permanecer dormidas o tener un sueño de calidad. Estas alteraciones pueden tener un impacto significativo en la salud física y mental, y en la calidad de vida de las personas que las padecen [15].

El ***insomnio*** es la alteración del sueño más común. Se caracteriza por la dificultad para conciliar el sueño, despertares nocturnos frecuentes o despertarse demasiado temprano por la mañana y no poder volver a dormir. El insomnio puede ser agudo (de corta duración) o crónico (de larga duración) [14].

La ***apnea del sueño*** es un trastorno respiratorio que se caracteriza por la interrupción repetida de la respiración durante el sueño. Estas interrupciones pueden durar desde unos pocos segundos hasta varios minutos y pueden ocurrir varias veces por noche. La apnea del sueño puede provocar somnolencia diurna excesiva, ronquidos fuertes y fragmentación del sueño [14].

La ***narcolepsia*** es un trastorno neurológico que se caracteriza por somnolencia diurna excesiva y ataques repentinos de sueño. Las personas con narcolepsia también pueden experimentar ***cataplexia***, que es una pérdida repentina del tono muscular que puede provocar caídas o debilidad muscular [(14)].

El ***síndrome de las piernas inquietas*** es un trastorno que se caracteriza por una necesidad irresistible de mover las piernas, especialmente durante el sueño. Las personas con síndrome de las piernas inquietas a menudo describen una sensación de hormigueo, ardor o picazón en las piernas que empeora cuando están quietas [(14)].

El ***trastorno del sueño por tu*rnos** es un trastorno del sueño que afecta a las personas que trabajan en turnos rotativos o irregulares. Estos turnos pueden interrumpir el ciclo natural de sueño-vigilia del cuerpo y provocar problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o tener un sueño de calidad [(14)].

El ***trastorno del sueño periódico del movimiento de las extremidades*** es un trastorno que se caracteriza por movimientos involuntarios de las piernas o los brazos durante el sueño. Estos movimientos pueden ser leves o lo suficientemente fuertes como para despertar a la persona [(14)].

Los ***terrores nocturnos*** son episodios de miedo intenso y gritos que ocurren durante el sueño NREM. Las personas con terrores nocturnos a menudo se sientan en la cama y tienen el ritmo cardíaco acelerado [(14)].

El ***sonambulismo*** es un trastorno que se caracteriza por caminar o realizar otras actividades mientras se duerme. Las personas que sonámbulas no son conscientes de sus acciones y pueden realizar actividades peligrosas [(14)].

Existen otras alteraciones del sueño menos comunes, como el trastorno del sueño REM, el trastorno del ritmo circadiano del sueño y el trastorno del sueño relacionado con la respiración.

Es importante tener en cuenta que las alteraciones del sueño pueden tener diversas causas, como factores biológicos, psicológicos, ambientales y de estilo de vida. En algunos casos, la causa del trastorno del sueño puede ser desconocida.

1.14. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DEL SUEÑO

La calidad del sueño se ve afectada por una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos, ambientales y de estilo de vida. En cuanto a los factores biológicos, influyen las siguientes características [14]:

- Edad: a medida que envejecemos, tendemos a dormir menos y la calidad del sueño suele disminuir.
- Sexo: las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de sufrir trastornos del sueño, como el insomnio y la apnea del sueño.
- Genética: ciertos genes pueden aumentar el riesgo de padecer trastornos del sueño.
- Enfermedades: algunas enfermedades, como la diabetes, la enfermedad cardíaca y la enfermedad de Parkinson, pueden afectar negativamente el sueño.

Por otro lado, dentro de los *factores psicológicos* encontramos el estrés crónico, que puede dificultar el conciliar el sueño y mantenerlo durante la noche; la ansiedad, que es un trastorno mental común que puede provocar problemas de sueño, la depresión y otros trastornos mentales, como el trastorno bipolar y el trastorno por estrés postraumático (TEPT).

En cuanto a los *factores ambientales*, el ruido excesivo puede dificultar el conciliar el sueño y mantenerlo durante la noche. La exposición a la luz brillante, especialmente por la noche, puede suprimir la producción de melatonina, una hormona que regula el sueño. La temperatura extrema, tanto demasiado caliente como demasiado fría, puede dificultar el sueño. Un colchón incómodo puede afectar negativamente la calidad del sueño.

Por último, encontramos los *factores relacionados con el estilo de vida*. La cafeína es un estimulante que puede interferir con el sueño, como el alcohol, que puede tener un efecto sedante a corto plazo, pero puede interrumpir el sueño más adelante en la noche. Fumar puede dificultar el conciliar el sueño y mantenerlo durante la noche. La falta de ejercicio regular puede afectar negativamente la calidad del sueño. Tener un horario de sueño irregular puede dificultar el cuerpo para regular el ciclo natural de sueño-vigilia [14].

1.15. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA CALIDAD EL SUEÑO

Los cuestionarios son herramientas autoadministradas que permiten evaluar la calidad del sueño de forma sencilla y económica. Algunos de los cuestionarios más utilizados son:

- **Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI)*:*** Evalúa la calidad del sueño en los últimos 7 días. Se basa en 19 preguntas que exploran diferentes aspectos del sueño, como la duración, la latencia del sueño, la eficiencia del sueño, las alteraciones del sueño, la calidad del sueño subjetivo, el uso de medicamentos para dormir y los problemas diurnos relacionados con el sueño.
- **Escala de Somnolencia de Epworth (ESS)*:*** Evalúa la somnolencia diurna. Se basa en 8 preguntas que preguntan al individuo la probabilidad de quedarse dormido en diferentes situaciones, como leer, conducir o ver la televisión.
- **La escala Jenkins (JSS-4)*:*** A pesar de las múltiples opciones subjetivas para medir los problemas de sueño, la JSS-4 se destaca como un instrumento fácil de usar. Se centra en la evaluación de la frecuencia y la intensidad de las dificultades de sueño reconocidas. Estas características han llevado a que la JSS-4 se traduzca a diferentes idiomas y se valide en una variedad de distintas enfermedades, como la artritis psoriásica, la artritis reumatoide, la espondilitis anquilosante, la epilepsia y la fibromialgia. Además, la comparación entre la JSS-4 y otros cuestionarios (por ejemplo, la escala de sueño de un ítem del EORTC QLQ-C30 y el ítem de sueño del GHQ-12) mostró que la JSS-4 tenía un mejor rendimiento porque una medida de múltiples ítems captura más información del constructo y una escala de respuesta más discriminante que un solo ítem [43]. Del mismo modo, la JSS-4 tiene buenas propiedades psicométricas en muchas validaciones y adaptaciones. (16)

Por otro lado, tenemos la **actigrafía**. Ésta es una técnica que utiliza un dispositivo portátil para registrar los movimientos del cuerpo durante el sueño. El dispositivo suele llevarse en la muñeca o en el tobillo. Los datos de actigrafía pueden utilizarse para estimar la duración del sueño, la eficiencia del sueño, la fragmentación del sueño y los patrones de movimiento durante el sueño (17).

