

UNIVERSITAS



Miguel Hernández

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

MÁSTER UNIVERSITARIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO DE UN CENTRO DE SALUD

AUTOR: María Paloma Cánovas Sánchez

TUTOR: Dra Susana Jiménez Moreno

CURSO 2020/21



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

D^a. SUSANA JIMÉNEZ MORENO, Tutora del Trabajo Fin de Máster, titulado **“SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO DE UN CENTRO DE SALUD”** y realizado por el estudiante MARÍA PALOMA CÁNOVAS SÁNCHEZ.

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

Fecha de la autorización: 23 de julio de 2021

Fdo.: SUSANA JIMÉNEZ MORENO
Tutora TFM



RESUMEN

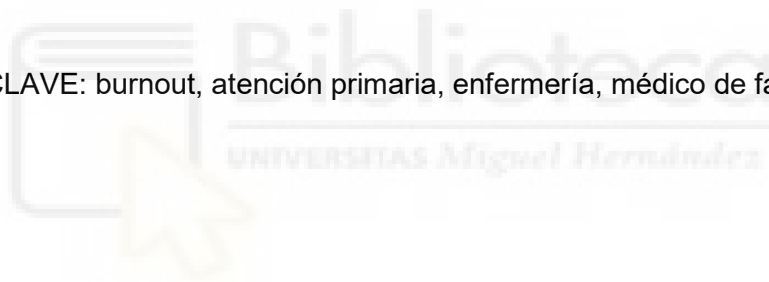
El síndrome de burnout es un problema a la orden del día en el personal sanitario, tanto médicos como enfermeros en el ámbito de la Atención Primaria. Existen numerosos factores estresantes asociados a las labores de este personal que los hacen un grupo susceptible de poder desarrollar este síndrome.

El objetivo del trabajo ha sido estudiar la prevalencia del síndrome de burnout en el personal sanitario de un Centro de Salud de Murcia, así como los factores de riesgo psicosociales asociados al mismo.

Se llevó a cabo un cuestionario anónimo y voluntario usando como instrumento de medida el Maslach Burnour Inventory para determinar la prevalencia del síndrome así como un cuestionario con diferentes aspectos sociodemográficos y asistenciales.

De los 30 encuestados, el 16,7% han obtenido una alta puntuación para el síndrome de burnout, el 40% se encuentra en riesgo de padecerlo y el 43,3% tienen un riesgo bajo.

PALABRAS CLAVE: burnout, atención primaria, enfermería, médico de familia.



ABSTRACT

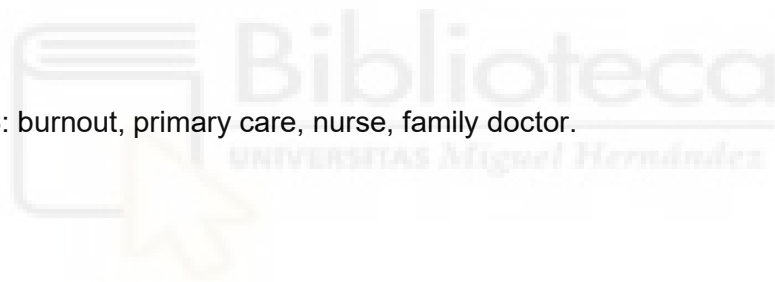
Burnout syndrome is a common problem among healthcare personnel, both doctors and nurses in the Primary Care setting. There are numerous stressing factors associated with the work of these personnel that make them a group susceptible to developing this syndrome.

The aim of this work was to study the prevalence of burnout syndrome in health care personnel in a Health Center in Murcia, as well as the psychosocial risk factors associated with it.

An anonymous and voluntary questionnaire was carried out using the Maslach Burnout Inventory as a measuring instrument to determine the prevalence of the syndrome as well as a questionnaire with different sociodemographic and care aspects.

Of the 30 respondents, 16.7% scored high for burnout syndrome, 40% were at risk of suffering it and 43.3% were at low risk.

KEY WORDS: burnout, primary care, nurse, family doctor.



ÍNDICE

1. JUSTIFICACIÓN.....	6
2. INTRODUCCIÓN.....	8
2.1. Factores de riesgo psicosocial	9
2.2. Riesgo psicosocial en personal sanitario	10
2.3. Definición de Burnout	10
2.4. Estrés laboral y el síndrome de estar quemado.....	11
2.5. Manifestaciones clínicas.....	14
2.6. Burnout en el personal sanitario	15
3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	17
3.1. Hipótesis de investigación	17
3.2. Objetivo general	17
3.3. Objetivos específicos.....	17
4. MATERIAL Y MÉTODOS	19
4.1. Tipo de estudio.....	19
4.2. Lugar y tiempo de ejecución.....	19
4.3. Objeto de estudio	19
4.3.1. Población de estudio.....	19
4.3.2. Criterios de inclusión.....	19
4.3.3. Criterios de exclusión.....	19
4.4. Recogida de datos	19
4.5. Variables a estudio	21
4.6. Análisis estadístico	22
4.7. Limitaciones del estudio	23
4.8. Consideraciones éticas	23
5. RESULTADOS	24
5.1. Datos sociodemográficos y asistenciales	24

5.2. Datos MBI	33
6. DISCUSIÓN.....	41
6.1. ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DEL BURNOUT	44
7. CONCLUSIONES	47
8. BIBLIOGRAFÍA.....	48
9. ANEXOS.....	52
9.1. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory.	52
9.2. Cuestionario de datos sociodemográficos y asistenciales.	53
9.3. Escrito de consentimiento	54
9.4. Tabla de edades de los sujetos.	55



1. JUSTIFICACIÓN

Los riesgos psicosociales son un importante problema actualmente porque pueden causar otros efectos a nivel de la salud, algunos de los cuales son bastante graves. Por tanto, las condiciones psicosociales y los factores personales pueden llevar a la insatisfacción con el trabajo y degenerar en un síndrome de burnout. De existir tal insatisfacción, pueden producirse una serie de anomalías e incidencias que deteriorarán gradualmente la salud de los trabajadores, lo que igualmente repercutirá en los pacientes a los que atienden.

El desarrollo de actividades laborales saludables es propicio para toda actividad realizada por los trabajadores. La satisfacción con el trabajo realizado será parte del éxito del bienestar psicosocial de los trabajadores. Existe por tanto una estrecha relación entre las labores profesionales desempeñadas y el estado de salud. (AMYTS, 2014; Ramos, Pérez, Enguix, Álvarez y Martínez, 2013)

El síndrome de burnout o síndrome de estar quemado por trabajo es el resultado de la interacción del trabajador con determinadas condiciones nocivas en el trabajo. En los últimos años ha habido diferentes investigaciones que han intentado definir el concepto de burnout y desarrollar modelos explicativos del mismo y métodos de evaluación y diagnóstico para la prevención de este. (Díaz y Gómez, 2011)

En general las profesiones de la salud trabajan con demandas de atención lo que genera mucha tensión y estrés. Sin duda, los trabajadores de atención primaria en los centros de salud estarán expuestos a una variedad de condiciones laborales que pueden hacerlos susceptibles al síndrome de burnout. La sobrecarga de las agendas, la demanda de los pacientes, el estar cara al público, la burocratización del sistema en el día a día, la falta de recursos médicos, las urgencias diarias, el retraso de las pruebas complementarias, preocupación por aspectos legales, hacen de esta profesión un trabajo donde surge estrés laboral.

El no poder atender a los pacientes como requieren por factores externos a la persona hace que el colectivo sea un grupo de riesgo potencialmente vulnerable a problemas de burnout (Fernández, González, Iribar y Peinado, 2017, Gálvez, Moreno y Mingote, 2013). Entre los grupos de riesgo de sanidad es difícil medir su extensión social y personal, su escasa cobertura legal y la dificultad para prevenir el burnout en estos espacios. (Jiménez y León, 2010) (UGT, 2011, 2016).

En este trabajo se pretende conocer la prevalencia del síndrome de burnout entre el personal sanitario de Atención Primaria de un centro de Salud, médicos y enfermeros, y cómo repercuten en ellos los factores sociodemográficos y asistenciales analizados.

En base a los resultados valoraremos la situación actual y se propondrán estrategias de mejora o prevención de ciertos factores de riesgo.



2. INTRODUCCIÓN

La defensa de la salud es una cuestión ineludible de todos los ciudadanos y debe ser una preocupación prioritaria de la administración, especialmente cuando es provocada por las condiciones laborales de los profesionales en diferentes ámbitos laborales. El desgaste laboral es más común en ocupaciones que trabajan con pacientes enfermos. (Gálvez, Moreno y Mingote, 2013; Moreno, 2014; Moreno y Rodríguez 2013)

En la actualidad, el mundo del trabajo está experimentando una serie de cambios. Los riesgos físicos en el trabajo están disminuyendo, pero ocurre lo contrario con los riesgos psíquicos. Esto se debe a que las actividades laborales están experimentando una evolución de lo físico a lo intelectual, lo que aumenta la carga psicológica de los empleados. (Garrido- Pinzón et al, 2011).

En cuanto a la parte normativo-legal, la Constitución española, en su artículo 40.2, proclama que los poderes públicos deben velar por la seguridad en el trabajo, ítem recogido en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, modificada por la 54/2003 según las normativas de la OIT (1984) y la OMS (1988) sobre prevención de riesgos laborales. Esta norma implica que las administraciones y empresas, públicas y privadas, desarrollen una política de protección de la salud de los trabajadores, minimizando los elementos estresores. Tenemos por otro lado el Real Decreto 298/2009 que hace referencia a la fatiga mental de los profesionales sanitarios, siendo esta un riesgo psicosocial preocupante.

Los **riesgos psicosociales** dañan la salud de los trabajadores y provocan estrés (Grazziano y Ferraz, 2010) y, a la larga, puede ocasionar problemas más graves, Por ejemplo: cambios cardiovasculares, trastornos afectivos, ansiedad, cambios en metabolismo, consumo de tóxicos (alcohol, tabaco y drogas), problemas a nivel musculoesquelético, etc. (Neffa, 2015). Por lo tanto, su evaluación es la clave de la prevención, establecer e implementar medidas para reducir estos impactos. Además, se debe considerar que este problema también causará inconvenientes para empresas y empleadores, como absentismo, tardanza, impacto en el rendimiento y productividad, aumento de costes, etc. (Moreno y Baez, 2010)

En conclusión, es muy necesario destacar que el marco para la correcta ejecución del trabajo profesional es un entorno seguro y saludable, que toma en cuenta todos los factores que afectan a las personas, y lo considera de manera integral, es decir, en su conjunto, tomando en cuenta su estado físico y psíquico.

Si hablamos de impacto económico, cabe señalar que este tema representa una serie de gastos médicos directos por trastornos mentales y del comportamiento, atribuibles al ejercicio profesional. Según estimaciones realizadas en España en 2010, se sitúa entre 150 y 372 millones de euros. Cabe señalar que los obstáculos laborales como las enfermedades mentales y el comportamiento de las empleadas son más frecuentes en este sexo, del mismo modo, son más comunes entre los trabajadores menos calificados, especialmente si son mujeres.

Además, en el mismo año, se estima que el número de días de baja temporal del trabajo por enfermedad mental provocada por el entorno laboral alcanzó los 2,78 millones de días, lo que se tradujo en unas pérdidas económicas de 170,96 millones de euros. (García Gómez y otros, 2013).

Por lo tanto, si se evitan los trastornos mentales y las enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, ahorraría una amplia gama de gastos públicos que podrían invertirse en otras áreas para reducir los daños críticos.

Los riesgos psicosociales según Moreno y Baez (2011), son circunstancias laborales con alta probabilidad de perjudicar gravemente la salud del trabajador, tanto física como emocionalmente.

2.1. Factores de riesgo psicosocial

En el INSSBT define factor de riesgo psicosocial como aquellas cualidades existentes en una situación laboral que se relacionan directamente con la organización del trabajo y con el ambiente social. De este modo, unas condiciones psicosociales adversas son el origen de ciertas conductas y actitudes inadecuadas en el ejercicio profesional con consecuencias para la salud del trabajador.

Encontramos dentro de los factores de riesgo psicosocial dos grupos:

- Factores laborales:
 - De la organización del trabajo, que engloba la estructura jerárquica, la comunicación, definición de competencias, formación y promoción profesional y características del empleo;
 - Del contenido del trabajo, es decir, tareas monótonas y rutinarias, ritmo de trabajo, autonomía, carga de trabajo; y los factores medioambientales
 - Del medioambiente laboral, que hace referencia al ruido, temperatura, humedad, iluminación, etc.

- Factores personales: capacidad del trabajador, necesidades, cultura, situación personal, personalidad, percepción, motivación, edad y género.

2.2. Riesgo psicosocial en personal sanitario

La prevalencia del burnout asociada al desempeño laboral es distinta según las fuentes consultadas. Albadalejo y col., hallaron un 30% de presencia del síndrome en el personal de enfermería. Resultados más moderados de un 14,9% en profesionales sanitarios según estudio de Grau y col., con una prevalencia del 12,1% en médicos, enfermería 7,2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras menores al 6%.