La **polisomnografía** (PSG) es el método estándar para evaluar el sueño. Es una prueba invasiva que se realiza en un laboratorio del sueño. La PSG registra una serie de variables fisiológicas durante el sueño, como la actividad cerebral (EEG), la actividad muscular (EMG), los movimientos oculares (EOG), la respiración, la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno. Los datos de la PSG se utilizan para diagnosticar trastornos del sueño como la apnea del sueño, la narcolepsia y el síndrome de las piernas inquietas. Su inconveniente es que supone un ingreso hospitalario con los costes que ello conlleva (18).

Existen otras herramientas que pueden utilizarse para medir la calidad del sueño, como los **diarios del sueño**, cuyos datos pueden utilizarse para identificar patrones en el

sueño y para evaluar los efectos de los cambios en el estilo de vida en la calidad del sueño. Existen diversas aplicaciones para móviles que pueden utilizarse para registrar el sueño y para proporcionar información sobre la calidad del sueño.

Es importante destacar que ningún instrumento de medida de la calidad del sueño es perfecto. La elección del instrumento más adecuado dependerá de las necesidades individuales y del contexto específico (18).

Biblioteca
UNIVERSITAS Miguel Hernández

2. JUSTIFICACIÓN

El estudio del síndrome de burnout es fundamental para proteger la salud mental de los trabajadores y promover un entorno laboral saludable y productivo. Una empresa con empleados sanos y felices es más productiva y competitiva.

La salud y el bienestar de los profesionales médicos son fundamentales para garantizar una atención médica de calidad. Sin embargo, la carga de trabajo, las guardias nocturnas y los horarios irregulares pueden afectar negativamente a sus patrones de sueño, con consecuencias para su salud física y mental, así como para la seguridad de los pacientes, propiciando además el desarrollo del SQT.

Con este estudio se pretende evaluar la prevalencia de síndrome de Burnout y calidad de sueño en un hospital de segundo nivel. Los resultados de este estudio podrán ser utilizados para desarrollar estrategias de intervención para mejorar la calidad del sueño en los residentes (médicos) y, por lo tanto, mejorar la calidad asistencial y la prevención del desarrollo de síndrome burnout.

Biblioteca
UNIVERSITAS Miguel Hernández

3. OBJETIVOS

- General: evaluar la prevalencia de síndrome de burnout entre los residentes de un hospital de segundo nivel de la Región de Murcia.
- Específicos: valorar la prevalencia de sueño alterado en esta población.

Biblioteca
UNIVERSITAS Miguel Hernández

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.

Se trata de un estudio descriptivo transversal. Se recopiló información sobre la calidad del sueño y síndrome de Burnout mediante la **escala Jenkins** y **MBI** respectivamente, a través de un cuestionario autocumplimentado por los participantes en el estudio en Google Drive, previo consentimiento informado de los participantes escrito. También se recogieron variables de tipo sociodemográficas y laborales.

El estudio fue realizado de forma anónima y voluntaria entre los médicos internos residentes (MIR) de un hospital de segundo nivel de la Región de Murcia. La muestra elegida fue el total de los MIR en activo en el momento de la realización del estudio. La encuesta se difundió por mensajería móvil (Whatsapp®).

4.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

- Criterios de inclusión: médicos internos residentes activos y pertenecientes al centro hospitalario participante, independientemente de la especialidad y año de residencia.
- Criterios de exclusión: rechazo en la participación del estudio.

4.3. VARIABLES

El cuestionario MBI fue adaptado y administrado a través de la plataforma Google Drive, utilizando la herramienta "Formularios de Google" para facilitar su distribución y recolección de datos. El formato PDF del cuestionario completo puede ser consultado en el Anexo I para una revisión detallada de sus ítems y estructura. Las variables consideradas en este estudio se clasifican en distintos subgrupos, permitiendo un análisis más específico de los diferentes aspectos del síndrome de burnout:

- Condiciones laborales**:** año de residencia, especialidad, número de guardias y media de horas dormidas en una noche de guardia habitual.
- Variables sociodemográficas: sexo, edad.
- **Maslach Burnout Inventory (versión NTP)**[10]: en su versión adaptada por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (NTP), consta de 15 preguntas diseñadas para evaluar el síndrome de burnout. Cada pregunta se responde utilizando una escala

Likert de 7 puntos, donde 0 representa "nunca" y 6 indica "todos los días". Esta escala permite a los participantes expresar su grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación. Las preguntas del MBI se agrupan en tres dimensiones principales:

- **Agotamiento (5 preguntas):** Evalúa el nivel de cansancio emocional y físico relacionado con el trabajo.
- **Cinismo (4 preguntas):** Mide la actitud negativa y despersonalizada hacia el trabajo y las personas con las que se interactúa.
- **Eficiencia profesional (6 preguntas):** Examina la percepción de competencia y logro en el trabajo.

Los resultados son analizados en función de las calificaciones obtenidas de cada subescala, dividiendo la suma de las respuestas de cada apartado entre el número de preguntas. En el apartado de Agotamiento (A), puntuaciones mayores de 4’5 indican un muy alto nivel de agotamiento; entre 2’9-4’5 señalan un alto nivel de cansancio emocional, entre 2’1-2’8 medio-alto, 1’3-2 medio-bajo., 0‘5-1’2 bajo y <0’4 muy bajo.

Para Cinismo (C), puntuaciones mayores a 4 traducen un muy alto nivel de cinismo; entre 2’26-4 alto nivel de cinismo, 1’25-2’25 serían altas, 0’6 y 1’24 medio-bajo, 0’3-0’5 bajo y menos de 0’2 muy bajo grado de despersonalización.

Finalmente, para Eficacia profesional (E), puntuaciones por encima de 5’83 traducen un nivel muy alto de eficacia profesional, entre 5’17-5’83 nivel alto, 4’51-5’16 nivel medio-alto, 3’84-4’5 nivel medio-bajo, 2’83-3’83 nivel bajo y por debajo de 2’83 niveles muy bajos.

Se define como “síndrome de burnout" tener un grado de agotamiento alto, un grado de cinismo alto y un grado de eficacia laboral personal bajo.

- **Escala de sueño Jenkins Scale (JSS-4**): consta de 4 preguntas sobre la calidad del sueño en los últimos 30 días con preguntas en forma de escala Likert del 0 al 5 siendo 0 (nunca), 1 (1-3 días), 2 (4-7 días), 3 (8-14 días), 4 (15-21) días y 5 (22-31) días. La puntuación total puede ir desde 0 a 20 puntos, siendo el punto de corte >11 el utilizado para discernir una calidad de sueño alterada según la literatura (19).

La difusión de la encuesta se realizó en la tercera semana de abril 2023 a través de la aplicación de mensajería móvil WhatsApp. Al inicio de la encuesta se proporcionó la siguiente información: “Al completar esta encuesta, usted da su consentimiento para que los datos que proporcione sean utilizados para el TFM descrito. Sus datos serán tratados de forma

confidencial y anónima, solo se utilizarán para fines estadísticos. Puede retirar su consentimiento en cualquier momento contactando al correo electrónico proporcionado."

La confidencialidad y el anonimato de los participantes en la encuesta fueron garantizados en todo momento. A cada encuestado se le asignó un código numérico para proteger su identidad, y los datos recopilados se almacenaron en una base de datos sin ninguna información personal identificable. Este procedimiento se llevó a cabo en estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal [20].

Es importante destacar que la participación del investigador en este estudio no tuvo ningún impacto en las actividades laborales de los encuestados ni supuso ninguna compensación económica para ellos.

4.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo expresando las variables cualitativas en número y porcentaje y las cuantitativas en media y desviación estándar (DE). Se calcularon los scores de cada apartado del MBI sumando la puntuación de cada pregunta y dividiendo por el número de preguntas. Posteriormente se seleccionaron aquellos que cumplían los 3 criterios de SB. De la misma forma se sumaron las puntuaciones de los 4 ítems de la JSS-4 y se seleccionaron aquellos con el punto de corte de >11 para establecer cuáles tenían una calidad del sueño alterada.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v26 para Macintosh.

4.5. PLAN DE TRABAJO

- Fase 1: planificación del estudio y diseño de la encuesta.

- Fase 2: confección de la base de datos y análisis estadístico de los resultados.

- Fase 3: interpretación de los resultados, y redacción del estudio. Se realizaron las tablas pertinentes para la exposición de los resultados y se redactó el trabajo fin de máster discutiendo lo encontrado.

Tabla 1. Cronograma del plan de trabajo.

	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Fase 1				
Fase 2				
Fase 3				

Biblioteca
UNIVERSITAS Miguel Hernández

5. RESULTADOS

De los 128 residentes en activo del hospital de segundo nivel, 75 (58.6%) participaron voluntariamente en el estudio. La edad media de los participantes fue de 27’89 años (DE = 2’08) y 56 (74’7%) eran mujeres. La distribución de los residentes según el año de residencia se expone en el siguiente gráfico.

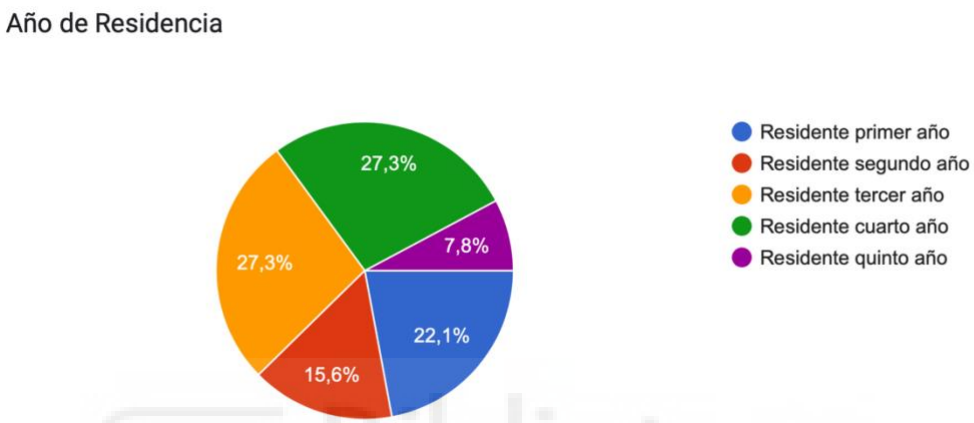

Gráfico 1: Porcentaje de respuestas según año de residencia.

5.1. RESULTADOS MBI

Se analizaron las frecuencias y porcentajes de las respuestas en cada dimensión del MBI (agotamiento emocional, cinismo y realización personal) y se compararon con los puntos de corte establecidos para cada nivel de gravedad (bajo, medio, alto).

Los porcentajes de respuesta en cada uno de los ítems de la escala MBI quedan reflejados en los siguientes gráficos.

Gráfico 2: Porcentaje de respuestas a pregunta 1 de escala MBI.

En cuanto a la pregunta 1, llama la atención que el 46'8% se siente al menos unas pocas veces al mes emocionalmente agotado por el trabajo. Esto es casi la mitad de los encuestados, lo que orienta a un nivel de agotamiento alto.

Gráfico 3: Porcentaje de respuestas a pregunta 2 de escala MBI.

De la pregunta 2, destaca de igual forma que el 56'6% de los encuestas sienten estar "consumidos" después de un día de trabajo al menos unas pocas veces al mes, en concordancia con lo previamente descrito.

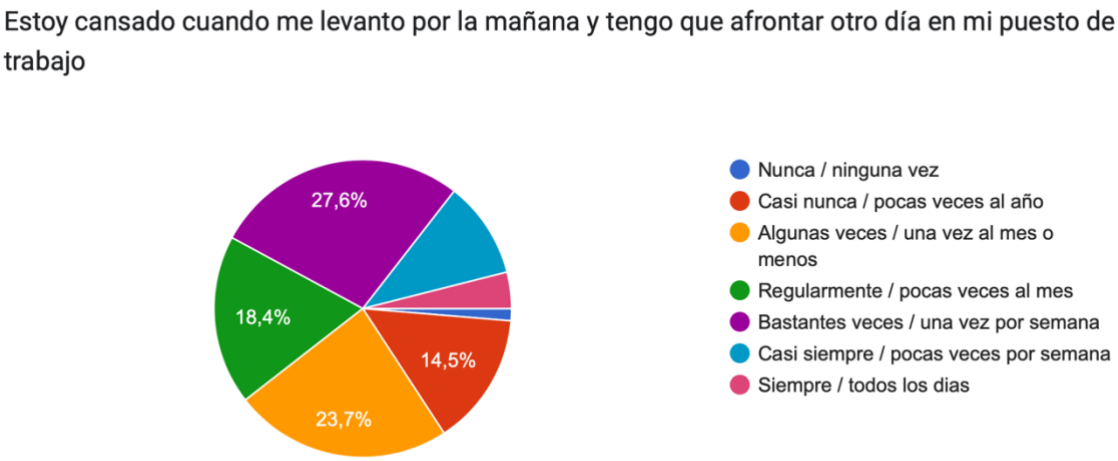

Gráfico 4: Porcentaje de respuestas a pregunta 3 de escala MBI.

De la pregunta 3 cabe mencionar que un 42% de los encuestados se levanta cansado a la hora de afrontar el día de trabajo al menos una vez por semana. Esta pregunta en concreto puede verse influenciada por otros aspectos distintos al ámbito laboral en sí, aun así, arroja unos resultados a tener en cuenta.