En el personal sanitario ocurre un acoplamiento persona-trabajo, ya que no se ven satisfechas, esto se debe a que el trabajo no satisface las necesidades y expectativas de personas o no puede utilizar sus conocimientos y habilidades como le gustaría. Con una exposición prolongada, los trabajadores pierden sus sentimientos positivos sobre sí mismos y sobre los pacientes. Por otro lado, el desgaste también puede llevar a una actitud de despersonalización en el cuidado del paciente, siendo más insensible. Asimismo, el autor de este describe algunas variables que afectan adversamente en el burnout, como la edad, el género y los años de profesión. (Manzano, 2007).

En el trabajo de Aguado Martín et al., en 2013, con respecto a los factores estresantes presentes tanto en el personal de enfermería como médicos, aunque no aborda si presentan diferencias entre sí, sí que determina que el grado de estrés que presenta este colectivo es elevado.

2.3. Definición de Burnout

Claramente, el síndrome de burnout está directamente asociado con un mayor riesgo psicosocial. El síndrome se ha descrito desde la década de 1970 y el psiquiatra Herbert Freudenberger describió por primera vez el síndrome con sus características clínicas. Describe el desgaste de la atención brindada por el profesional en el servicio médico, educativo, social, etc. al tratar con los clientes. Freudenberger lo define como "fallar, desgastarse o agotarse al exigir excesivamente energía, fuerza o recursos", es decir, sucede cuando los trabajadores de una organización por alguna razón quedan agotados e indefensos.

Maslach y Jackson definieron en 1981 como un síndrome con los siguientes síntomas: (a) agotamiento emocional, se ven afectados los recursos emocionales del trabajador lo que merma su capacidad psíquica y afectiva, (b) baja realización personal, los trabajadores tienden a autoevaluarse negativamente con respecto a la insatisfacción con sus resultados y desempeño laboral, (C) despersonalización, aparición y progresión de actitudes y emociones adversas hacia los pacientes en el lugar de trabajo, esto puede conducir a situaciones en las que los empleados consideren que el paciente lo merece con los problemas que plantean.

GilMonte⁸ considera que el síndrome de burnout es “una respuesta psicológica al estrés laboral crónico de naturaleza emocional y personal”. Aparece y es desarrollado por profesionales que trabajan en prestadores de servicios, y su actividad principal se lleva a cabo directamente con clientes o usuarios. empresa. Esto indica una disminución en la función cognitiva con las siguientes características: (a) pérdida de ilusión por el trabajo, el desencanto o la baja realización personal en el trabajo; (b) Deterioro emocional caracterizado por angustia mental y física; (C) Actitudes y comportamientos negativos hacia los clientes y la organización que parecen indiferentes, incluso dañinos. A veces, este síntoma evocador va acompañado de culpa.

2.4. Estrés laboral y el síndrome de estar quemado.

El estrés laboral es la respuesta que puede tener una persona cuando las demandas y presiones que surgen en el trabajo no coinciden con sus conocimientos y habilidades y ponen a prueba su capacidad para hacer frente a la situación. Es un desequilibrio entre las necesidades de empleo y la capacidad de los trabajadores para satisfacerlas (Stavroula et al., 2004).

Este desequilibrio es el resultado de las características del trabajo (cantidad y ritmo de trabajo, falta de planificación e implicación y gestión), las condiciones laborales (opinión de expertos, estatus, salario, roles en las unidades, relaciones interpersonales). cultura y vida personal y profesional) (Stavroula et al., 2004) y características personales del individuo como expectativas, experiencias, actitudes y emociones pasadas (del Hoyo Delgado, 2004). En pocas palabras, el estrés ocupacional es causado por los factores de riesgo psicosocial mencionados anteriormente.

Si un individuo está constantemente expuesto a situaciones estresantes en el trabajo, puede provocar síndrome de burnout. En esta situación, los sujetos pueden desarrollar emociones negativas con el resto de los trabajadores y sentirse

emocionalmente agotados por su rol profesional.

El estrés crónico reduce gradualmente la salud de los trabajadores. Esto se debe a que el trabajador está constantemente expuesto a factores estresantes. Debido a que el sujeto intenta controlar la situación con sus propios recursos, pero esto no es suficiente, y acaba produciendo síntomas de ansiedad y depresión, síntomas psicossomáticos, de la conducta y de su actitud con el entorno. (Figura 1)

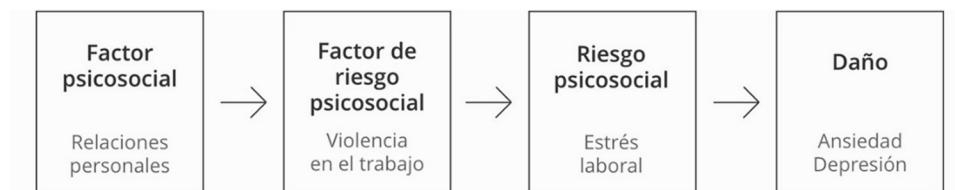


Figura 1 Proceso que deriva en Burnout. Elaboración propia.

Destacar por última vez que el estrés laboral y el síndrome de burnout no son el mismo concepto ni tienen las mismas consecuencias (Tabla 1). El burnout es la respuesta a una exposición continua del estrés crónico laboral.

Tabla 1 Diferencias entre estrés y burnout (INSHT, 2005-2006)

ESTRÉS	BURNOUT
Sobre implicación en los problemas	Carece de implicación
Previamente no motivación ni expectativas altas	Motivación previa, ilusión y expectativas altas
Se recupera tras descanso	No se repone tras descanso
Agotamiento físico	Agotamiento físico y psíquico
En exposiciones moderadas puede tener efectos positivos	Sólo efectos negativos
Daño fisiológico como sustrato primario	Daño emocional
Hiperactividad emocional	Embotamiento emocional

Gil Monte sugiere que el síndrome comienza después de que los trabajadores se reevalúan a sí mismos cuando falla el mecanismo de protección contra el estrés crónico en el lugar de trabajo. Los primeros síntomas que presenta un individuo son el deterioro cognitivo (pérdida del entusiasmo por el trabajo) y el deterioro emocional (malestar mental), seguidos de una actitud negativa hacia el usuario (abstinencia). , Estos síntomas juegan un papel adaptativo en el declive que padece. Cognitiva y

emocionalmente. Además de los tres síntomas anteriores, algunos trabajadores se sienten culpables. La culpa no es una relación bidireccional, sino un sentimiento social que está directamente relacionado con la responsabilidad que surge de la necesidad y el compromiso de cuidar a la otra persona.

Según el modelo teórico que sostiene Gil Monte para el síndrome, las variables de culpa pueden establecer dos perfiles para los síntomas del síndrome:

- El primer grupo incluye a los usuarios de mecanismos que pueden apoyar el uso de actitudes éticamente prohibidas, como la justificación, la negación y la anticipación de cargos. Estos trabajadores pueden tener bajos niveles de entusiasmo en el trabajo, fatiga mental y anhedonia, pero también se sienten culpables si los usuarios del servicio son tratados de manera inapropiada o extrema. No reaccionan a lo que esperan de su trabajo. Son trabajadores que pueden pasar mucho tiempo en la organización sin presentar problemas graves relacionados con el estrés laboral, pero su actitud negativa ha afectado y recibido la calidad del servicio.
- El segundo grupo presentaban síntomas similares al síndrome de burnout, pero los trabajadores no completaban bien su trabajo, se sentían cansados y no podían dar más, se encontraban en mal estado y las actitudes contradictorias llaman la atención.

Desde la década de 1980, se han propuesto varias etapas en las que todos los trabajadores de SB deben experimentar el desarrollo de este síndrome, se consideran 5 etapas: (Fidalgo, Martínez-Perez, Edelwich, Cibbanal, 2018, 2010, 1980, 2001)

- Fase de entusiasmo: en esta primera fase, las personas comienzan su negocio con el objetivo de servir a las personas, sienten entusiasmo e incluso pasión, y tienen grandes perspectivas de desarrollo ambiciosas. No existe el concepto de peligro. Puede extender el día hábil.
- Estancamiento: En esta segunda fase, comienzan a ocurrir ciertos sentimientos de fracaso. No cumplió con las expectativas deseadas. Cuestiona la compensación que recibió por el trabajo, ya que cree que no tiene nada que ver con el esfuerzo realizado. Existe un desequilibrio entre necesidades y recursos que condicionan el estrés psicosocial. Los trabajadores no sienten la capacidad de responder con eficacia.

- Fase de frustración: en esta tercera fase, el trabajo se percibe como sin sentido. Los sentimientos negativos se crean en el trabajo y se ven como una barrera para la satisfacción y el estatus personal. Los empleados pueden sentirse frustrados o rechazados. Se frustra fácilmente y provoca conflictos entre colegas. Durante este tiempo, la salud puede comenzar a deteriorarse, revelando desequilibrios emocionales, conductuales y fisiológicos. Estamos en el corazón del síndrome.
- Fase de apatía: en esta cuarta fase, hay cambios de actitud y comportamiento, el trabajador está a la defensiva, su actitud hacia el usuario tiende a ser desapegada y mecánica. La satisfacción primero mejor cuidado del usuario y evitar trabajos estresantes. Estos son mecanismos de defensa cuando la frustración se vuelve crónica. Evite cualquier angustia física y emocional que sugiera un cambio o un nuevo desafío y, si es posible, evite atender a los usuarios.
- Burnout: En esta quinta etapa se producen alteraciones emocionales y cognitivas, lo que tiene un impacto significativo en la salud de los trabajadores. Como resultado, los trabajadores pueden verse obligados a dejar sus trabajos y llevar una vida de frustración e insatisfacción con sus carreras.

Se ha demostrado que este síndrome es de naturaleza cíclica y puede repetirse durante los cambios de trabajo y otras situaciones de la vida laboral.

Hay diferentes métodos para diagnosticar y evaluar el síndrome de burnout, entre los destacados y más utilizados está el MBI (Maslach Burnout Inventory), descrito por Maslach y Jackson (1986) . El test cuenta con 22 apartados en los que se pueden diferenciar tres subescalas que serán las que estudiemos en este trabajo: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP).

2.5. Manifestaciones clínicas

El síndrome de burnout tiene muchos tipos de síntomas y a menudo no es fácil distinguir entre síntomas y sus consecuencias. Los especialistas en la materia sostienen que el problema se deriva de la propia definición del síndrome.

Los síntomas más destacados son los siguientes:

- Emocionales: depresión, indefensión, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia, acusaciones a los clientes, supresión de sentimientos.
- Cognitivos: pérdida de significado, pérdida de valores, desaparición de expectativas, modificación de autoconcepto, desorientación cognitiva, pérdida de la creatividad, distracción, cinismo, criticismo generalizado.
- Somáticos: cefalea, dolores musculares, pérdida de apetito, disfunción sexual, gastrointestinales, etc.
- Conductuales: evitación de responsabilidades, absentismo, conductas inadaptativas, desorganización, sobreimplicación, evitación de decisiones, aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas
- Sociales: evitación de contactos, conflictos interpersonales, malhumor familiar, aislamiento, formación de grupos críticos, evitación profesional.

2.6. Burnout en el personal sanitario

El síndrome de burnout es una cuestión importante en salud pública y que debería ser tema de preocupación para la clase política. Se trata de una patología que se desarrolla más frecuentemente en trabajadores del sector servicios que tienen contacto con otras personas. (Agun, 2012)

Los profesionales de la salud no están exentos de enfermedades físicas y mentales. Muchos autores han demostrado que las tasas de alcoholismo, drogadicción, enfermedad mental, depresión y suicidio son más elevadas en la población general. En general, los datos mostraron que 10-12% de los sanitarios sufrieron uno o más episodios de comportamiento neurótico y / o adictivo alcohol, otras drogas o psicotrópicos a lo largo de su vida laboral. Esta prevalencia de síntomas puede estar relacionada con el estrés relacionado con el trabajo, especialmente el síndrome de estar quemado por el trabajo.

Los trabajadores sanitarios en Atención Primaria son un grupo heterogéneo en el que pasan la mayor parte de la jornada aislados en su consulta y con el contacto único de los pacientes que acuden a demandar asistencia. La asistencia es longitudinal, son los encargados del cuidado de la salud de sus pacientes, los cuales no siempre acuden por un problema técnico si no personal o social, donde no se puede evitar que eso afecte a la relación médico-paciente, ya que por muy profesional que se sea no se deja de empatizar con depende qué problemas que pueda plantear ese paciente en el momento de la visita.

Por otro lado, también reciben la presión del sistema, cada vez más existe más demanda por parte de los usuarios pero no más medios en la Atención Primaria, lo que lleva a los profesionales a asumir más carga asistencial de la recomendada, con el desgaste emocional que conlleva. Por desgracia esta situación se repite día a día, se vuelven monótonas las malas condiciones y empeora el trato con el usuario, pudiendo tener una reacción de despersonalización respecto a este. La falta de tiempo hace que no se pueda solucionar el problema como a ellos les gustaría lo que conlleva una frustración continua que haga que no se sientan realizados personalmente. Todos estos problemas suponen un desencadenante obvio para situaciones de estrés crónico que puedan derivar en síndrome de burnout.



3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1. Hipótesis de investigación

- Los profesionales sanitarios, médicos y enfermeros, que desarrollan su actividad en Atención Primaria en el Centro de Salud Vistalegre- La Flota, están sometidos a condiciones laborales y sociodemográficas que generan burnout.

3.2. Objetivo general

- Determinar la prevalencia en el personal sanitario, médicos y enfermeros, que desarrolla su actividad laboral en Atención Primaria en el centro de salud Vistalegre-La Flota del Servicio Murciano de Salud, del síndrome de burnout.