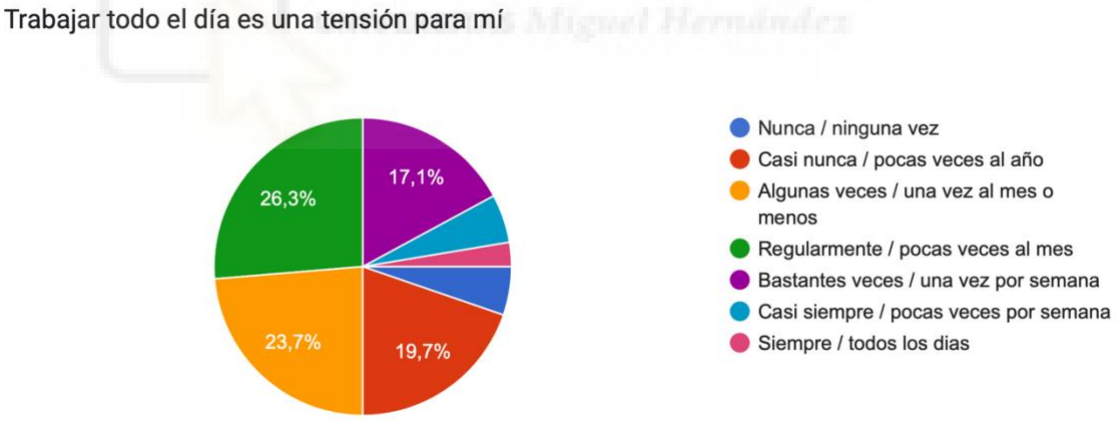

Gráfico 5: Porcentaje de respuestas a pregunta 4 de escala MBI.

La pregunta 4 visualmente refleja que casi 1 de cada 4 de los encuestados siente que trabajar todo el día es una tensión como mínimo una vez por semana. Probablemente pueda reflejar el cansancio acerca de las guardias, las cuales se realizan al menos 1 a la semana si no 2 o 3, aunque no se puede afirmar ya que no se ha realizado una pregunta explicita acerca de ello.

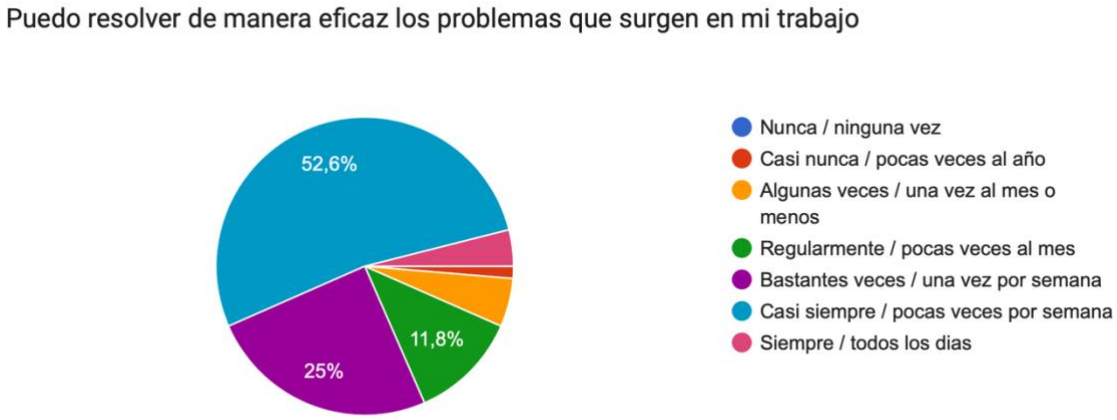

Gráfico 6: Porcentaje de respuestas a pregunta 5 de escala MBI.

Por otro lado, la pregunta 5 del MBI muestra que solo el 56'5% siente que puede resolver de manera eficaz los problemas que surgen en el trabajo de forma asidua, es decir al menos algunas veces por semana. Al tratarse de residentes, en muchos casos, bajo la supervisión o bajo el mando de adjuntos responsables, puede que se vean forzados a adaptar modos de trabajo distintos a los que ellos realizarían, sintiéndose menos eficaces por ello.

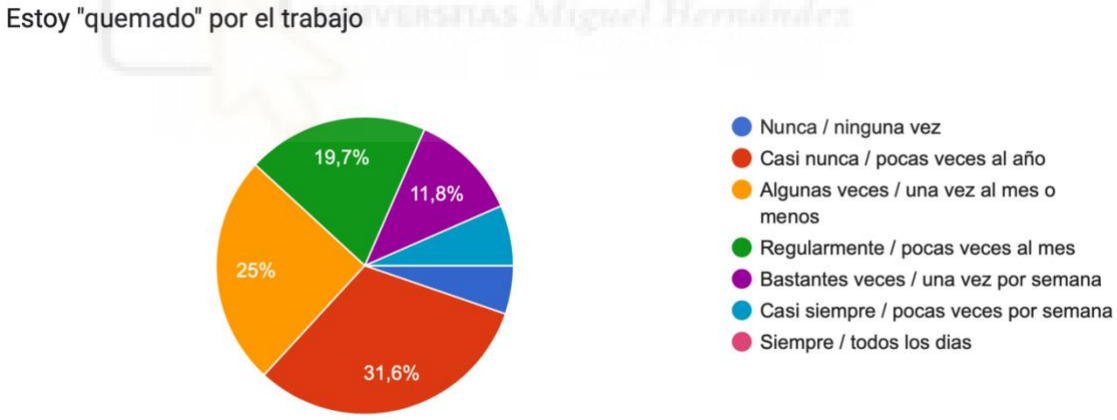

Gráfico 7: Porcentaje de respuestas a pregunta 6 de escala MBI.

En la pregunta 6, que pregunta explícitamente sobre el hecho de "estar quemado por el trabajo", refleja que un 38'1% se siente quemada como mínimo unas pocas veces al mes. Esto difiere del hecho de cumplir estrictamente los 3 criterios del síndrome de Burnout, ya que esta pregunta solo explora el ámbito del agotamiento emocional.

Gráfico 8: Porcentaje de respuestas a pregunta 7 de escala MBI.

La pregunta 7 muestra que un 26'3% piensa que sólo contribuye efectivamente a lo que hace su organización menos o igual a unas pocas veces al mes.

Gráfico 9: Porcentaje de respuestas a pregunta 8 de escala MBI.

La pregunta 8 se sale de la tónica del agotamiento generalizado de las preguntas previas, mostrando sólo que el 18'4% de los encuestados siente que ha perdido el interés por su trabajo desde que empezó en su puesto de trabajo como mínimo algunas veces al mes.

Gráfico 10: Porcentaje de respuestas a pregunta 9 de escala MBI.

La pregunta 9 muestra que un 24'9% sienten que han perdido entusiasmo por su trabajo. Esto llama la atención teniendo en cuenta que como máximo, los encuestados llevan trabajando 5 años en su puesto de trabajo.

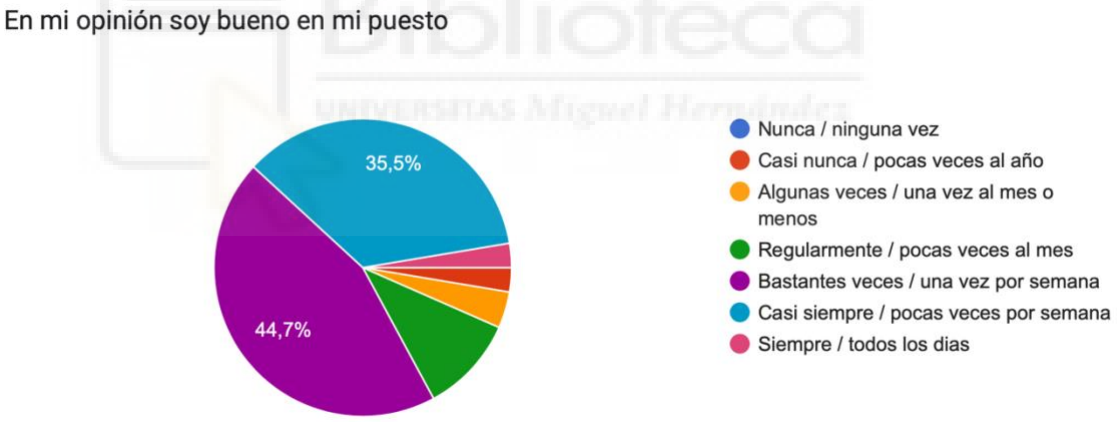

Gráfico 11: Porcentaje de respuestas a pregunta 10 de escala MBI.

La pregunta 10 de nuevo rompe el esquema de negatividad en las respuestas. Sólo un 17% opinan que son buenos en sus puestos de trabajos unas pocas veces al mes o menos.

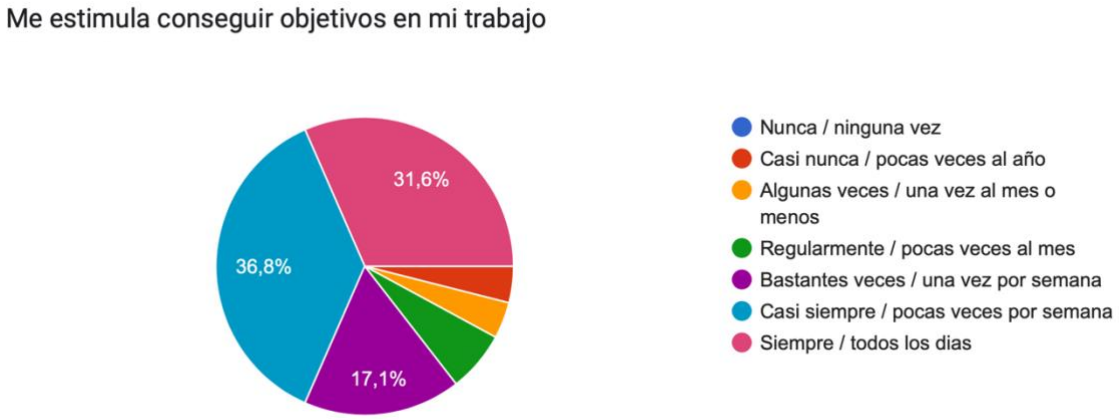

Gráfico 12: Porcentaje de respuestas a pregunta 11 de escala MBI.

De la pregunta 11 podemos extraer que el 85'5%, es decir, un porcentaje muy alto de los residentes participantes se sienten estimulados en su trabajo al menos una vez por semana o mas.

Gráfico 13: Porcentaje de respuestas a pregunta 12 de escala MBI.

La pregunta 12 concuerda en la anterior, aunque en menor proporción, mostrando que el 68'4% de los encuestados sienten que han conseguido muchas cosas valiosas en su puesto al menos una vez por semana o más.

Gráfico 14: Porcentaje de respuestas a pregunta 13 de escala MBI.

La pregunta 13 muestra que un 46'1% siente que se ha vuelto más cínico respecto a la utilidad de su trabajo al menos algunas veces al mes o mas.

Gráfico 15: Porcentaje de respuestas a pregunta 14 de escala MBI.

Respecto a la pregunta 14, el 27'6% duda de la trascendencia y valor de su trabajo al menos unas pocas veces al mes. Esto es llamativo, ya que al final en el campo de la medicina, aunque no se llegue a la curación, el sentimiento de cuidado está ahí. Sin embargo, hay veces que el feedback que se recibe de los pacientes no es positivo, motivo por el cual pudiera justificar esta sensación de ausencia de valor.

Gráfico 16: Porcentaje de respuestas a pregunta 15 de escala MBI.

Finalmente, la última pregunta de la MBI denota que el 67'1% de los residentes sienten que son eficaces en la finalización de las cosas al menos una vez por semana.

En cuanto a las puntuaciones medias en las tres dimensiones del MBI fueron:

- Agotamiento: 2'69 (DE = 1'02), indicando una media de agotamiento medio-alto.
- Cinismo: 2'02 (DE = 1'1), indicando un nivel de cinismo medio-alto.
- Realización personal: 4'14 (DE = 0'77), indicando una prevalencia media-baja.

De los encuestados que mostraron clasificaciones altas o muy altas en los 2 ámbitos negativos, 30 (40%) mostraban un agotamiento alto o muy alto y 25 (33'3%) un nivel de Cinismo alto o muy alto. Por otro lado, sólo 3 (4%) mostraron signos de un bajo o muy bajo nivel de eficacia personal. Es por este último dato, imprescindible para la definición de síndrome de burnout, que el nivel del síndrome del trabajador quemado en esta muestra de encuestado es bajo, cumpliendo sólo 2 (2'7%) de los encuestados los 3 criterios. No obstante, si analizamos los encuestados que muestra un nivel alto o muy alta de agotamiento y cinismo, los números no son desdeñables, siendo 17 (22'7%) los que lo cumplen.

5.2. RESULTADOS CALIDAD DE SUEÑO

En cuanto a la evaluación del sueño, 12 (16%) de los participantes reportaron tener problemas con el sueño según la escala JSS-4, siendo la media de la puntuación total 6'97 (DE 2'56). Los porcentajes de respuesta de cada ítem de la escala quedan reflejados en los siguientes gráficos.

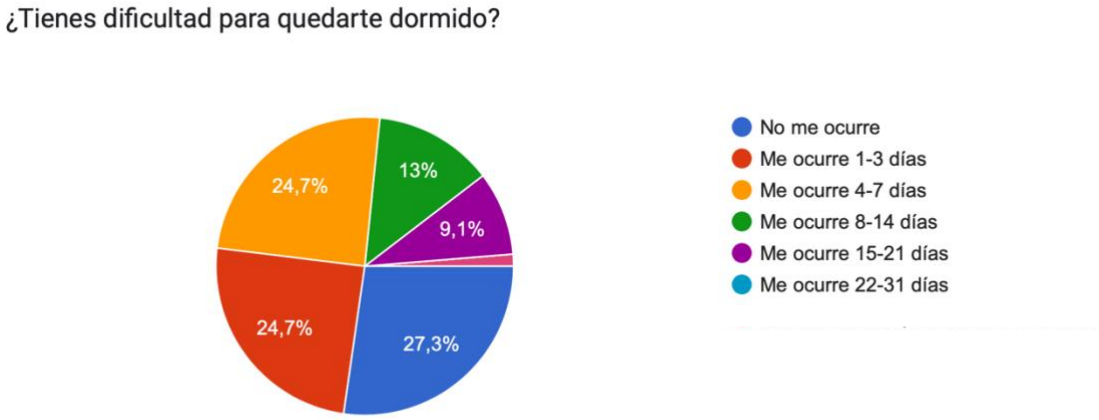

Gráfico 17: Porcentaje de respuestas a pregunta 1 de escala Jenkins.