3.3. Objetivos específicos

- Conocer las características sociodemográficas de los médicos y enfermeros que trabajan en el Centro de Salud Vistalegre-La Flota.
- Conocer las características laborales de los médicos y enfermeros que trabajan en el Centro de Salud Vistalegre- La Flota.
- Conocer la distribución de las variables medidas en el estudio.
- Conocer el nivel de Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (DP) y Realización Personal (RP) de los médicos y enfermeros del Centro de Salud Vistalegre- La Flota.
- Conocer la posible asociación entre las características sociodemográficas y el desarrollo del síndrome de burnout.

- Detectar posibles factores protectores en el desarrollo futuro del síndrome de burnout y realizar propuestas preventivas en función a los resultados y conclusiones establecidas en el estudio.



4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Tipo de estudio

Se ha realizado un estudio descriptivo, observacional y transversal.

4.2. Lugar y tiempo de ejecución

Se ha llevado a cabo en el Centro de Salud de Atención Primaria Vistalegre-La Flota en Murcia, perteneciente al Servicio Murciano de Salud.

El estudio se realizó durante el mes de mayo de 2020.

4.3. Objeto de estudio

4.3.1. Población de estudio

Todo el personal sanitario, es decir, médicos y enfermeros, del Centro de Salud Vistalegre- La Flota. Se obtiene una muestra aleatoria simple de 30 trabajadores, siendo los mismos la población completa de personal sanitario del Centro de Salud.

4.3.2. Criterios de inclusión

- Facultativos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria adjuntos al servicio de Atención Primaria del Centro de Salud.
- Enfermeros adjuntos al Centro de Salud.

4.3.3. Criterios de exclusión

- Personal no perteneciente al servicio de Atención Primaria del Centro de Salud Vistalegre- La Flota.
- Negativa explícita a participar en el estudio.

4.4. Recogida de datos

La recogida de datos se lleva a cabo mediante un cuestionario cumplimentado de forma anónima por cada uno de los participantes en el estudio. Anexo 1 y 2.

El cuestionario se compone de una sección con variables sociodemográficas y laborales y por otro lado el cuestionario Maslach Burn Inventory (MBI).

El cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) lo constituyen 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional y su función es medir

el desgaste profesional. Con este test se pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout.

El MBI valora 3 dimensiones: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP) mediante una escala tipo Likert 7 de opciones que se valoran con un rango de 6 frecuencias que van desde el “nunca” a “diariamente”.

La puntuación para cada dimensión se obtiene al sumar los puntos de cada pregunta:

- 0= Nunca
- 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

Para CE hay 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), con una puntuación máxima de 54 puntos, para DP hay 5 cuestiones (5, 10, 11, 15, 22) con puntuación máxima de 30 puntos y para RP hay 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) con puntuación máxima de 48 puntos.

Las 3 variables numéricas obtenidas del cuestionario se componen de distintos niveles: CE bajo ≤ 18 , CE medio de 19-26 y CE alto, ≥ 27 ; DP bajo ≤ 5 , DP media de 6-9 y DP alta, ≥ 10 , y RP baja ≤ 33 , RP media de 34-39 y RP alta ≥ 40 . Las subescalas de CE y DP indican mayor desgaste a mayor puntuación. La RP funciona en sentido inverso, indicando mayor desgaste las puntuaciones bajas. (Tabla 2)

Estas 3 dimensiones consideran el síndrome de estar quemado como una variable continua que se puede experimentar en diferentes niveles y aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de Burnout, puntuaciones altas en CE y DP y baja en RP definen el síndrome. Consideramos como prevalencia de Burnout niveles altos en al menos una de las 3 dimensiones.

Tabla 2 Valores de referencia para la clasificación en los distintos niveles de cada dimensión.

	Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto
Cansancio emocional	0-18	19-26	27-54
Despersonalización	0-5	6-9	10-30
Realización personal	0-33	34-39	40-48

4.5. Variables a estudio

	VARIABLES	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	CODIFICACIÓN
DEMOGRÁFICAS Y ASISTENCIALES	EDAD	Edad en números enteros del sujeto	Cuantitativa discreta	Según edad del sujeto
	SEXO	Género del paciente	Cualitativa nominal dicotómica	1: Hombre 2: Mujer
	ESTADO CIVIL	Situación de convivencia administrativamente reconocida	Cualitativa nominal policotómica	1: Soltero 2: Casado 3: Divorciado 4: Viudo
	DEPENDIENTES A CARGO	Personas dependientes y a cargo del sujeto	Cualitativa nominal dicotómica	1: No 2: Si
	CATEGORÍA PROFESIONAL	Distribución de los profesionales según su titulación	Cualitativa nominal dicotómica	1: Médico 2: Enfermero
	AÑOS DE EJERCICIO	Nº de años que llevan desarrollando actividad laboral.	Cuantitativa discreta	Nº entero de años de ejercicio profesional
	TIPO DE CONTRATO	Mide estabilidad del sujeto a nivel laboral	Cualitativa normal dicotómica	1: Fijo 2: Eventual
	Nº DE PACIENTES	Número de pacientes citados por consulta diaria	Cualitativa discreta	Nº entero de pacientes
	PERCEPCIÓN DE Nº DE PACIENTES	Consideración por el profesional del nº de pacientes por consulta diaria	Cualitativa nominal policotómica	1: Insuficiente 2: Adecuado 3: Excesivo
CUESTIONARIO MASLACH BURN INVENTORY	CANSANCIO EMOCIONAL	Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo	Cualitativa nominal policotómica// Cuantitativa discreta	1: Nivel Bajo 2: Nivel Medio 3: Nivel Alto Nº enteros de puntuaciones
	DESPERSONALIZACIÓN	Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento	Cualitativa nominal policotómica// Cuantitativa discreta	1: Nivel Bajo 2: Nivel Medio 3: Nivel Alto Nº enteros de puntuaciones
	REALIZACIÓN PERSONAL	Evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo	Cualitativa nominal policotómica// Cuantitativa discreta	1: Nivel Bajo 2: Nivel Medio 3: Nivel Alto Nº enteros de puntuaciones

4.6. Análisis estadístico

Para cada una de las variables aleatorias estudiadas se ha recogido una *muestra aleatoria simple (m.a.s.)* de tamaño poblacional $n=30$.

Sobre estas m.a.s. se realiza un análisis univariante con el objetivo de comprender estadísticamente cada variable. A continuación, se realizará un análisis bivariante para comparar varias de las variables aleatorias entre sí.

Para las variables aleatorias cualitativas se mostrarán estadísticos de frecuencias absolutas y relativas.

Para las variables aleatorias cuantitativas se estudiarán los estadísticos que muestran las medidas de tendencia central y dispersión: media (μ), desviación típica (σ), mediana y rango. Además, se realizará el contraste de hipótesis de Shapiro-Wilk para estudiar la normalidad de la distribución.

H_0 : X sigue una distribución normal

H_1 : X no sigue una distribución normal

Para el estudio bivariante entre variables emplearemos el test estadístico χ^2 de Pearson. Dadas dos variables aleatorias X e Y, el contraste de hipótesis es:

H_0 : X e Y son independientes

H_1 : X e Y no son independientes

En el estudio bivariante entre variables cuantitativas emplearemos el contraste de hipótesis t de Student bilateral:

H_0 : $\mu_X = \mu_Y$

H_1 : $\mu_X \neq \mu_Y$

Este test precisa de un contraste previo de igualdad de varianzas (σ^2). Utilizaremos la prueba de Levene:

H_0 : $\sigma_X^2 = \sigma_Y^2$

H_1 : $\sigma_X^2 \neq \sigma_Y^2$

Para todos los contrastes de hipótesis se establece un intervalo de confianza del 95%, es decir el nivel de confianza $1-\alpha$ es 0.95, y se aceptará la hipótesis nula (H_0) cuando $p\text{-valor} > \alpha = 0.05$.

El análisis se realizará utilizando el programa estadístico IBM® SPSS® versión 25 y el programa informático Excel® (Microsoft).

4.7. Limitaciones del estudio

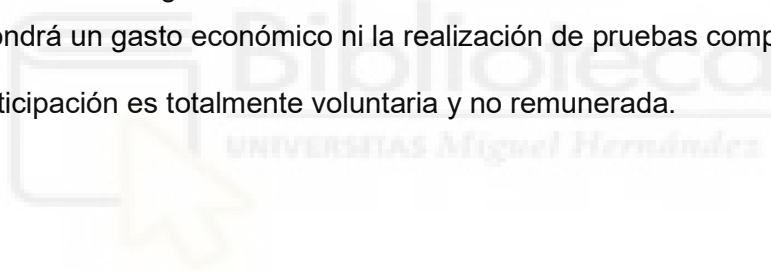
Población pequeña en la que puede existir el miedo a perder el anonimato ya que al preguntar por varios datos sociodemográficos pueden suponer que el investigador puede identificar cada cuestionario anónimo. Es por tanto que se repartieron y recogieron todos los cuestionarios el mismo día para poder hacer una lectura de la totalidad de estos.

4.8. Consideraciones éticas

La identidad de los profesionales será totalmente anónima y los datos se tratarán con absoluta confidencialidad por parte del investigador. La base de datos no tendrá identificación, sino que constará un código numérico como clasificación. Se cumple así con los principios básicos de la Buena Práctica Clínica y los datos serán usados según lo dispuesto en la ley orgánica 3/2018, de Protección de Datos de Carácter Personal. (Anexo 3)

La labor de investigación no interfiere en las labores asistenciales del equipo, tampoco supondrá un gasto económico ni la realización de pruebas complementarias.

La participación es totalmente voluntaria y no remunerada.



5. RESULTADOS

5.1. Datos sociodemográficos y asistenciales

Se ha obtenido una muestra aleatoria simple de 30 profesionales pertenecientes al Centro de Salud Vistalegre-La Flota (mayo 2020).

El personal sanitario encuestado tenía una **edad media $\mu=51,4$ años**, con desviación típica $\sigma=9,3$, moda 51, en un rango de 30 a 65 años y una mediana de 52,5 años (Figura 3 y 4). El **43,3%** eran **hombres** y el **56,7%** **mujeres** (Tabla 3). Para el total de pacientes distribuidos por edad ver Anexo 4.

Tabla 3 Agrupación de los sujetos según edad

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	13	43,3
Mujer	17	56,7
Total	30	100

En la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para la edad obtenemos $W=0.930$ y un p-valor 0.05, al límite de nuestro intervalo de confianza, por lo que no podemos asumir que la variable sigue una distribución normalidad. (Figura 2)

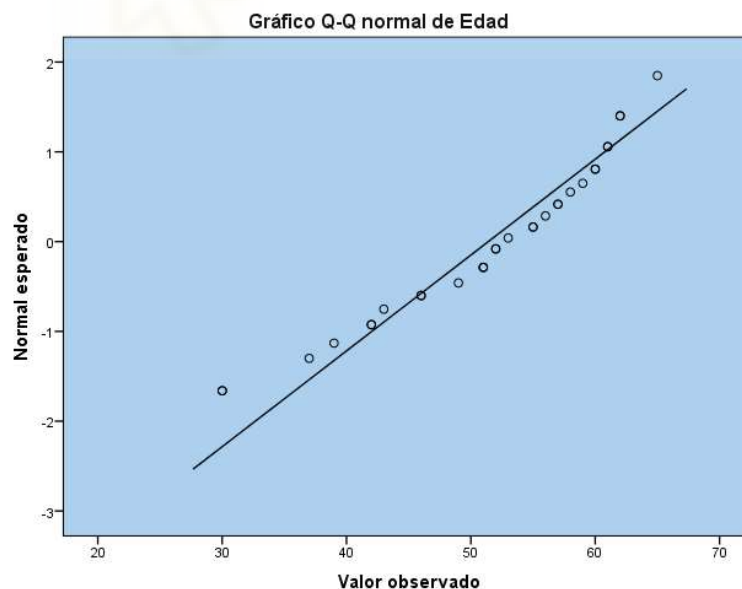


Figura 2 Gráfico Q-Q normal de Edad

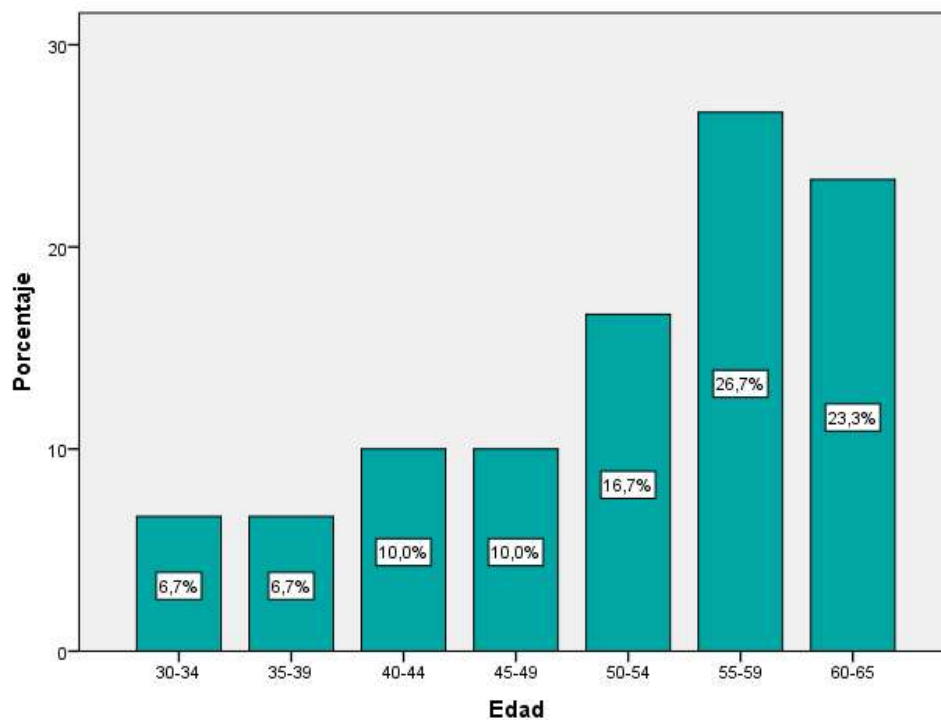


Figura 3 Distribución de la edad de los sujetos

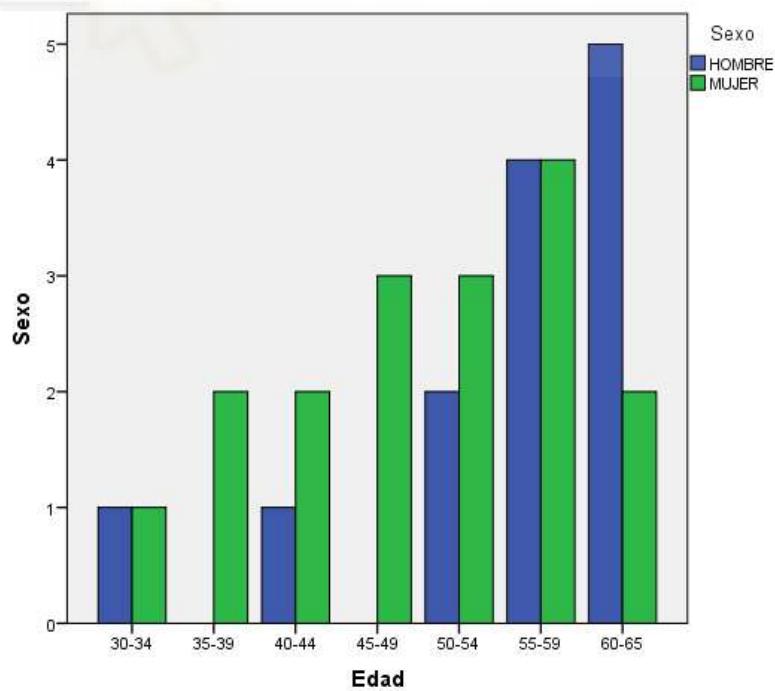


Figura 4 Distribución de sexo según la edad de los sujetos

En cuanto al **estado civil** de los sujetos, la situación más frecuente es estar **casado**, siendo un **66,7%** de toda la población a estudio, seguido de **solteros** con un **20%** y **divorciado** un **13,3%**. No se identificó ningún viudo durante el estudio. (Tabla 4, Figura 5)

Tabla 4 Distribución de los sujetos según estado civil

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	6	20
Casado	20	66,7
Divorciado	4	13,3
Total	30	100

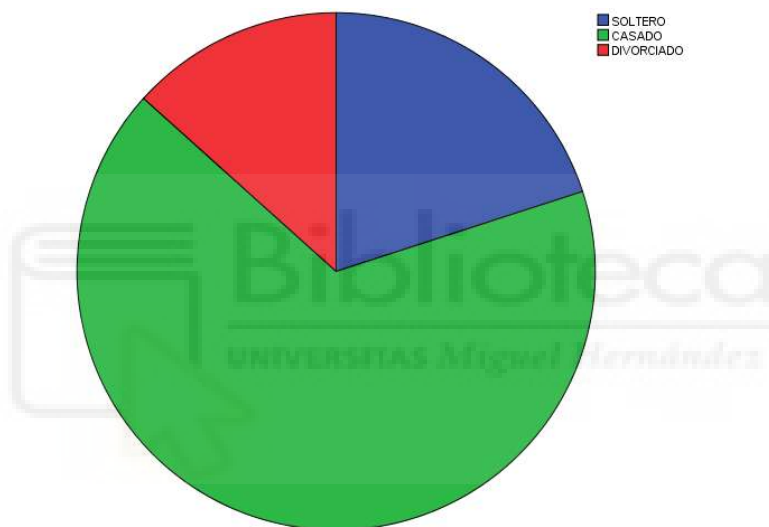


Figura 5 Distribución de los sujetos según estado civil

Se decidió medir también si los sujetos tenían **gente a su cargo** que dependiese de ellos, siendo ambas medidas similares, el **53,3%** **no** tenían gente que dependiera de ellos frente al **46,7%** **que sí** tenía algún familiar a cargo (Figura 6).

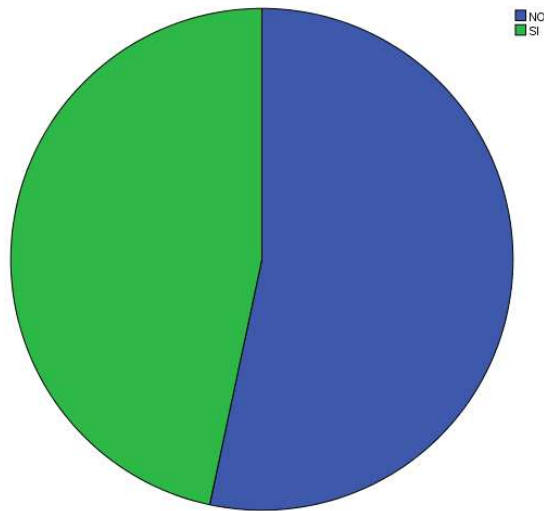


Figura 6 Sujetos que tienen personas a su cargo

Con respecto a la categoría **profesional** del personal sanitario estudiado nos encontramos que hay mayor porcentaje de médicos que de enfermeros siendo los **médicos el 56,7%** y los **enfermeros el 43,3%**. (Tabla 5, Figura 7)

Tabla 5 Categoría del personal sanitario

	Frecuencia	Porcentaje
Médicos	17	56,7
Enfermeros	13	43,3
Total	30	100

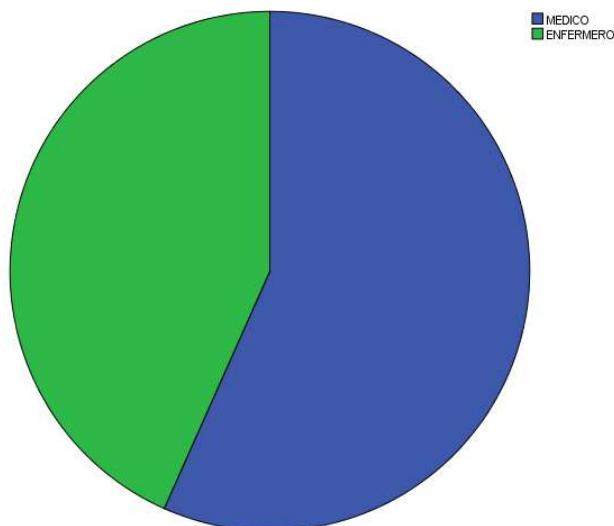


Figura 7 Porcentaje de médicos y enfermeros

Dentro de la categoría profesional la distribución por sexos muestra que entre los médicos la población masculina y femenina son muy similares, hombres 52,9% y mujeres 47%, no ocurre esto entre los enfermeros, los cuales el 69,9% son mujeres frente al 30,7% de hombres. (Tabla 6, Figura 8)

Tabla 6 Distribución del sexo de los sujetos según la categoría profesional

Categoría profesional		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Categoría profesional	Médico	9	8	17
	Enfermero	4	9	13
Total		13	17	30

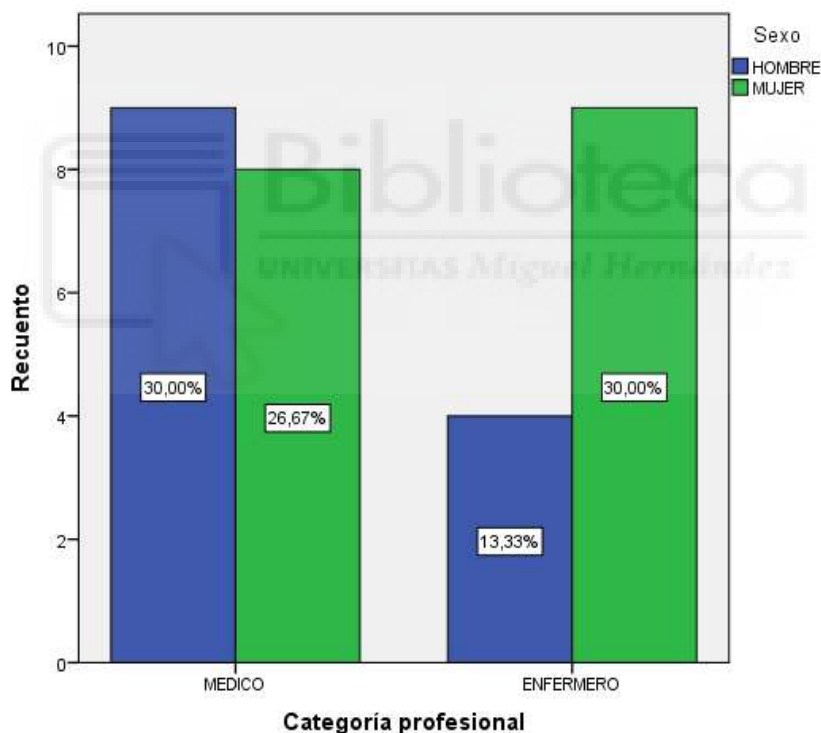


Figura 8 Porcentaje de hombres y mujeres en cada categoría profesional

En el estudio se midió también los **años de ejercicio profesional** de los sujetos, obteniendo una **media $\mu=25,6$ años**, con desviación típica $\sigma=9$ años, mediana de 27,5 años y moda de 30 años, oscilando en un rango de 6 a 41 años. (Tabla 7, Figura 10)

Tabla 7 Distribución según años trabajados

Años ejercicio	Frecuencia	Porcentaje
5-9	1	3,3
10-14	2	6,7
15-19	5	16,7
20-24	4	13,3
25-29	4	13,3
30-34	10	33,3
35-39	3	10
40-45	1	3,3
Total	30	100

En la prueba de normalidad obtenemos un valor del estadístico de contraste $W=0.961$ y p-valor $0.335 > \alpha=0.05$ por lo que aceptamos hipótesis nula, la variable de años de ejercicio sigue una distribución normal. (Figura 9)

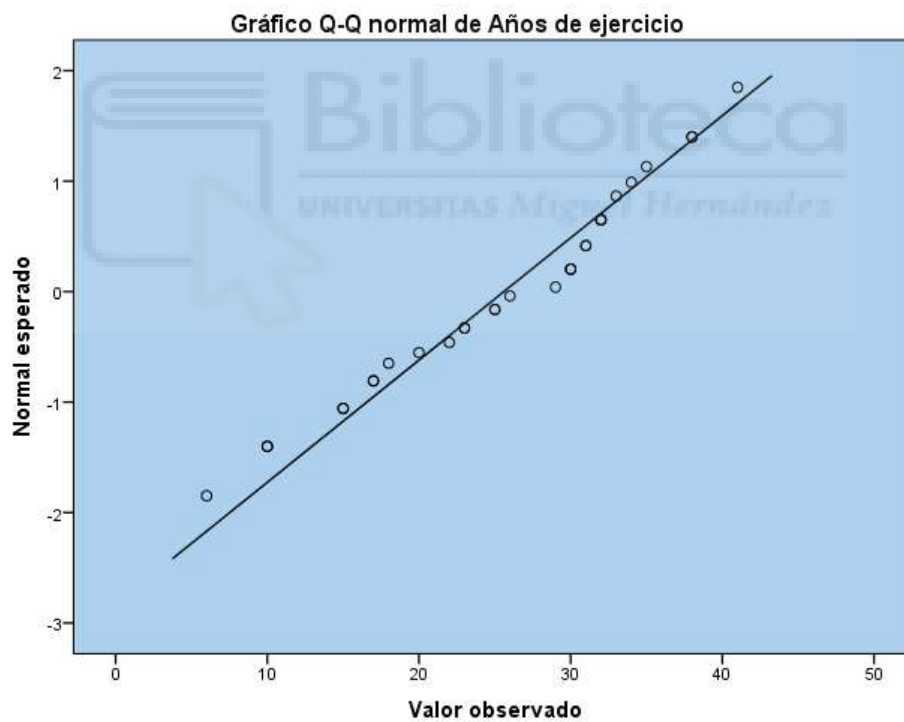


Figura 9 Gráfico Q-Q normal de Años de ejercicio

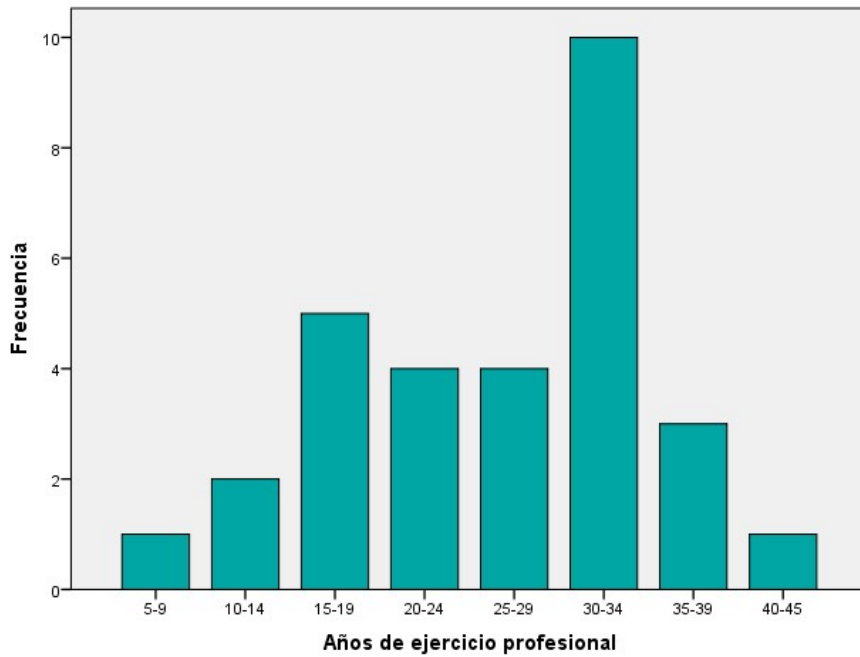


Figura 10 Distribución gráfica por años trabajados

Otra de las variables estudiadas fue el **tipo de contrato** en el que se encontraban trabajando los profesionales. Se decidió dividir la categoría en fijo y eventual para medir la estabilidad del puesto. Nos encontramos con que un **70%** de los profesionales estaban **fijos** y un **30% eventuales**.

Si lo dividimos por sexos tenemos que de entre los fijos el 57,1% son hombres y 47,8% mujeres, y entre los eventuales es justo al contrario, el grupo más numeroso son mujeres con un 88,88%, quedando los hombres en un 11,12%. (Figura 11)

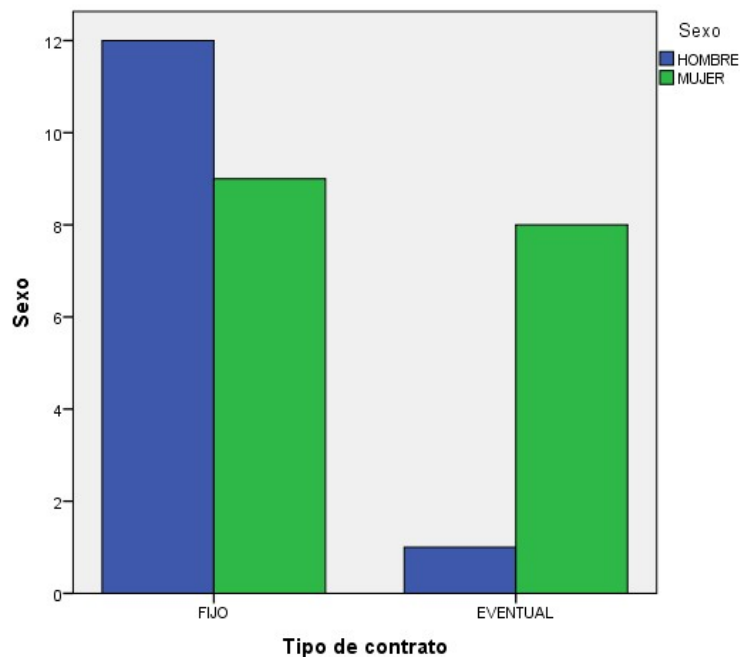


Figura 11 Distribución por sexos según tipo de contrato

En cuanto al **número de pacientes** vistos diariamente los médicos tienen una media $\mu=32,47$ **pacientes**, con una desviación típica $\sigma=6,12$, mediana 35 pacientes, moda 35 pacientes con un rango entre los 20 y 45 pacientes. Entre los enfermeros $\mu=17,15$ **pacientes**, $\sigma=15$, mediana 15 pacientes, moda 15 pacientes con un rango entre 12 y 25. (Figura 12)

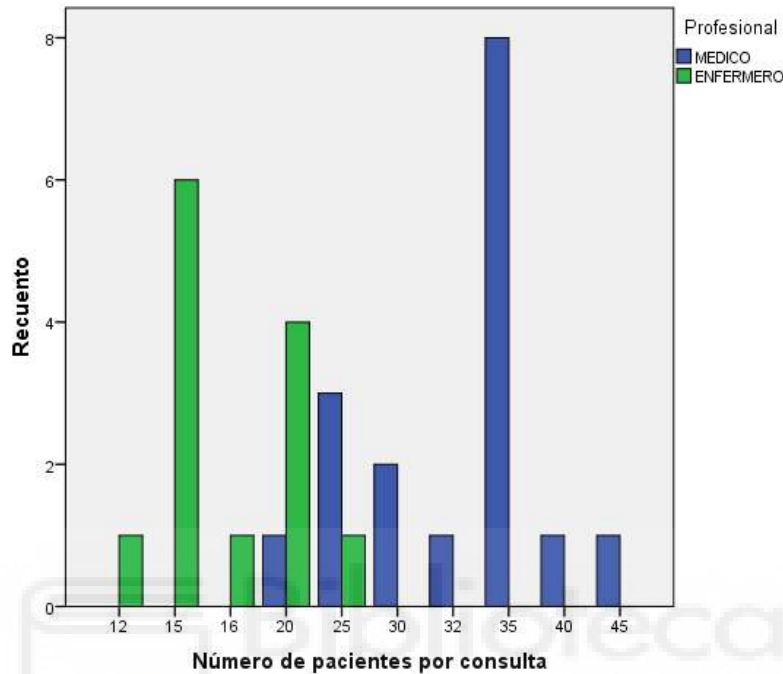


Figura 12 Número de pacientes por consulta de cada profesional

En la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk el estadístico vale $W=0.910$ y el p-valor es 0.015, de modo que rechazamos hipótesis nula, no sigue una distribución normal. (Figura 13)

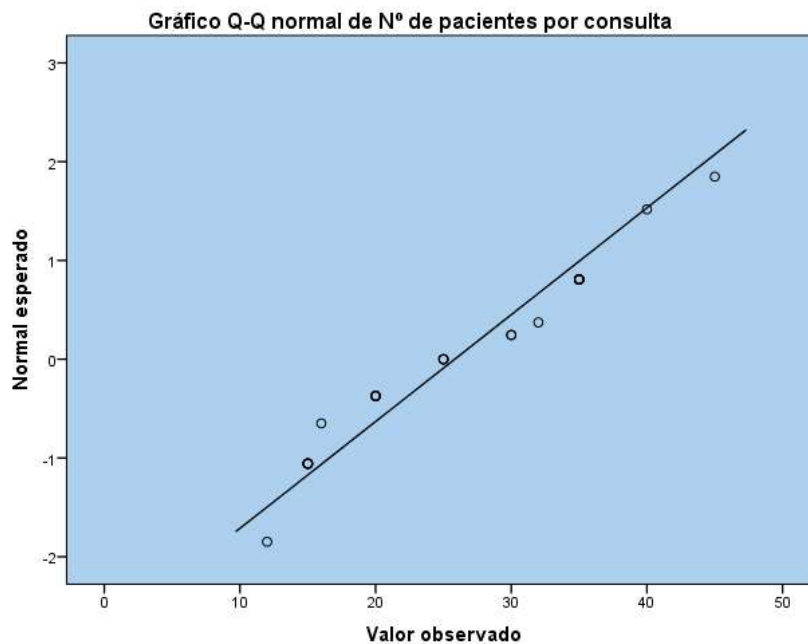


Figura 13 Gráfico Q-Q normal de N° de pacientes por consulta

Se recogió también la **percepción** que tenían **del número de pacientes** que atienden en consulta, si era insuficiente, adecuado o excesivo. Un **56,7%** consideró **adecuado** el número de pacientes frente al **43,3%** a los que les parecía **excesivo**, ninguno de los grupos consideró que fuese insuficiente. (Figura 14)

Si dividimos por categoría profesional, dentro de los médicos un 35,3% considera que es suficiente y un 64,7% excesivo. En cambio, entre los enfermeros un 84,6% lo considera suficiente y un 15,3% excesivo. (Figura 15)

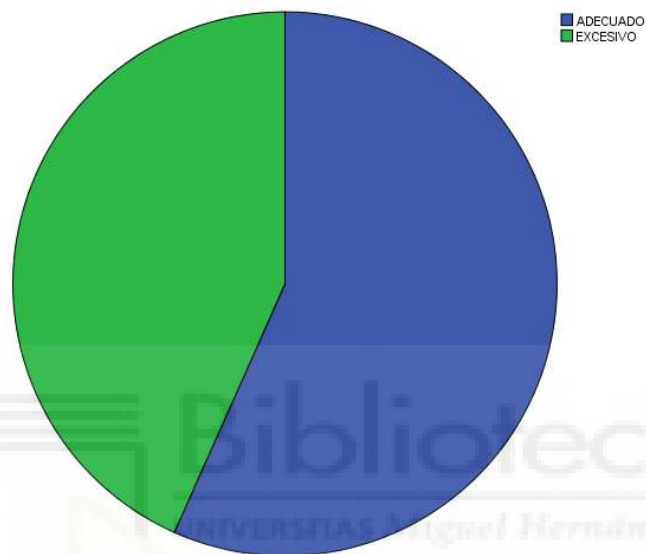


Figura 14 Percepción sobre el número de pacientes vistos en consulta diaria

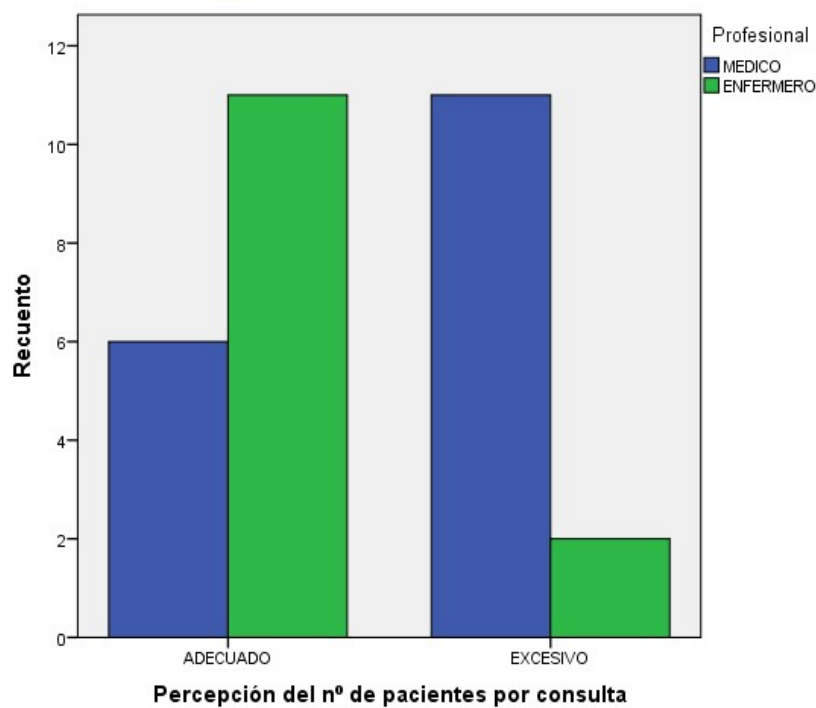


Figura 15 Percepción del número de pacientes por consulta por profesional

5.2. Datos MBI

Agregando las m.a.s. del **cuestionario del MBI** en niveles bajo, medio y alto en cada dimensión, estudiamos sus frecuencias de manera cualitativa.

Las **frecuencias** muestran que en cuanto a la **variable de CE** el 50% (15 sujetos) tienen un nivel bajo, el 26,7%(8 sujetos) un nivel medio y el 23,3% (7 sujetos) un nivel alto. Respecto a la DP el 43,3% (13 sujetos) tiene un nivel bajo, el 46,7% (14 sujetos) un nivel medio y el 10% un nivel alto. En RP el 16,7% (5 sujetos) nivel bajo, 46,7% (14 sujetos) nivel medio y 36,7% (11 sujetos) nivel alto. (Tabla 8, Figura 16, 17 y 18)

Tabla 8 Frecuencias de los niveles de cada dimensión del Burnout

	CE	DP	RP
NIVEL BAJO	15 (50%)	13 (43,3%)	5 (16,7%)
NIVEL MEDIO	8 (26,7%)	14 (46,7%)	14 (46,7%)
NIVEL ALTO	7 (23,3%)	3 (10%)	11 (36,7%)

El 16,66% presenta una situación de Burnout, el 40% en riesgo de padecerlo y el 43,33% en riesgo bajo.

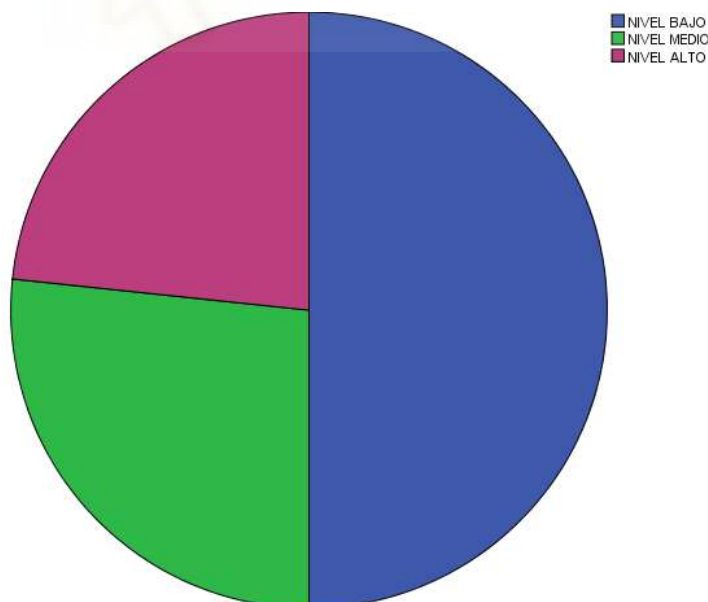


Figura 16 Gráfico de frecuencias de los niveles de **Cansancio Emocional**

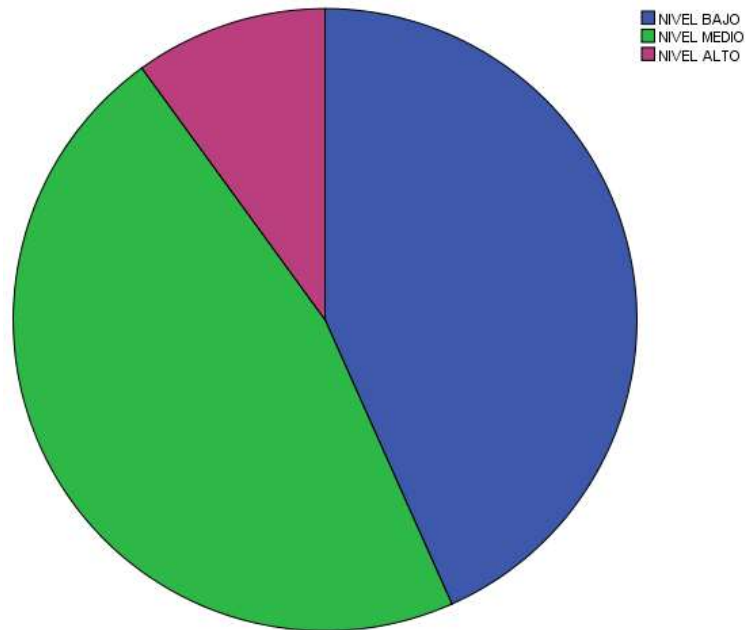


Figura 17 Gráfico de frecuencias de los niveles de *Despersonalización*

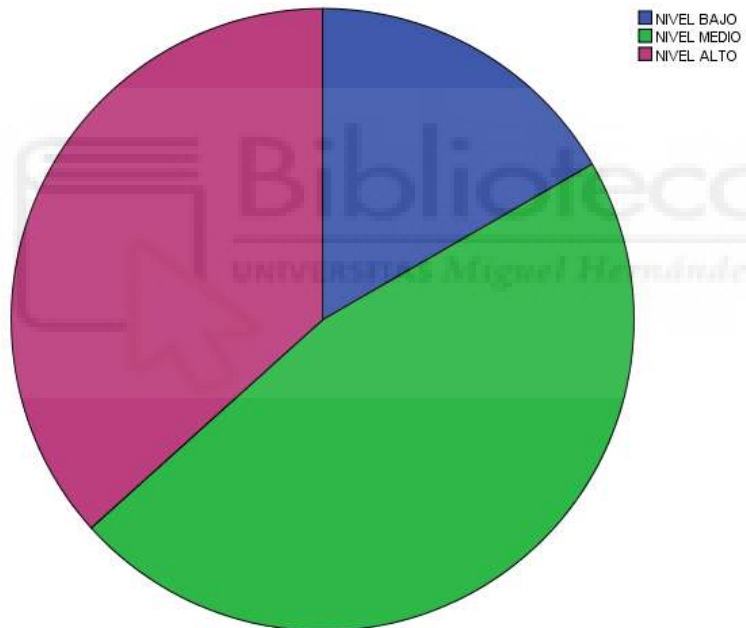


Figura 18 Gráfico de las frecuencias de los niveles de *Realización Personal*

Analizando las **dimensiones del burnout** como variables aleatorias cuantitativas, obtenemos las siguientes medidas estadísticas por cada dimensión: (Figura 19)

- El **Cansancio Emocional (CE)** tiene una media μ de 18,97 puntos, con desviación típica $\sigma=10,384$, en un rango de 1 a 38 puntos, mediana de 18,50 puntos.

En la prueba de Shapiro-Wilk obtiene un valor de $W=0,957$ y $p\text{-valor}=0,266 > \alpha=0,05$, de modo que aceptamos H_0 , sigue una distribución normal $N(\mu=18,97, \sigma=10,384)$.

- La **Despersonalización (DP)** tiene media $\mu=5,83$ puntos, desviación típica $\sigma=3,270$, rango entre 0 y 14 puntos, mediana de 6 puntos. En la prueba de Shapiro-Wilk obtiene un valor de $W=0,975$ y $p\text{-valor}=0,686 > \alpha=0,05$, de modo que aceptamos H_0 , sigue una distribución normal $N(\mu=5,83, \sigma=3,270)$.
- La **Realización Personal (RP)** tiene media $\mu=37,27$ puntos, desviación típica $\sigma=4,502$, rango entre 25 y 46 puntos, mediana de 37,50 puntos. En la prueba de Shapiro-Wilk obtiene un valor de $W=0,975$ y $p\text{-valor}=0,682 > \alpha=0,05$, de modo que aceptamos H_0 , sigue una distribución normal $N(\mu=37,27, \sigma=4,502)$.

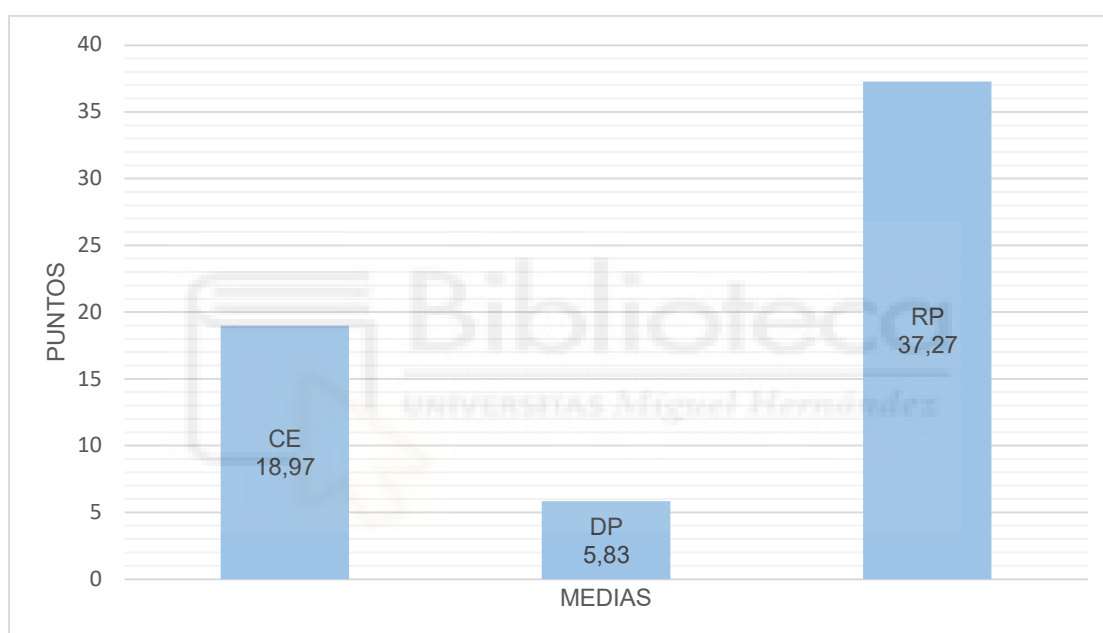


Figura 19 Media de las dimensiones de Burnout

Comparamos las dimensiones del MBI (Tabla 9) entre sí mediante el contraste χ^2 de Pearson. Obtenemos que entre la dimensión RP y CE el $p\text{-valor}$ es $0,657 > \alpha=0,05$, de modo que aceptamos hipótesis nula, las variables RP y CE son independientes. La relación entre las variables CE y DP, y entre RP y DP tienen un $p\text{-valor} \leq \alpha=0,05$, de modo que existe una relación estadísticamente significativa entre ellas. Estudiando el valor de la R de Pearson, la relación entre la CE y DP es directamente proporcional, frente a la relación entre DP y RP que es inversamente proporcional (a puntuaciones altas de DP se observarán puntuaciones bajas en RP y viceversa).

Tabla 9 Relación entre las dimensiones del MBI mediante X2 de Pearson

	CE	DP	RP
CE		R=0,389 p=0,034	R=-0,085 p=0,657
DP	R=0,389 p=0,034		R=-0,524 p=0,003
RP	R=-0,085 p=0,657	R=-0,524 p=0,003	

Comparando la variable aleatoria Edad con las variables de cada dimensión del MBI, utilizando el contraste χ^2 de Pearson, obtenemos la Tabla 10. Observamos que todos los p-valores son mayores a $\alpha=0,05$, por lo que aceptamos H_0 , cada dimensión es independiente de la Edad.

Tabla 10 Correlación entre la edad y las dimensiones del Burnout

		CE	DP	RP
Edad	<i>R</i>	-0,280	-0,034	0,121
	<i>P-valor</i>	0,134	0,859	0,525

En el estudio bivalente del Sexo y cada una de las dimensiones del MBI obtenemos la correlación por la χ^2 de Pearson. Todos los p-valores son mayores a $\alpha=0,05$, aceptamos hipótesis nula, cada dimensión es independiente del sexo. (Tabla 11)

Tabla 11 Correlación entre el sexo y las dimensiones del Burnout

		CE	DP	RP
Sexo	<i>R</i>	0,109	0,08	-0,008
	<i>P-valor</i>	0,566	0,674	0,966

Definimos nuevas variables aleatorias dividiendo cada dimensión en hombres y mujeres y comparamos de cada dimensión del MBI sus dos nuevas variables. Comparamos primero las varianzas con la Prueba de Levene, y a partir de dicho resultado, el test de Student correspondiente. (Tabla 12)

Obtenemos que tanto las varianzas como las medias no tienen diferencias estadísticamente significativas, coherente al resultado de la χ^2 de Pearson.

Tabla 12 Descriptivo y comparación de dimensiones del Burnout según sexo

Dimensión media (DT)	Sexo		Prueba de Levene	Prueba t-Student	
	Hombre (n=13)	Mujer (n=17)	P-valor (F)	t(75)	P-valor
Cansancio emocional	17,69 (10,42)	19,94 (10,562)	0,872 (0,026)	-0,581	0,566
Despersonalización	5,54 (3,3)	6,06 (3,32)	0,886 (0,021)	-0,426	0,674
Realización personal	37,31 (4,19)	37,24 (4,85)	0,877 (0,025)	0,043	0,966

A continuación, comparamos la variable del Estado Civil con las dimensiones del MBI utilizando el contraste χ^2 de Pearson. Como se observa en la Tabla 13, el p-valor de cada contraste de correlación es mayor que $\alpha=0,05$, de modo que aceptamos H_0 , el estado civil es independiente con respecto a cada dimensión del MBI.

Tabla 13 Correlación entre el estado civil y las dimensiones del Burnout

		CE	DP	RP
Estado civil	<i>R</i>	0,108	0,265	0,007
	<i>P-valor</i>	0,571	0,157	0,971

Con respecto a la variable Gente a cargo, al compararla con el contraste χ^2 de Pearson observamos que todas las p-valor del estadístico son mayores a $\alpha=0,05$, así que aceptamos que son independientes la variable “Gente a cargo” y cada dimensión del Burnout. (Tabla 14)

Tabla 14 Correlación entre el sexo y las dimensiones del Burnout

		CE	DP	RP
Gente a cargo	<i>R</i>	0,140	0,09	0,17
	<i>P-valor</i>	0,459	0,636	0,369

Dividiendo cada dimensión según el valor de gente a cargo, obtenemos dos variables aleatorias por cada dimensión que comparamos con el contraste de la t de Student, con la previa prueba de Levene correspondiente. Como se puede ver en la Tabla 15, aceptamos ambas hipótesis, las varianzas y las medias son significativamente iguales en ambos casos, independiente de si tienen gente a cargo o no.

Tabla 15 Descriptivo y comparación de si tienen gente a cargo o no con las dimensiones del Burnout

Dimensión media (DT)	Personas a su cargo		Prueba de Levene	Prueba t-Student	
	No (n=16)	Sí (n=14)	P-valor (F)	t(75)	P- valor
Cansancio emocional	17,63 (10,94)	20,5 (9,87)	0,323 (1,014)	-0,751	0,459
Despersonalización	5,56 (3,72)	6,14 (2,77)	0,470 (0,537)	-0,478	0,636
Realización personal	36,56 (5,09)	38,07 (3,73)	0,363 (0,855)	-0,913	0,369

Evaluamos con el contraste χ^2 de Pearson la variable de Categoría profesional con las dimensiones del MBI en la Tabla 16. Obtenemos todos los p-valores mayores que a $\alpha=0,05$, así que aceptamos que son independientes entre sí.

Tabla 16 Correlación de la categoría profesional y las dimensiones del Burnout

		CE	DP	RP
Categoría profesional	R	0,168	-0,038	-0,007
	P-valor	0,376	0,841	0,970

Comprobamos del mismo modo realizando un contraste con la t de Student en la Tabla 17. En el caso de la dimensión de RP, dividida por categoría profesional, en la prueba de Levene se obtiene un p-valor de $0,02 < \alpha=0,05$, por lo que en dicho caso las varianzas no son iguales y debemos realizar la t de Student acorde a esta información.

Los resultados de la t de Student siguen siendo coherentes con el contraste de Pearson al no haber una diferencia significativa entre las medias de las variables.

Tabla 17 Descriptivo y comparación de las distintas categorías profesionales con las dimensiones del Burnout

Dimensión media (DT)	Categoría profesional		Prueba de Levene	Prueba t-Student	
	Médico (n=17)	Enfermero (n=13)	P-valor (F)	t(75)	P- valor
Cansancio emocional	17,47 (10,615)	20,92 (9,912)	0,432 (0,635)	-0,899	0,376
Despersonalización	5,94 (3,526)	5,69 (3,038)	0,402 (0,725)	0,203	0,841
Realización personal	37,29 (5,61)	37,23 (2,651)	0,020 (6,044)	0,041	0,968

En la tabla 18 estudiamos la comparación entre el Tipo de Contrato y el síndrome de Burnout. Los p-valores del contraste χ^2 de Pearson son todos mayores que nuestro $\alpha=0,05$, de modo que aceptamos que no hay dependencia entre el tipo de contrato y las dimensiones del MBI.

Tabla 18 Correlación entre el tipo de contrato y las dimensiones del Burnout

		CE	DP	RP
Tipo de contrato	<i>R</i>	0,266	0,192	0,026
	<i>P-valor</i>	0,156	0,309	0,890

Ampliando el estudio a la comparación de la varianza y las medias, en la Tabla 19 se muestran los resultados de los test de hipótesis de Levene y t de Student respectivamente.

Acorde a lo mostrado por χ^2 de Pearson, no hay diferencia estadísticamente significativa entre las varianzas y medias de los estadísticos divididos por tipo de contrato.

Tabla 19 Descriptivo y comparación de los tipos de contrato con las dimensiones de Burnout

Dimensión media (DT)	Tipo de contrato		Prueba de Levene	Prueba t-Student	
	Fijo (n=21)	Eventual (n=9)	P-valor (F)	t(75)	P-valor
Cansancio emocional	17,19 ± 9,85	23,11 ± 10,98	0,729 (0,122)	-1,459	0,156
Despersonalización	5,43 ± 2,99	6,78 ± 3,86	0,446 (0,597)	-1,037	0,309
Realización personal	37,19 ± 4,95	37,44 ± 3,46	0,291 (1,159)	-0,139	0,890

Entre los años de ejercicio y las dimensiones del Burnout, la Tabla 20 muestra el contraste χ^2 de Pearson, donde todos los p-valores son mayores a $\alpha=0,05$ y aceptamos la hipótesis nula en los tres casos, no hay dependencia entre cada dimensión y los años de ejercicio.

Tabla 20 Correlación entre los años de ejercicio profesional con las dimensiones del Burnout

		CE	DP	RP
Años de ejercicio	<i>R</i>	-0,147	0	0,126
	<i>P-valor</i>	0,439	1	0,506

En la variable referente al número de pacientes en consulta, la Tabla 21 muestra que el χ^2 de Pearson con cada una de las dimensiones del MBI tiene un p-valor $> \alpha=0,05$. Aceptamos H_0 , son independientes el número de pacientes y cada variable aleatoria de las dimensiones del Burnout.

Tabla 21 Correlación del número de pacientes vistos diariamente en consulta con las distintas dimensiones del Burnout

		CE	DP	RP
Nº de pacientes	R	-0,044	0,175	-0,125
	P-valor	0,819	0,356	0,511

En la comparación con la χ^2 de Pearson, la Tabla 22 muestra que todas las p-valores al comparar la percepción del número de pacientes con las dimensiones de Burnout son mayores a $\alpha=0.05$. Aceptamos por tanto la hipótesis nula del test de contraste, la variable es independiente de cada dimensión del MBI.

Tabla 22 Correlación de la percepción de los profesionales sobre el nº de pacientes al día con las distintas dimensiones del Burnout

		CE	DP	RP
Percepción nº de pacientes	R	0,168	0,087	-0,144
	P-valor	0,376	0,647	0,448

Dividiendo cada dimensión, CE, DP y RP dependiendo del valor de la percepción del número de pacientes, comparamos cada par de variables aleatorias entre sí en la Tabla 23. En todos los casos aceptamos la hipótesis nula de la prueba de Levene (igualdad de varianzas) y la t de Student (igualdad de medias). Por tanto, no hay una diferencia significativa en las dimensiones al considerar la percepción del número de pacientes.

Tabla 23 Descriptivo y comparación de las distintas percepciones sobre el número de pacientes con las dimensiones del Burnout

Dimensión media (DT)	Percepción del nº de pacientes		Prueba de Levene	Prueba t-Student	
	Adecuado (n=17)	Excesivo (n=13)	P-valor (F)	t(75)	P-valor
Cansancio emocional	17,47 (9,315)	20,92 (11,729)	0,343 (0,932)	-0,899	0,376
Despersonalización	5,59 (3,001)	6,15 (3,693)	0,394 (0,751)	-0,463	0,647
Realización personal	37,82 (3,45)	36,54 (5,666)	0,067 (3,622)	0,769	0,448

6. DISCUSIÓN

En el último siglo, el síndrome de burnout ha sido ampliamente estudiado en diversas poblaciones y distintas actividades laborales, y ha obtenido niveles de prevalencia muy diferentes. Esto puede deberse a que cada tipo de población y actividad tiene sus propias características específicas y por eso el que coexistan diferentes factores de riesgo para el desarrollo del síndrome. Es por ello que el equipo de Atención Primaria en el centro de salud va a tener sus propios riesgos psicosociales:

- Lugar de trabajo y población atendida: el centro de salud Vistalegre la Flota se encuentra en uno de los barrios de Murcia que más ha crecido los últimos años, próximo al centro de la capital. Consta de colegios, institutos, así como instalaciones deportivas. Tiene mucha población joven y de clase media. Esto conlleva que al ser un tipo de población más culta y pudiente tengan acceso a seguros privados lo que supone segundas opiniones que pueden chocar con las recomendaciones de sus médicos de familia y las posibilidades que ofrece el sistema público. También el acceso a la tecnología va a hacer que la gente venga sobreinformada sobre muchos temas lo que conlleva a tener que desmontar ciertas ideas erróneas que pueden traer a consulta, consumiendo así más tiempo al profesional.
- Tiempo: debido a la falta de apoyos económicos del gobierno que hace que escaseen los recursos en este nivel asistencial las consultas se masifican. El tiempo por paciente disminuye, no pudiendo atender sus necesidades de manera correcta lo que lleva a frustración del profesional y perjuicio para el paciente que al no ver satisfechas sus necesidades volverá a consultar aumentando así la demora en consulta. Dicha demora lo único que ocasiona es que haya más urgencias diarias, es decir, atender pacientes fuera de cita.
- Empleados: en relación con la falta de tiempo, no hay personal suficiente para atender todos los problemas, los profesionales tienen que ponerse de acuerdo entre sí para la organización bajo niveles de estrés lo que puede llevar a conflictos entre los mismo.
- En consulta: hoy en día para mejor manejo de la información clínica está todo informatizado pero a su vez los programas informáticos que se usan están obsoletos, han quedado anticuados para soportar cada vez más los trámites que se pueden hacer digitalmente, aumentando así la carga burocrática sobre el profesional.

- Seguridad: la población cada día es más exigente y tiene menos tolerancia a la disfuncionalidad del sistema, viven en régimen de la inmediatez. Es por ello que ante la falta de respuesta que muchas veces el profesional no puede darle se producen situaciones de agresiones verbales y/o físicas hacia los profesionales. Y como no también tenemos por otro lado el uso de la medicina defensiva, pruebas que se hacen aun sin estar indicadas para cubrir distintas situaciones que puedan ser malinterpretadas por el usuario, tendríamos entonces al profesional haciendo cosas que sabe que no están bien lo que aumenta su frustración.

Dicho esto, se puede afirmar que, sobre el equipo de Atención Primaria, el objeto de estudio tiene factores de riesgo que favorecen la aparición del síndrome de burnout.

Martínez de la Casa y col muestra en su estudio realizado en Toledo un 37,5% en nivel alto según el MBI, teniendo mayor prevalencia los médicos de atención primaria que los de especialidad hospitalaria ($p > 0.05$), pero el resto de las variables demográficas no tenían relación con esto. Dado que en la bibliografía es una realidad la existencia de burnout en Atención Primaria, nuestro objetivo es ver si en esta población estudiada hay relación con algún factor.

Los resultados obtenidos evidencia que un 16,7% del personal sanitario encuestado sufren burnout, y un 40% están en riesgo de padecerlo. El resto, un 43,3% se encuentran en bajo riesgo de desarrollarlo. Decir que se esperaba encontrar un resultado distinto, es decir, mayor prevalencia de burnout pero no ha sido así, es menor que la literatura consultada, pero por otro lado aparece un significativo riesgo de padecer el síndrome.

En cuanto a las tres dimensiones estudiadas, los sujetos muestran un bajo riesgo de desarrollo de burnout, aunque cabe destacar el alto porcentaje de riesgo medio obtenido que sumado al alto nivel es más de la mitad de los sujetos de cada dimensión. Los resultados apoyarían estudios sobre este tema como la de Amor (2017), donde se obtuvieron tasas de riesgo de burnout de 43,7% (con al menos una dimensión alterada), pero la prevalencia global del síndrome solamente fue un 2,8% de la muestra. En otras investigaciones (Tárraga y Serrano 2016) dictan que los trabajadores sanitarios aparecían con altos niveles de ansiedad causados por la cercanía y la relación asistencial con los pacientes, siendo enfermeros y médicos los más afectados. En otras investigaciones (Chiang y Sigoña, 2011; Grau, Flichtendrey, Suñer, Prats y Braga 2009) obtuvieron un 14% de prevalencia de burnout, lo que corroboraría nuestros resultados en esta población a estudio.

En cuanto a la variable edad la media de los sujetos estudiados tenían 51,4 años, aunque no podemos asumir que la variable sigue una distribución normal, este dato coincide con los descritos en otros estudios como el de Magalhaes. En lo referente a su relación con las distintas dimensiones de burnout encontramos con que esta variable es independiente, es decir no se relaciona la edad con las dimensiones. Esto mismo se describe en la investigación de Grau y Suñer (2011) donde no se detectó correlación entre el burnout y la edad.

Con respecto al sexo, nuestro estudio muestra que el sexo femenino es el más frecuente (56,7%), coincidiendo en este dato con el estudio de Freudneberger que además muestra que el sexo femenino presenta mayor tendencia a presentar burnout. En nuestro caso no hay una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y las distintas dimensiones de burnout.

No se han obtenido diferencias significativas entre el estado civil y el burnout, dato semejante al de otros estudios (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, 2009; Caballero, Bermejo, Nieto, Caballero y Martínez, 2001) donde tampoco se encontraron diferencias significativas. Tampoco se encontró relación con el número de personas que pudiera tener a cargo el sujeto, como hijos u otro familiar dependiente.

Se pretendía además conocer en qué tipo de profesional se daba más el síndrome, si médicos o enfermeros, en nuestro estudio no se han encontrado asociaciones estadísticamente significativas con el desarrollo del burnout en ninguno de ambos grupos. Tampoco respecto al tipo de contrato en el que se encontrasen cada profesional.

Otra variable interesante a estudio fue los años trabajados de cada profesional, encontramos una media de 25,6 años y un rango bastante amplio por lo que se pensó que podrían encontrarse diferencias respecto a esta variable, pero se comprobó que no hay dependencia entre cada dimensión de burnout y los años de ejercicio. No es lo que encontramos en otros estudios como Amutio y col donde si hay relación entre el número de años trabajados y síndrome de burnout, a mayor cantidad de años, mayores niveles en cada una de las dimensiones que lo componen.

También queda reflejado en nuestro estudio que el número de pacientes atendidos al día no tiene una asociación significativa con las dimensiones de burnout, pero sí destacamos que los médicos atienden un número mayor de pacientes al día, y aun así la mayoría lo encuentra adecuado.

A pesar de que nuestra muestra sea pequeña y no se deba extrapolar los datos a estudios de mayor envergadura, se ha podido ver que al menos en este centro de trabajo hay un grupo de profesionales que padecen burnout y otros en riesgo de padecerlo, por lo que podríamos decir que dados los resultados se podrían crear estrategias de prevención para la mejora del trabajo y calidad asistencial.

6.1. ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DEL BURNOUT

Realizaremos a continuación una serie de propuestas preventivas en función de los resultados y las conclusiones obtenidas.

Trabajar con las emociones y expresar las emociones socialmente en el lugar de trabajo, es un factor importante para prevenir el agotamiento. De hecho, las empresas deben considerar la posibilidad de volverse más competitivas, eficientes y eficaces para que los trabajadores disfruten de una mejor salud y calidad de vida. Por ello, desde que se inició la medición real del burnout, se han realizado esfuerzos para esclarecer las medidas e intervenciones que pueden aliviar o eliminar el síndrome y mejorar la calidad de vida de los trabajadores a través de cuatro medidas preventivas diferenciadas. (Cherniss, 1980; Ortega y López, 2004): disminuir las demandas laborales de los superiores, cambiando metas, intereses y expectativas personales, aumentando los recursos de los empleados antes de presentar una queja. Proporcionar a los empleados una estrategia de gestión para los factores de estrés por agotamiento.

Hay muchas formas descritas en los estudios dirigidas a utilizar recursos propios o implementar estrategias frente a las variables ambientales, todo ello para prevenir el síndrome de burnout. Si nos vamos a la bibliografía, veremos que estos afrontamientos se dirigirán precisamente al problema, a las emociones y a las distintas disfunciones (Aranda, Pando, y Pérez, 2004; Carver, 1997; González, 2002; Lahib y Zarza, 2017; Mansilla y Favieres, 2012; Rodríguez, 2012), otra estrategia útil es la desactivación emocional con terapias como *Defusing and Debriefing* (Moss, Good, Gozal, Kleinpell y Sessler, 2016; Park, Petersen y Sun, 2013) que eliminan los factores estresantes.

Entonces, para prevenir y tratar el burnout es necesario abordar directamente los factores estresantes antes mencionados. Asimismo, los trabajadores deben contar con los recursos y herramientas para contrarrestar los efectos de estos estresores desde un punto de vista personal, brindando el apoyo y la formación psicológica necesaria al propio centro. Sin embargo, hay pocos ejemplos de intervenciones psicoeducativas para

reducir o eliminar el Burnout en la vasta literatura sobre Burnout. Por tanto, además de la profilaxis, debe haber al menos una intervención terapéutica en los tres núcleos:

- Individual. Es necesario considerar tanto los procesos de autoevaluación cognitiva como la personalidad del sujeto para implementar estrategias cognitivo-conductuales que permitan a los profesionales de la salud reducir o eliminar los estresores y aumentar la resistencia individual a través del apoyo y el entrenamiento. Existen situaciones estresantes y efectos adversos de la experiencia brindada por la propia institución. En este sentido, el uso de estrategias de afrontamiento de control o dirigidas a problemas en el lugar de trabajo incluye el desarrollo de síndromes (habilidades de reconstrucción cognitiva, entrenamiento en resolución de problemas, etc.), resolución de problemas, entrenamiento y control de la asertividad, y del tiempo efectivo. Saber gestionar el ocio y el tiempo libre también puede resultar muy útil para distinguir entre la vida laboral y la personal.
- Grupal o interpersonal: formar a los trabajadores en habilidades sociales y de trabajo en grupo, como apoyo a los compañeros, mejorar las habilidades de comunicación, distribuir la carga emocional, asumir los diferentes roles en cada equipo.
- Organizacional: diseñar un tipo de gestión que disminuya los estresores organizativos, el sistema está muy jerarquizado y se carga siempre en la base, es necesario que la información fluya de abajo a arriba para poder implementar modificaciones. Que se tengan en cuenta los puntos débiles de la organización diaria encontrados por los trabajadores y se pueda actuar sobre los mismos, por ejemplo, disminuyendo la carga asistencial repartiéndola entre más profesionales, implementar el trabajo colaborativo, determinar funciones de cada profesional, formación continuada, etc.

Hoy en día podemos encontrar otras alternativas como el llamado Mindfulness (Martín, Rodríguez, Pujol, Berenguera y Moix, 2013), cuyo objetivo es disminuir el estrés con prácticas de relajación, meditación, ejercicios corporales suaves como el yoga, conocer el concepto del burnout y su transcendencia, haciendo reflexiones sobre el mismo adaptadas a la práctica profesional y cómo podría ser afrontado.

Otra estrategia de hoy en día podría ser la elaborada por el Programa IRIS (Párraga, 2006), basada en el conocimiento pormenorizado en los estresores, su detección personal, métodos de desactivación y técnicas de relajación.

Tanto con el Mindfulness como con el programa IRIS se observó disminución significativa de niveles del burnout.



7. CONCLUSIONES

- La prevalencia del síndrome de burnout en el personal sanitario del Centro de Salud Vistalegre-La Flota es del 16,7%, y un 40% están en riesgo de padecerlo. El resto, un 43,3% se encuentran en bajo riesgo de desarrollarlo
- No se ha encontrado relación entre las variables sociodemográficas estudiadas y la presencia de burnout.
- No se ha encontrado relación entre las variables asistenciales y la presencia de burnout.



8. BIBLIOGRAFÍA

- Aguado Martín JI., Bátiz Cano A., Quintana Pérez S. (2013). *El estrés en personal sanitario hospitalario: estado actual*. Medicina y Seguridad del Trabajo, 59(231), 259-275.
- Agún Gonzalez, J. J.; Alfonso Mellado, C. L. et al. Algunas consecuencias de los riesgos psicosociales. Prevención de Riesgos Laborales. Instrumentos de aplicación. 3ª edición. Valencia: Tirant Lo blanch; 2012. P 1123-1124
- Albadalejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle M, Domínguez V. *Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid*. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2004;78(4):505–16.
- Amor, S. (2017). *Prevalencia del síndrome de Burnout y el riesgo en personal médico del hospital “Virgen del Castillo”, de Yecla*. Trabajo Fin de Máster. Universidad Miguel Hernández.
- Amutio A, Ayestaran S, Smith J. Evaluación del burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco. Rev Psicol del Trab y las Organ [Internet]. 2008;24(2):235–52.
- AMYTS (2014). Riesgo laboral durante el embarazo. La prevención existe; la protección también. *RMM-Salud laboral*, 12, 18.20.
- Aranda, C., Pando, M. y Pérez, M. (2004). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. *Psicología y Salud*, 1(14), 79-87.
- Caballero, M. A., Bermejo, F., Nieto y Caballero, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 27(5), 313-317.
- Carver, C. S. (1997). You want yo mesure coping but your protocol’s too long: Considerer the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout. Job stress in the human services*. Londres: Sage Publications
- Chiang, M. M. y Sigoña, M. (2011). Burnout en trabajadores de hospitales comunitarios o de baja complejidad: una comparación de género y de nivel de escolaridad. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 20(1), 33-52.

- Cibanal Juan L, Siles Gonzáles J, Arce Sánchez M, Domínguez Santamaría J, Vizcaya Moreno M, Gabaldón Bravo E. *La relación de ayuda es vivificante, no quema. Cult los Cuid* [Internet]. 2001;5(10):88–98.
- Del Hoyo Delgado M.A. (2004). Estrés laboral, documentos divulgativos. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del trabajo.
- Díaz, F. y Gómez, I. C. (2011). La investigación sobre el síndrome de burnout en Latinoamérica entre 2000 y 2010. *Psicología desde el Caribe*, 33(1), 113-125.
- Edelwich J, Brodsky A. *Burn-out : stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Sciences Press; 1980. 255 p.
- Fidalgo Vega M. NTP 704: *Síndrome de estar quemado por el trabajo o burnout (I): definición y proceso de generación*. Madrid; 2005 [citado 2018 Apr 15].p.1–7.
- Freudenberger H. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues* 1974; 30(1):159-166
- Gálvez, M., Moreno, B. y Mingote, J. C. (2013). *El desgaste profesional del médico. Revisión y guía de buenas prácticas*. Madrid: Diaz de Santos.
- García Gómez M., Castañeda López R., Urbanos Garrido R., de la Cruz Vicente O., Ipiña Cruces A., et al. (2013). *Costes Socioeconómicos de los Riesgos Psicosociales Balance de situación actual y propuestas metodológicas para avanzar en su medición o cálculo*. Observatorio de riesgos psicosociales UGT.
- Garrido- Pinzon J., Fernanda Uribe Rodríguez A. (2011). Riesgos psicosociales desde la perspectiva de la calidad de vida laboral. *Acta colombiana de psicología* 14 (2): 27-3.
- Gil-Monte P, Salcedo M, Rosat J, Agún J, Barba M, Estardid F, et al. *Prevención de Riesgos Laborales. Instrumentos de aplicación*. Tercera Edición. Valencia: Editorial Tirant Lo Blanch; 2012. 1758 p.
- Gil-Monte PR. CESQT. *Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el trabajo*. Madrid: TEA Ediciones S.A.; 2011. 101 p.
- González, R. (2002). Prevenir el síndrome de burnout: una propuesta cognitiva (pp. 30-33). *Actas del XXIV Congreso Nacional Semergen*
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. y Braga F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en

personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 215- 30.

Grazziano ES., Ferraz Bianchi ER. (2010). *Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros*. Enfermería Global, (18) Recuperado en 23 de marzo de 2018, de:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412010000100020 &lng=es&tlng=es.

Jiménez, B. M. y León, C. B. (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad Autónoma.

Lahib, A. y Zarza, D. J. (2017). *Mobbing, Burnout y Estrés laboral: guía para mejorar la salud y el bienestar emocional*. Madrid: Diference

Magalhaes, E.; Machado de Sousa Oliveira, A. C. et al. Prevalencia del síndrome de Burnout entre los anestesistas del Distrito Federal. *Atención Primaria*. 2015;65(2):104-110

Mansilla, F. y Favieres, A. (2012). *Estrés laboral y su prevención*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.

Martinez-Perez A. *El Síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión*. Rev Comun Vivat Acad [Internet]. 2010;Año XIII(112):42–80.

Moreno y Báez (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Madrid

Moreno, B. (2014). Los riesgos laborales psicosociales: marco conceptual y contexto socioeconómico. *ORP Journal*, 1, 4-18.

Moreno, B. y Rodríguez, R. (2013). *Sociología de la salud laboral*. En B. Moreno y E. Garrosa (Eds.), *Salud laboral. Riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral* (pp 51-56). Madrid: Pirámide.

Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R. & Sessler, C. N. (2016). An Official Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Healthcare Professionals: A call for Action. *Critical Care Medicine*, 44(7), 1444-1421.

Neffa JC. (2015) Los riesgos psicosociales en el trabajo, contribución a su estudio.

Park, N., Petersen, C. & Sun, J. K. (2013). La psicología positiva: investigaciones y aplicaciones. *Terapia Psicológica*, 31(1), 11-19.

Rodríguez, D. (2012). *Síndrome de Burnout en profesionales sanitarios: prevalencia y determinantes situacionales y cognitivos*. Trabajo Fin de Máster. Universidad de la Coruña.

Stavroula L. (2010). Health Impact of psychosocial hazards at work: An overview. WHO.

Tárraga, M. L. y Serrano, J. P. (2016). Estado de ansiedad y burnout en trabajadores sanitarios de Albacete. *Journal of Negative & No Positive Results*, 1(3), 100-106.

UGT (2011). *Guía de prevención de riesgos psicosociales en el sector sanidad*. Madrid: Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales.

UGT (2016) *Incidencia de los riesgos psicosociales en el sector de la Atención Primaria*. Madrid: Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales.



9. ANEXOS

9.1. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory.

Por favor, señale la respuesta que crea más oportuna teniendo en cuenta la escala:

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	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

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
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 los pacientes.	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente es un esfuerzo	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me produce estrés	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes que trato me culpan de alguno de sus problemas	

9.2. Cuestionario de datos sociodemográficos y asistenciales.

- EDAD:
- SEXO: Hombre Mujer
- ESTADO CIVIL: Soltero Casado Divorciado Viudo
- PERSONAS DEPENDIENTES A TU CARGO: Sí No
- PROFESIONAL: Médico Enfermero
- AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL:
- TIPO DE CONTRATO: Fijo Eventual
- NÚMERO APROXIMADO DE PACIENTES QUE ATIENDE AL DÍA:
- EL Nº DE PACIENTES QUE ATIENDE AL DÍA LO CONSIDERA:
 Insuficiente Adecuado Excesivo

9.3. Escrito de consentimiento

Estimado compañero, el cuestionario que se entrega adjunto recoge datos personales en relación con el trabajo que realizas como personal sanitario en el Centro de Salud de la Flota, tiene en cuenta todo aquello valorable para ser tratado estadísticamente para un estudio sobre el síndrome de Burnout en el personal sanitario del Centro de Salud Vistalegre – La Flota. Con esto transmito que garantizo la privacidad, confidencialidad y uso ético de los datos. Por ello solicito la colaboración mediante esta hoja de consentimiento:

Nombre.....

Declaro que he recibido suficiente y precisa información sobre el estudio y estoy de acuerdo con participar en esta investigación de forma voluntaria

Por lo que firmo el presente documento en

Murcia, ade..... de 2020.

Firmado



Biblioteca
UNIVERSITAS Miguel Hernández

Firma del investigador

9.4. Tabla de edades de los sujetos.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
30	2	6,7
37	1	3,3
39	1	3,3
42	2	6,7
43	1	3,3
46	2	6,7
49	1	3,3
51	3	10
52	2	6,7
53	1	3,3
55	2	6,7
56	1	3,3
57	2	6,7
58	1	3,3
59	1	3,3
60	2	6,7
61	2	6,7
62	2	6,7
65	1	3,3
Total	30	100