La pregunta 1 de la JSS-4 se divide de forma bastante equitativa entre los que no les ocurre o les ocurre solo 1-3 días al mes, un 52% y aquellos en los que les ocurre de 4 días en hacia delante, siendo sólo un 9'1% los que les ocurre de 15 a 21 días y ninguno de 22 a 31.

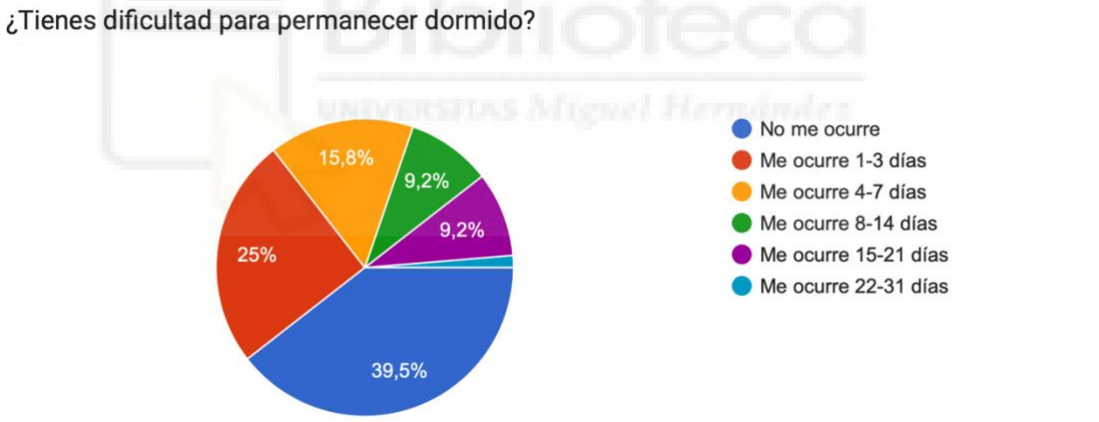

Gráfico 18: Porcentaje de respuestas a pregunta 2 de escala Jenkins.

En cuanto a la dificultad para permanecer dormido, ganan proporción aquellos a los que no les ocurre o sólo les ocurre de 1 a 3 días, un 64'5%. De similar forma a la anterior, sólo un 9'2% les ocurre de 15 a 21 días y en esta ocasión 1 persona refleja que le ocurre de 22 a 31 días al mes.

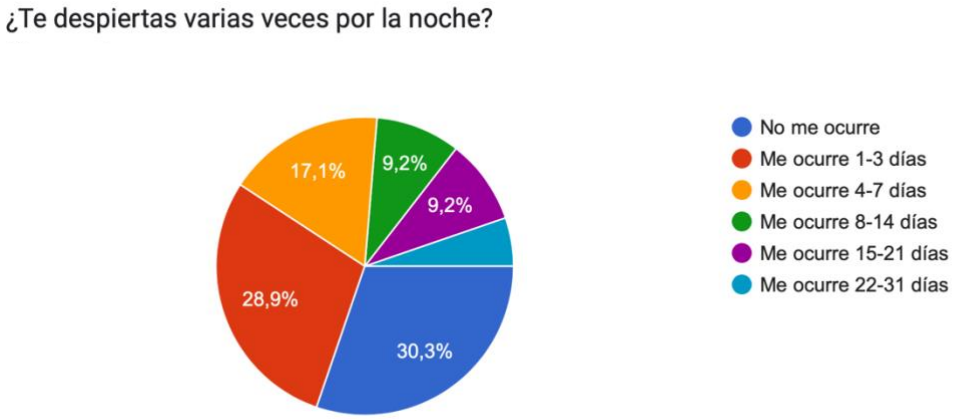

Gráfico 19: Porcentaje de respuestas a pregunta 3 de escala Jenkins.

La pregunta 3 de la JSS-4 refleja en forma de similares porcentajes a la anterior que la mayoría, un 59'2% no le ocurre o le ocurre 1-3 días al mes, siendo un 14'5% sólo los que le ocurre más de 15 días al mes.

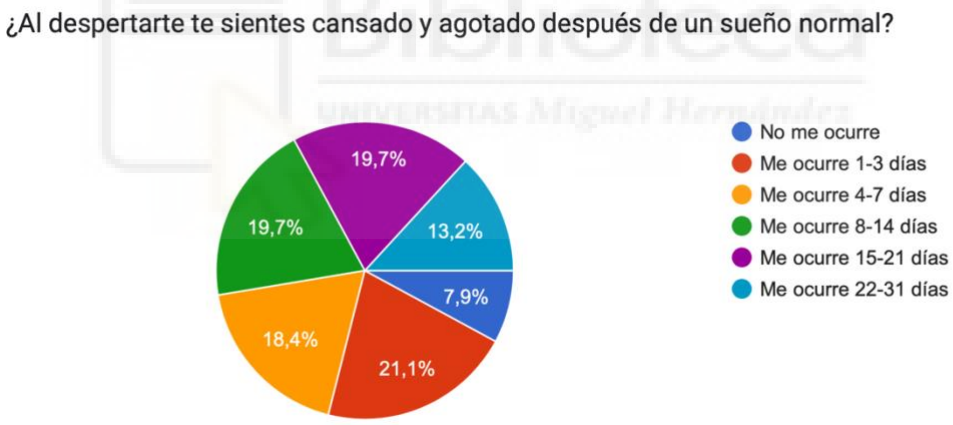

Gráfico 20: Porcentaje de respuestas a pregunta 4 de escala Jenkins.

Finalmente, este gráfico sobre la última pregunta de la JSS-4 refleja la dispersión de las respuestas. En líneas generales, un 32'9% refiere que le ocurre más de 15 días al mes siendo en el porcentaje restante menos frecuente

6. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio revelan una prevalencia relativamente baja de Síndrome de Burnout entre los residentes de hospital evaluados debido a que no muestran niveles bajos de eficacia personal. No obstante, sí que es relevante la prevalencia de Agotamiento y Cinismo en la muestra. Estos hallazgos coinciden con los de estudios previos realizados en otras poblaciones de residentes médicos [21].

Según el criterio clasificatorio de Síndrome de Burnout que utilicen cada estudios las prevalencias varían de unos a otros, tal y como se corrobora en el estudio recientemente publicado de Pujol de Castro et al [22]. De ahí recalcar la importancia en utilizar un criterio homogéneo, de cara a poder comparar los resultados de los distintos estudios.

En este sentido, según Ziad K. et al en su estudio [23], tienen una prevalencia de síndrome de Burnout similar a la de nuestro estudio según el criterio multidimensional (afectación de las 3 esferas), llegando a variar hasta un 49% cuando utilizan solo una dimensión para evaluar la presencia de SB.

Si bien los estudios sobre el burnout en médicos españoles arrojan resultados diversos, sus hallazgos aportan información valiosa sobre la magnitud del problema y la necesidad de diseñar estrategias futuras para abordarlo. Es evidente la urgencia de implementar políticas y medidas preventivas para mitigar esta situación.

Es importante también conocer la prevalencia de la falta de calidad del sueño entre los residentes ya que esta está claramente relacionada con los niveles de SB tal y como ese describe en otros trabajos [21-22] . En nuestro estudio la prevalencia de alteraciones del sueño según la JSS-4 es del 16% con una media de puntuación de 6’97. Ya que el único estudio hasta el momento realizado con la JSS-4 en médicos [16] no nos proporciona los datos crudos de media de puntuación y prevalencia de alteración de calidad de sueño de la JSS-4 en su trabajo, no podemos comparar nuestros resultados con otros en este sentido.

Las consecuencias del síndrome de burnout y la calidad del sueño alterada pueden ser graves, tanto para los residentes como para los pacientes. Los residentes que experimentan burnout pueden ser más propensos a cometer errores médicos, tener menos empatía con los pacientes y experimentar mayores niveles de estrés y ansiedad. En casos severos, el SB puede incluso conducir al abandono de la residencia o a problemas de salud mental más serios. La calidad del sueño alterada también puede afectar negativamente el rendimiento laboral y la salud física y mental.

Los resultados de este estudio sugieren la necesidad de implementar estrategias para prevenir y tratar el SB en residentes de hospital. Estas estrategias podrían incluir:

- Reducción de las cargas de trabajo: Es fundamental que los hospitales establezcan límites razonables de horas de trabajo y proporcionen a los residentes el tiempo y los recursos necesarios para completar sus tareas de manera eficiente.
- Mejora del apoyo social: Los programas de mentoría y apoyo entre pares pueden ayudar a los residentes a sentirse más conectados y apoyados en su entorno laboral tal y como se demuestra en este estudio [26].
- Promoción del bienestar: Los hospitales pueden ofrecer programas de promoción del bienestar que enseñen a las residentes técnicas para manejar el estrés, mejorar la calidad del sueño y mantener una salud física y mental adecuada.
- Fomento de una cultura de reconocimiento: Es importante que los hospitales reconozcan y valoren el trabajo de los residentes y les proporcionen retroalimentación positiva de manera regular, medida demostrada eficaz en otros estudios [27].

La implementación de estas estrategias puede contribuir a crear un ambiente de trabajo más saludable y positivo para los residentes, lo que a su vez puede mejorar la calidad de la atención que brindan a los pacientes. Existen estudios (28) que avalan ya que una sola o una combinación de medidas de intervención mejoran los niveles de SB entre los empleados de las organizaciones hasta en un 80%.

Como principales limitaciones respecto a este estudio, cabe destacar que el porcentaje de respuesta del 58’6% es inferior al recomendado en los estudios descriptivos transversales mediante encuesta, en los que se recomienda una tasa de respuestas del 70% o superior. De esta forma, podemos cometer un sesgo extrapolando los resultados al resto de residentes. Además, la población mayoritaria de la muestra es de mujeres, representado alrededor de tres cuartos de la muestra. Al tratarse de una encuesta anónima, desconocemos el porcentaje de mujeres y hombres en los residentes que no contestaron a la encuesta, no pudiendo verificar si están los hombres poco representados entre los encuestados.

7. CONCLUSIONES

- La prevalencia de síndrome de Burnout entre los residentes de un hospital de segundo nivel de la Región de Murcia es del 2’7%. Éste es un porcentaje bajo secundario a la poca prevalencia, en la dimensión de eficacia personal, de baja eficacia entre los residentes.
- La prevalencia en las dimensiones de Agotamiento emocional y Cinismo entre los residentes que participaron en el estudio es del 22’7%.
- Existe un 12% de prevalencia de sueño alterado entre los residentes participantes.

Biblioteca
UNIVERSITAS Miguel Hernández

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Vega MF. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (I): definición y proceso de generación. Ntp 705. 2010;
2. FREUDENBERGER H. Staff burnout. J Soc Issues. 1974;30:159–65.
3. MASLACH C. Burn-out. Hum Behav. 1976;5(9):16–22.
4. MASLACH, C. y JACKSON SE. The Maslach Burnout Inventory. Consult Psychol Press Palo Alto. 1896;
5. PINES, A. y ARONSON E. Carrer burnout: causes and cures. New York Free Press. 1988;
6. BRILL PL. The need for an operational definition of burnout. Fam Community Heal. 1984;6:12–24.
7. HARRISON WD. Stress and burnout in the human services professions. Pergamon Press New York . 1983;29–39.
8. Martínez Pérez A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Acad Rev Comun. 2010;42–80.
9. Manuel Fidalgo Vega. Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (II): consecuencias, evaluación y prevención. Ntp 705 [Internet]. 2010; Available from: https://www.insst.es/documents/94886/326775/ntp_705.pdf
10. Bresó E, Salanova M, Schaufeli WB, Nogareda C. NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo “Burnout” (III): Instrumento de medición. 2007;(Iii):x.
11. Acevedo RT, Luis J, Gómez G, Muñoz-Rivas MJ, Elena M, Fernández P. Consideraciones sobre el síndrome del “Burnout” como forma de estrés laboral. Jurisprudencia y legislación relacionadas. Psicopatología Clínica, Leg y forense. 2002;2:95–115.
12. International Labour Office. Labour Administration LI and OS and HB. Estrés en el trabajo : un reto colectivo. 2016;60.
13. Gil Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). In: Pirámide E, editor. 2005.

14. Merino Andréu M, Álvarez Ruiz De Larrinaga A, Madrid Pérez JA, Martínez Martínez MÁ, Puertas Cuesta FJ, Asencio Guerra AJ, et al. Sueño saludable: Evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. Rev Neurol. 2016;63:S1–27.

15. Douglas Kirsch, MD F. Stages and architecture of normal sleep. Uptodate.

16. Villarreal-Zegarra D, Torres-Puente R, Otazú-Alfaro S, Al-kassab-Córdova A, Rey de Castro J, Mezones-Holguín E. Spanish version of Jenkins Sleep Scale in physicians and nurses: psychometric properties from a Peruvian nationally representative sample. J Psychosom Res. 2022;157(February).

17. Bellone LGJ, Plano SA, Cardinali DP, Chada DP, Vigo DE, Golombek DA. La actigrafía como herramienta diagnóstica. Prensa Med Argent. 2018;104(1):50–8.

18. Fabbri M, Beracci A, Martoni M, Meneo D, Tonetti L, Natale V. Measuring subjective sleep quality: A review. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(3):1–57.

19. Juhola J, Arokoski JPA, Ervasti J, Kivimäki M, Vahtera J, Myllyntausta S, et al. Internal consistency and factor structure of Jenkins Sleep Scale: Cross-sectional cohort study among 80 000 adults. BMJ Open. 2021;11(1):1–5.

20. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 3/2018 3/2018, de 5 de diciembre, d e Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Of del Estado [Internet]. 2018;(294):119788–99857. Available from: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673

21. Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, Cabral JV, Medeiros L, Gurgel K, et al. Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2018;13(11):1–17.

22. Castro AP. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos que trabajan en España: revisión sistemática y metaanálisis. 2024;(xxxx).

23. Ziad K, Laurent B, Marianne H, Virginie V, Christophe L, Guillaume F. Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord [Internet]. 2019;246(July 2018):132–47. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.056

24. Chen Z, Foo ZST, Tang JY, Sim MWC, Lim BL, Fong KY, et al. Sleep quality and burnout: A Singapore study. Sleep Med [Internet]. 2023;102:205–12. Available from:

https://doi.org/10.1016/j.sleep.2022.12.026

25. Allen HK, Barrall AL, Vincent KB, Arria AM. Stress and Burnout Among Graduate Students: Moderation by Sleep Duration and Quality. Int J Behav Med. 2021;28(1):21–8.

26. Zambrano-Chumo L, Guevara R. Psychological Capital and Turnover Intention: The Mediating Role of Burnout among Healthcare Professionals. Int J Environ Res Public Health. 2024;21(2).

27. Agarwal UA. Linking justice, trust and innovative work behaviour to work engagement. Pers Rev. 2014;43(1):41–73.

28. Awa WL, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: A review of intervention programs. Patient Educ Couns. 2010;78(2):184–90.

Biblioteca
UNIVERSITAS Miguel Hernández

9. ANEXOS

9.1. ANEXO 1: ENCUESTA

Encuesta anónima sobre la calidad del sueño y síndrome de burnout en los residentes.

Estudio para Trabajo Fin de Master del Master en Prevención de Riesgos Laborales de Carmen González Tudela, residente de 4º año de Medicina Interna en el Hospital Morales Meseguer. Email de contacto: tudela1995@gmail.com

* Indica que la pregunta es obligatoria

1. **Al completar esta encuesta, usted da su consentimiento para que los datos que proporcione sean utilizados para el TFM descrito. Sus datos serán tratados de forma confidencial y anónima, solo se utilizarán para fines estadísticos. Puede retirar su consentimiento en cualquier momento contactando al correo electrónico proporcionado.**

   Marca solo un óvalo.

   - ◯ Si
   - ◯ No

2. Año de Residencia *

   Marca solo un óvalo.

   - ◯ Residente primer año
   - ◯ Residente segundo año
   - ◯ Residente tercer año
   - ◯ Residente cuarto año
   - ◯ Residente quinto año

3. Especialidad de la residencia *

Marca solo un óvalo.

- Medicina Interna
- Medicina Intensiva
- Medicina de Familia
- Oncología
- Neumología
- Neurología
- Endocrinología
- Medicina del Trabajo
- Hematología
- Cirugía General
- Traumatología
- Urología
- Otorrinolaringología
- Oftalmología
- Anestesiología
- Rehabilitación
- Digestivo

Biblioteca UNIVERSITAS Miguel Hernández

4. Sexo *

Marca solo un óvalo.

- Mujer
- Hombre

5. Edad (años) *

Marca solo un óvalo.

- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30
- Otro: _____

6. Guardias de media al mes realizadas *

Marca solo un óvalo.

- Menos de 5
- 5
- Más de 5

Biblioteca UNIVERSITAS Miguel Hernández

7. Media de horas dormidas en una noche habitual laboral ?? *

Marca solo un óvalo.

- 6 horas o menos
- Más de 6 horas.

CALIDAD DE SUEÑO (ESCALA JENKINS)

Selecciona la casilla que más corresponde a su calidad de sueño en LOS ÚLTIMOS 31 DÍAS.

8. ¿Tienes dificultad para quedarte dormido?

Marca solo un óvalo.

- No me ocurre
- Me ocurre 1-3 días
- Me ocurre 4-7 días
- Me ocurre 8-14 días
- Me ocurre 15-21 días
- Me ocurre 22-31 días

9. ¿Tienes dificultad para permanecer dormido?

Marca solo un óvalo.

- No me ocurre
- Me ocurre 1-3 días
- Me ocurre 4-7 días
- Me ocurre 8-14 días
- Me ocurre 15-21 días
- Me ocurre 22-31 días

Biblioteca Universitas Miguel Hernández

10. ¿Te despiertas varias veces por la noche?

Marca solo un óvalo.

- No me ocurre
- Me ocurre 1-3 días
- Me ocurre 4-7 días
- Me ocurre 8-14 días
- Me ocurre 15-21 días
- Me ocurre 22-31 días

11. ¿Al despertarte te sientes cansado y agotado después de un sueño normal?

Marca solo un óvalo.

- ◯ No me ocurre
- ◯ Me ocurre 1-3 días
- ◯ Me ocurre 4-7 días
- ◯ Me ocurre 8-14 días
- ◯ Me ocurre 15-21 días
- ◯ Me ocurre 22-31 días

SÍNDROME DE BURN-OUT (ESCALA MBI)

Selecciona tu nivel de acuerdo respecto a las siguientes afirmaciones.

12. Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo *

Marca solo un óvalo.

- ◯ 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 dias

Biblioteca UNIVERSITAS Miguel Hernández

13. Estoy "consumido" al final de un día de trabajo *

Marca solo un óvalo.

- 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 dias

14. Estoy cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día en mi puesto de trabajo

Marca solo un óvalo.

- 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 dias

15. Trabajar todo el día es una tensión para mí *

Marca solo un óvalo.

- 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 dias

16. Puedo resolver de manera eficaz los problemas que surgen en mi trabajo *

Marca solo un óvalo.

- 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 dias

Biblioteca Miguel Hernández

17. Estoy "quemado" por el trabajo *

Marca solo un óvalo.

- 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 dias

18. Contribuyo efectivamente a lo que hace mi organización *

Marca solo un óvalo.

- 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 dias

Biblioteca Miguel Hernández

19. He perdido interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto *

Marca solo un óvalo.

- 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 dias

20. He perdido entusiasmo por mi trabajo *

Marca solo un óvalo.

- 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 dias

Biblioteca Miguel Hernández

21. En mi opinión soy bueno en mi puesto *

Marca solo un óvalo.

- 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 dias

22. Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo *

Marca solo un óvalo.

- 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 dias

Biblioteca Miguel Hernández

23. He conseguido muchas cosas valiosas en este puesto *

Marca solo un óvalo.

- 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 dias

24. Me he vuelto más cínico respecto a la utilidad de mi trabajo *

Marca solo un óvalo.

- 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 dias

Biblioteca Miguel Hernández

25. Dudo de la trascendencia y valor de mi trabajo *

Marca solo un óvalo.

- 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 dias

26. En mi trabajo, tengo la seguridad de que soy eficaz en la finalización de las cosas *

Marca solo un óvalo.

- 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 dias

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios