



Universidad de Oviedo  
*Universidá d'Uviéu*  
*University of Oviedo*

**Centro Internacional de Postgrado**

**Máster Universitario en Análisis y Gestión de Emergencia y Desastre**

**“Síndrome Burnout en los profesionales de medicina de Urgencias de atención hospitalaria de Asturias”**

**Carlos González Mallada**

**Mayo 2017**

**Trabajo Fin De Máster**



Universidad de Oviedo  
*Universidá d'Uviéu*  
*University of Oviedo*

**Centro Internacional de Postgrado**

**Máster Universitario en Análisis y Gestión de Emergencia y Desastre**

**“Síndrome Burnout en los profesionales de medicina de Urgencias de atención hospitalaria de Asturias”**

**Trabajo Fin De Máster**

**Carlos González Mallada**

**Pedro Arcos González**

**Rafael Castro Delgado**

**(Tutor)**

**(Cotutor)**

## **AGRADECIMIENTOS**

A todos los profesionales médicos de urgencias que se han participado libremente rellenando el cuestionario de este trabajo.

A los jefes/coordinadores del área de Urgencias de los ocho hospitales de referencia de las áreas sanitarias del Principado de Asturias, por colaborar desinteresadamente en el trabajo y aceptar a coordinar la entrega y recogida de cuestionarios.

A los compañeros y amigos que me han facilitado las cosas por el camino para poder llegar a todos los Servicios de Urgencias, sin ellos no todo habría sido tan fácil.

A los tutores y compañeros que me han ayudado en la elaboración de este trabajo.

## RESUMEN

**Introducción:** el síndrome de burnout se puede considerar como un problema de salud pública que acarrea consecuencias negativas para los profesionales e instituciones donde trabaja. El profesional médico de emergencias está sometido en líneas generales a estresores que pueden acentuar niveles de estrés elevados que, si se dejan evolucionar en el tiempo, pueden llegar a convertirse en este síndrome llegando a incapacitar a la persona en sus esferas productivas, afectivas y sociales.

**Objetivos:** averiguar la prevalencia del síndrome de burnout con sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) en los profesionales de medicina de urgencias de los hospitales de referencia de las ocho áreas sanitarias del Principado de Asturias, analizando las distintas variables sociodemográficas, laborales, de satisfacción laboral, de estrés percibido y de salud.

**Material y métodos:** se realizó un estudio multicéntrico, observacional, descriptivo, de corte transversal, para conocer la prevalencia del síndrome de burnout entre los profesionales de dichos centros.

**Resultados:** la prevalencia de burnout en los profesionales médicos de urgencias de los hospitales de referencia de las 8 áreas sanitarias del Principado de Asturias es del 18.2% (IC 95%: 14.72- 21.78). Podemos estratificar el riesgo de sufrir burnout según la escala que propone Frutos (2014) en: muy alto riesgo (20.4% de la muestra), alto riesgo (11%), medio-alto riesgo (7.3%), riesgo medio-alto (31.4%) y bajo riesgo (11.7%).

**Conclusiones:** la prevalencia de síndrome de burnout en los profesionales médicos de urgencias hospitalarias de Asturias es muy elevada. Los profesionales que se encuentran en riesgo de padecerlo son también un porcentaje muy elevado. Se confirma la vulnerabilidad del colectivo del estudio para padecer dicho síndrome que afecta de manera negativa a la persona, a la institución donde desarrolla su actividad laboral y a los pacientes. Dados los resultados el propio Ministerio de Sanidad y las diferentes gerencias de las áreas sanitarias deberían de poner a corto plazo mecanismos en marcha para disminuir su incidencia y su alta prevalencia.

**Palabras clave:** Agotamiento Profesional, Absentismo Laboral, MBI, Burnout.

## INDICE

1	Introducción	5
1.1	Justificación	8
2	Hipótesis y objetivos	9
2.1	Objetivos principales	9
2.2	Objetivos específicos	9
3	Material y método	10
3.1	Diseño del estudio	10
3.2	Descripción de la muestra del estudio	10
3.3	Instrumento de medida	10
3.4	Duración del estudio	15
3.5	Entrega del material y recogida de datos	15
3.6	Consideraciones éticas	16
3.7	Análisis estadístico	16
4	Resultados	18
4.1	Variables sociodemográficas y laborales	19
4.2	Variables de satisfacción laboral	23
4.3	Variables de estrés percibido y de salud	27
4.4	Perfil “tipo” de profesional médico del servicio de urgencias de la muestra	29
4.5	Variables del Cuestionario de Problemas Psicosomáticas (CPP)	29
4.6	Variables del Maslach Burnout Inventory (MBI) o Inventario de Burnout de Maslach	32
5	Discusión	46
5.1	Limitaciones	49
6	Conclusiones	51
7	Referencias bibliográficas	52
8	Anexos	54

<b>LISTADO DE ABREVIATURAS</b>	
<b>AE</b>	Agotamiento Emocional
<b>CPP</b>	Cuestionario de Problemas Psicosomáticos
<b>D</b>	Despersonalización
<b>DE</b>	Desviación estándar
<b>HCSO</b>	Hospital Carmen y Severo Ochoa
<b>HJ</b>	Hospital de Jarrio
<b>HO</b>	Hospital del Oriente
<b>HUC</b>	Hospital Universitario de Cabueñes
<b>HUCA</b>	Hospital Universitario Central de Asturias
<b>HUSA</b>	Hospital Universitario San Agustín
<b>HVAB</b>	Hospital Vital Álvarez-Buylla
<b>HVN</b>	Hospital Valle del Nalón
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística
<b>MBI</b>	Maslach Burnout Inventory
<b>MBI-HSS</b>	Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey
<b>RP</b>	Realización Personal
<b>SB</b>	Síndrome de burnout

## 1. Introducción

“Estar quemado”, es la traducción de la palabra de origen anglosajón “burnout”. El llamado síndrome de burnout podríamos definirlo como la presencia de una respuesta prolongada al estrés ante factores estresores laborales que afectan de manera negativa a una persona en forma de agotamiento físico y mental.

Este síndrome es conocido como síndrome de desgaste profesional, síndrome de desgaste ocupacional, síndrome del trabajador desgastado, síndrome del trabajador consumido, síndrome de quemarse por el trabajo o síndrome de la cabeza quemada.

La primera referencia clínica al síndrome la encontramos en la definición del psiquiatra norteamericano Herbert Freudenbergen 1974: “estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo” <sup>(1)(2)</sup>. El psiquiatra concluía que este síndrome se manifiesta por signos físicos y conductuales. Signos físicos como el agotamiento y fatiga, las cefaleas, molestias gastrointestinales, insomnio y dificultad respiratoria. Y alteraciones de la conducta como signos de frustración e irritación ante la mínima presión.

En 1976 la psicóloga Cristina Maslach y sus colaboradores realizarían el primer trabajo sobre burnout en trabajadores de diferentes ámbitos laborales <sup>(3)</sup>, principalmente sanitarios. Empezó a definir poblaciones laborales vulnerables de padecer burnout ya que conllevaba efectos perjudiciales para el propio trabajador como para sus clientes y la propia empresa. Comenzó a establecer relaciones de absentismo laboral, baja moral, alcoholismo, enfermedades mentales, conflictos familiares y suicidios con este síndrome.

No fue hasta 1981 cuando el burnout adquirió relevancia gracias al estudio de Cristina Maslach y Susan E. Jackson <sup>(4)</sup>. Se definió así el síndrome de burnout como “un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir en individuos que trabajan con personas”. Estas autoras definen las tres dimensiones del síndrome de burnout que son: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Además de definir las tres dimensiones elaboraron un instrumento de medida para detectarlo que es el Maslach Burnout Inventory (MBI) que consiste en un cuestionario autocompletado de 22 ítems referentes a sentimientos personales y maneras de actuar en el ámbito profesional hacia las personas y hacia su trabajo <sup>(5)</sup>.

Más tarde, Maslach y colaboradores asentaron la definición del burnout como un síndrome psicológico que aparece como respuesta crónica a estresores laborales.

- El agotamiento emocional se define coloquialmente como la experiencia profesional de sentir que no se puede dar más de uno mismo. Es una situación de agotamiento de energía y recursos emocionales propios como consecuencia del contacto diario y continuo con las personas que hay que atender y presentan problemas o resultan problemáticas.
- La despersonalización tiene relación con el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas con indiferencia por los profesionales y de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo.
- La baja realización personal es la tendencia de los profesionales a calificarse negativamente en relación al trabajo que desempeñan y el trato con las personas. Los trabajadores tienden a sentirse descontentos e insatisfechos.

El Dr. Pedro R. Gil-Monte <sup>(6)</sup>, en una definición más actual dice (1997) “el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) es una respuesta al estrés laboral crónico que aparece con frecuencia en los profesionales del sector servicios cuya actividad laboral se desarrolla hacia personas. Se trata de una experiencia subjetiva de carácter negativo, y se caracteriza por la aparición de cogniciones, de emociones, y de actitudes negativas hacia el trabajo, hacia las personas con las que se relaciona el individuo en su trabajo, en especial los clientes, y hacia el propio rol profesional. Como consecuencia de esta respuesta aparecen una serie de disfunciones conductuales, psicológicas, y fisiológicas, que van a tener repercusiones nocivas para las personas y para la organización.”

Las causas del síndrome de burnout son múltiples lo que hace que su análisis para una aproximación sea muy complejo <sup>(7)</sup>.

Entre las principales causas destacaríamos el aburrimiento y el estrés, crisis en el desarrollo de la carrera profesional, turnicidad laboral, trato directo con personas con problemas o problemáticas, falta de autonomía y autoridad para toma de decisiones, falta de satisfacción laboral, etc.

En el caso particular de los profesionales de la salud, además de las nombradas, hay que añadir otros factores como el contacto directo con la enfermedad, la muerte y el

sufrimiento; y la sobrecarga laboral debido a la escasez y mala planificación laboral que se sufre en múltiples áreas de la sanidad actual. Los factores coincidentes en muchos estudios se pueden resumir en <sup>(2) (6)</sup>:

- Factores individuales: género, edad, personalidad y orientación profesional tienen una influencia a la hora de poder desarrollar el síndrome.
- Factores sociales: algunos estudios dejan entrever que el apoyo social influye en la salud de las personas (Buendía, 1990) y podría actuar como variable moderadora de los efectos negativos del estrés laboral.
- Factores organizativos y laborales: las variables organizativas y que tengan relación con el desempeño del trabajo diario tienen una relevancia mayúscula para la aparición del este síndrome. Unas condiciones laborales justas junto con un buen clima organizativo serían factores moderadores positivos para prevenir el burnout.

El síndrome de burnout produce consecuencias negativas para la salud del profesional lo que tiene una repercusión para la institución en la que trabaja.

Como reseñan Álvarez y Gallego y Fernández Ríos <sup>(8)</sup> los principales síntomas asociados al síndrome se pueden clasificar según:

- Psicosomáticos: cansancio hasta el agotamiento, malestar general, fatiga crónica, dolores de cabeza, desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, problemas de sueño y dolores musculares.
- Conductuales: absentismo laboral, cambios de humor, abuso de sustancias psicoactivas, incapacidad para vivir de manera relajada, conducta despersonalizada en la relación con los compañeros de trabajo y usuarios, superficialidad en el contacto con los demás e incapacidad de concentración.
- Emocionales: agotamiento emocional , ansiedad ,sentimiento de culpabilidad , aburrimiento, sensación de impotencia y desorientación, sentimiento de soledad y baja tolerancia a la frustración
- Sociales y de relaciones interpersonales: actitudes negativas hacia la vida en general, disminución de la calidad de vida personal, aumento de problemas de pareja, familiares...

Centrando el síndrome en el ámbito del estudio (urgencias y emergencias) podemos clasificar al personal sanitario como uno de los principales focos vulnerables de padecer burnout. Todo ello debido a: alta presión asistencial, exigencia de resultados, falta de adecuado descanso, excesivas horas de trabajo, responsabilidad civil y penal ante cualquier acto médico, agobios, trato con enfermos y familiares y continuo riesgo y peligrosidad a la que se somete.

### **1.1. Justificación del trabajo.**

Podemos considerar ya al síndrome de burnout como un problema de salud pública en aumento en nuestra sociedad que pone en jaque la satisfacción laboral y la motivación de los profesionales sanitarios. Características muy vinculadas con la asistencia sanitaria de calidad y la satisfacción de los usuarios del Sistema de Salud.

Numerosos estudios en nuestro país en diferentes ámbitos sanitarios ponen de manifiesto la presencia de este síndrome que conlleva consecuencias negativas para el profesional y para el Sistema Sanitario.

En una reciente revisión bibliográfica realizada con metodología PRISMA <sup>(9)</sup> se concluía que existen muy pocos estudios en relación a la prevalencia de este síndrome en el ámbito de la emergencia y que es necesario realizar más estudios para adoptar mecanismos de prevención.

No existen estudios previos que engloben a la mayoría de los médicos de urgencia hospitalaria en el Principado de Asturias en relación a este síndrome. Colectivo que, por sus funciones y características laborales, presenta criterios de vulnerabilidad de padecer este síndrome.

Dado que este síndrome es prevenible, parece razonable conocer los datos sobre su prevalencia en dicho colectivo para poder elaborar estrategias de prevención. Consideramos fundamental que este colectivo se encuentre en plenas facultades psicológicas por la importante labor que desempeñan en relación a la población.

## **2. Hipótesis y objetivos.**

### **2.1. Objetivo Principal**

Averiguar la prevalencia del síndrome de burnout con sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) en los profesionales de medicina de urgencias de los hospitales de referencia de las ocho áreas sanitarias del Principado de Asturias, analizando las distintas variables sociodemográficas, laborales, de satisfacción laboral, de estrés percibido y de salud.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Determinar las características sociodemográficas y laborales que se asocian con dicho síndrome.
- Analizar los niveles de satisfacción laboral, de estrés percibido y de salud por los profesionales.
- Establecer las dimensiones del síndrome de burnout más alteradas y las variables de mayor repercusión en el síndrome.
- Estratificar el riesgo de padecer síndrome de burnout entre los profesionales.

### **3. Material y métodos.**

#### **3.1. Diseño del estudio**

Para alcanzar los objetivos planteados, hemos optado por la ejecución de un estudio multicéntrico, observacional, descriptivo y de corte transversal.

#### **3.2. Descripción de la muestra de estudio.**

La población total de médicos de urgencias adjuntos al servicio de urgencias de los hospitales de referencia de las ocho áreas sanitarias del Principado de Asturias durante el tiempo en el que se llevó a cabo el estudio en fase de recogida de datos era de 195 profesionales.

En nuestro estudio han participado finalmente 137 profesionales que conlleva una tasa de respuesta del 70,26% de los profesionales en activo. Muestra representativa en base a los siguientes criterios: proporción estimada 50%; nivel de confianza 95% y precisión 5% (n=130).

Los hospitales de referencia donde se llevó a cabo el estudio corresponden:

- Área Sanitaria I: Hospital de Jarrio.
- Área Sanitaria II: Hospital Carmen y Severo Ochoa.
- Área Sanitaria III: Hospital Universitario San Agustín.
- Área Sanitaria IV: Hospital Universitario Central de Asturias.
- Área Sanitaria V: Hospital Universitario de Cabueñes.
- Área Sanitaria VI: Hospital del Oriente de Asturias.
- Área Sanitaria VII: Nuevo Hospital Vital Álvarez Buylla.
- Área Sanitaria VIII: Hospital Valle del Nalón.

#### **3.3. Instrumento de medida.**

Para llevar a cabo el estudio se ha utilizado un cuestionario con 57 preguntas (anexo 1) distribuidas en 3 grupos o apartados en donde se encuentran instrumentos ya validados.

El cuestionario comienza con una pregunta que identifica el Hospital de trabajo. La variable posterior que hemos asignado fue el número de identificación del cuestionario. Luego, tras las dos primeras variables, se agrupa el cuestionario en 3 grupos:

- Cuestionario de datos sociodemográficos, laborales, de satisfacción laboral, estrés percibido y de salud: compuesto por 22 preguntas.

- Cuestionario de Problemas Psicossomáticos (CPP): establece una medida de cómo se encuentra la persona ante 12 manifestaciones tanto físicas como conductuales derivadas de situaciones de estrés.
- Maslach Burnout Inventory (MBI) o Inventario de Burnout de Maslach: tal como señalan múltiples autores, es el cuestionario más utilizado para medir el síndrome de burnout. Más del 90% de los estudios en relación a este campo se han llevado a cabo empleando este cuestionario para la medida del burnout. El cuestionario mide la valoración de cada persona ante 22 ítems referidos a sentimientos y respuestas interactivas que se originan durante la actividad profesional del día a día.

3.3.1. Cuestionario de datos sociodemográficos, laborales, de satisfacción laboral, estrés percibido y de salud.

Consta de 21 preguntas. 20 preguntas de respuesta alternativa a opciones cerradas y 1 de respuesta abierta (pregunta 9) con una pequeña reseña de ayuda para cumplimentar.

3.3.1.1. Datos sociodemográficos y laborales:

1. Sexo.
2. Edad.
3. Estado civil.
4. Número de hijos.
5. Tiempo de ejercicio profesional (sin contar el periodo de formación).
6. Tiempo de antigüedad en el servicio de urgencias.
7. Condición laboral.
8. Turno de trabajo.
9. ¿Desea cambiar de turno de trabajo?
10. ¿Se le ofrece desde el Centro/Servicio la posibilidad de realizar actividades formativas para la actualización de conocimientos, destrezas y competencias de su práctica profesional?
11. ¿Ha realizado alguna actividad de formación continuada/actualización durante el último año?

3.3.1.2. Datos de satisfacción laboral:

12. ¿Considera que su trabajo como médico de Urgencias en atención hospitalaria es vocacional?

13. ¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?
14. ¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de la dirección del Centro?
15. ¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de la dirección del Servicio de Urgencias?
16. ¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?
17. ¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?

#### 3.3.1.3. Datos de estrés percibido y de salud:

18. Cómo define su estado de salud.
19. Número de bajas laborales durante el último año (excluyendo las bajas por maternidad/embarazo). La pregunta da lugar a tres variables: el nº de bajas, el número de días de bajas y la causa de la baja.
20. ¿El desarrollo de su trabajo diario le origina estrés?
21. ¿Qué influencia considera que tiene el estrés laboral en su estado de salud?

#### 3.3.1.4. Cuestionario de Problemas Psicossomáticos (CPP).

Se usa para medir los problemas psicossomáticos en relación al nivel de estrés. Fue desarrollado por Hock (1988, adaptado al castellano por García et al., 1993). Corresponde a la pregunta 23 del cuestionario. Está formado por 12 preguntas sobre la frecuencia de aparición de los enunciados que tratan sobre problemas. La frecuencia de aparición de dichos problemas se recoge en 6 alternativas que van desde "nunca" hasta "con mucha frecuencia" según se han padecido a lo largo del último año. La puntuación final del cuestionario va de 12 a 72 puntos según la percepción de cada persona.

Puntuaciones altas indican mayor respuesta psicossomática que se correspondería con mayor nivel de estrés.

Las preguntas del cuestionario son:

1. Dificultad de conciliar el sueño o mantenerse dormido por la noche.
2. Jaquecas y dolores de cabeza.
3. Indigestiones o molestias gastrointestinales.
4. Sensación de cansancio extremo o agotamiento.
5. Tendencia a comer, beber o fumar más de lo habitual
6. Disminución del interés sexual.
7. Respiración entrecortada o sensación de ahogo
8. Disminución del apetito.

9. Temblores musculares (ej. tics nerviosos, etc.).
10. Pinchazos o sensaciones dolorosas en distintas partes del cuerpo
11. Tentaciones fuertes de no levantarse por la mañana.
12. Tendencia a sudar o palpitaciones.

#### 3.3.1.4. Maslach Burnout Inventory (MBI) o Inventario de Burnout de Maslach.

Cuestionario creado por Maslach y Jackson (1981, 1986), para medir el síndrome de burnout o desgaste profesional. El cuestionario mide las tres dimensiones del burnout que son “agotamiento emocional” (AE), “despersonalización” (D) y la “realización personal” (RP). La versión original del MBI está diseñada y validada para los profesionales de la salud. Posteriores versiones fueron adaptadas para otros ámbitos laborales con el nombre de MBI-HSS (MBI-Human Services Survey).

Este instrumento ha sido utilizado en numerosos estudios e investigaciones con validaciones a nivel nacional e internacional en el ámbito sanitario. En los estudios a nivel nacional se concluyeron que la adaptación al castellano del cuestionario del MBI reúne los criterios necesarios de validez factorial y consistencia interna como para poder ser usado para medir el nivel de burnout en nuestro contexto sociocultural.

El cuestionario está formado por 22 ítems sobre las emociones y reacciones del profesional con su actividad cotidiana, que se valoran con una escala de tipo Likert mediante un rango de 7 opciones que van desde “nunca” (con un valor de 0) a “siempre” (con un valor de 6) en relación a la frecuencia de las frases descritas.

Las 22 preguntas se agrupan evaluando tres factores ya mencionados: AE, D y RP. Estos factores forman las tres dimensiones o subescalas del MBI.

- *Subescala de Agotamiento Emocional (AE)*: formada por 9 preguntas. Hacen relación a la disminución o pérdida de recursos emocionales o hacen mención a sentimientos de estar desbordado y cansado emocionalmente por las demandas del trabajo. En esta subescala se incluyen las preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20 del cuestionario. Su puntuación es directamente proporcional al nivel de burnout. Con una puntuación máxima de 54 puntos, a mayor puntuación de AE mayor es el nivel de burnout (niveles altos de AE corresponden con niveles altos de burnout).
- *Subescala de Despersonalización (D)*: formada por 5 preguntas. Hacen referencia a los sentimientos y actitudes negativas hacia el paciente. Valoran la

impersonalidad y actitud poco sensible hacia las personas atendidas. En esta subescala se incluyen las preguntas 5, 10, 11, 15 y 22. Con una puntuación máxima de 30 puntos, a mayor puntuación de D mayor es el nivel de burnout (niveles altos de D corresponden a niveles altos de burnout).

- *Subescala de Realización Personal (RP)*: formada por 8 preguntas. Hacen referencia a sentimientos de competencia, eficacia y realización en el trabajo. En esta subescala se incluyen las preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. Con una puntuación máxima de 48 puntos, a mayor puntuación en esta escala mayor es la RE y menor es el nivel de burnout (niveles bajos de RP corresponden a niveles elevados de burnout).

Hemos valorado por separado las puntuaciones de cada subescala ya que no está del todo claro que las tres dimensiones tengan el mismo peso a la hora de delimitar el nivel de burnout.

Para la valoración de los resultados de burnout, hemos tomado los valores de referencia establecidos por Gil Monte y Peiró (2000) <sup>(6)</sup> para los profesionales sanitarios según (tabla 1):

SUBESCALAS	NIVEL BURNOUT		
	BAJO	MEDIO	ALTO
AE	≤15	16-24	≥25
D	≤3	4-9	≥10
RP	≥40	34-39	<34

**Tabla 1: Puntuaciones de corte de las tres dimensiones del MBI (sector sanitario) para medición de burnout**

- En la subescala de AE puntuaciones mayores o iguales a 25 indicarían un alto nivel de burnout. El intervalo de 16 a 24 correspondería a nivel intermedio y puntuaciones igual o inferior a 15 un nivel de burnout bajo o muy bajo.
- En la subescala D puntuaciones mayores o iguales a 10 indicarían un alto nivel de burnout. El intervalo de 4 a 9 un nivel intermedio y puntuaciones iguales o inferiores a 3 un bajo nivel de burnout.
- En la subescala RP las cosas funcionan en sentido contrario. Las puntuaciones inferiores a 34 indicarían una baja realización personal, que se relaciona con un nivel de burnout alto. El intervalo de 34 a 39 un nivel medio y puntuaciones

iguales o superiores a 40 se relacionan con una sensación de logro profesional, es decir un bajo nivel de burnout.

### **3.4. Duración del estudio.**

La duración de estudio ha sido de cinco meses desde enero hasta mayo de 2017, durante los cuales se ha llevado a cabo el diseño del estudio, se han solicitado los permisos apropiados, se han distribuido y recogido los cuestionarios y, finalmente, se han analizado los datos.

### **3.5. Entrega de material y recogida de datos.**

Se realizó una prueba piloto del cuestionario en el servicio de urgencias del área sanitaria VII en donde se introdujeron modificaciones en la pregunta 9 (única pregunta de respuesta abierta) para intentar facilitar su cumplimentación.

Durante el mes de enero de 2017 se estableció comunicación con los 8 jefes/coordinadores del área de urgencias de los distintos hospitales para explicar el proyecto dando todos ellos autorización para llevarlo a cabo.

Del día 20 al 27 de enero de 2017 se entregaron los cuestionarios a los jefes/coordinadores de área de urgencias que se encargaron de repartirlos a todo el personal del servicio. Ellos mismos fueron las personas encargadas de custodiar los cuestionarios hasta su recogida.

A cada participante se le entregó 1 sobre abierto de tamaño DIN- A4 con una pegatina identificativa que ponía: "Encuesta Burnout". En el interior del sobre se encontraba el cuestionario de 2 folios por ambas caras.

La carátula, sin numerar, a modo de carta explicaba el motivo de la encuesta, solicitando la participación y garantizando la confidencialidad del mismo. El resto de caras, numeradas de 1 a 3 contenían el cuestionario a rellenar. Una vez completado el participante debía de guardar el cuestionario en el interior del sobre facilitado, cerrarlo y entregárselo al responsable.

Desde los días 14 al 22 de febrero de 2017 se acabaron de recoger todos los cuestionarios por los diferentes servicios.

#### **3.5.1 Criterios de inclusión/exclusión.**

Fue incluido cualquier médico adjunto a los servicios de urgencia de los hospitales de referencia de las ocho áreas sanitarias del Principado de Asturias que se encontrara

en la plantilla del servicio y desempeñara una actividad asistencial con los pacientes durante la fase de recogida de datos y quisiera participar de forma voluntaria.

Fueron excluidos, los médicos que se encontraban en situación de baja laboral durante la fase de recogida de datos. También fueron excluidos aquellos médicos que, aun perteneciendo a la plantilla del servicio de urgencias, no desempeñaban labor asistencial con pacientes. Los cuestionarios recogidos sin rellenar o mal completados fueron excluidos del estudio.

### **3.6. Consideraciones éticas.**

A lo largo del estudio se han respetado las normas éticas pertinentes por parte del investigador como por cada uno de los participantes.

Se solicitó la autorización del proceso de investigación al Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias, siendo esta aprobada en enero 2017 (anexo 2)

Se mantuvo una comunicación previa con cada jefe de servicio/coordinador del área de urgencias de cada hospital para pedir permiso para llevar a cabo el trabajo.

Se ha informado a cada participante de manera individualizada en la parte inicial de la encuesta definiendo la participación como voluntaria y anónima garantizando la máxima confidencialidad en el proceso de recogida y posterior análisis de los datos.

### **3.7. Análisis estadístico.**

Para el análisis de datos se ha utilizado el paquete informático estadístico IBM SPSS Statistics, versión 24.0 y el programa Microsoft Office 2010.

Las variables fueron sometidas a las distintas pruebas estadísticas, según los diferentes tipos de medida requeridos.

Destacamos:

- Estudio descriptivo: tablas de frecuencias, valores percentiles, medidas de tendencia central (media, mediana), medidas de dispersión (desviación estándar, amplitud, valor mínimo, valor máximo, error típico de la media).
- Variables cuantitativas: Se realizaron pruebas de normalidad (Kolmogrov-Smirnov y Shapiro-Wilk). Para la comparación de medias se han utilizado las

pruebas tipo t de Student y Mann-Whitney, en el caso de dos muestras, y las pruebas tipo Anova y Kruskal-Wallis para más de dos muestras.

- Análisis de fiabilidad: para comprobar la consistencia interna de la escala MBI, hemos calculado el coeficiente alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach.

En todos los casos hemos asumido la existencia de diferencias cuando la significación ha sido inferior al 5% ( $p < 0,05$ ).

#### 4. Resultados.

A continuación se irán exponiendo los resultados manteniendo el esquema del cuestionario y las diferentes agrupaciones del mismo.

En nuestro estudio han participado finalmente 137 profesionales que conlleva una tasa de respuesta del 70,26%.

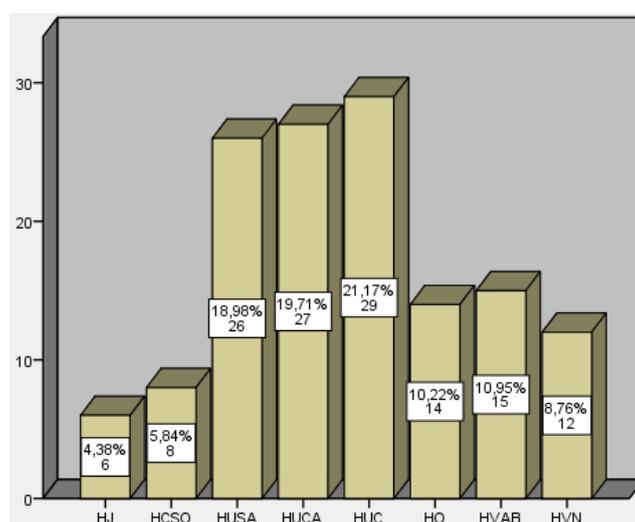
- **Hospital:** la distribución de los profesionales según el hospital de referencia de cada área sanitaria se detalla en la tabla 2.

ÁREA SANITARIA	NUMERO DE PROFESIONALES	MUESTRA REPRESENTATIVA (*)	CUESTIONARIOS VÁLIDOS RECOGIDOS	% PARTICIPACIÓN
I	13	13	6	46,15%
II	9	9	8	88,88%
III	33	31	26	78,79%
IV	49	44	27	55,10%
V	40	37	29	72,50%
VI	17	17	14	82,35%
VII	17	17	15	88,23%
VIII	17	17	12	70,59%
<b>TOTAL</b>	<b>195</b>	<b>130</b>	<b>137</b>	<b>70,26 %</b>

(\*) Representatividad de la muestra en base a los siguientes criterios: proporción estimada 0,5; nivel de confianza 0,95 y precisión 0,05.

**Tabla 2: Distribución de los participantes según hospital de referencia y tasa de participación**

En nuestra muestra el hospital de origen de los participantes según frecuencia (descendente): Hospital Universitario de Cabueñes (21.2%), Hospital Universitario Central de Asturias (19.7%), Hospital Universitario San Agustín (19%), Nuevo Hospital Vital Álvarez Buylla (10.9%), Hospital del Oriente (14%), Hospital Valle del Nalón (8.8%), Hospital Carmen y Severo Ochoa (5.8%) y Hospital de Jarrio (4,4%).



**Figura 1: Recuento y frecuencia de participación según hospital de referencia**

#### 4.1. Variables sociodemográficas y laborales.

- **Sexo:** el 62.8% (86) de los profesionales que componen la muestra total del estudio son mujeres y el 37.2% (51) son hombres.

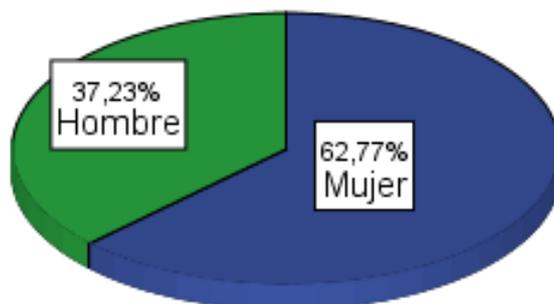


Figura 2: Sexo de los participantes

- **Edad:** las edades de los participantes oscilaban entre los 29 años y los 68 años, con una media de 45,64 años (DE  $\pm$  9.175). Se agruparon las edades en cuatro intervalos: 29-38 años (32 participantes, 23.4%), 39-48 años (52 participantes, 38%), 49-58 años (41 participantes, 29.90%) y 59-69 años (12 participantes, 8.8%).

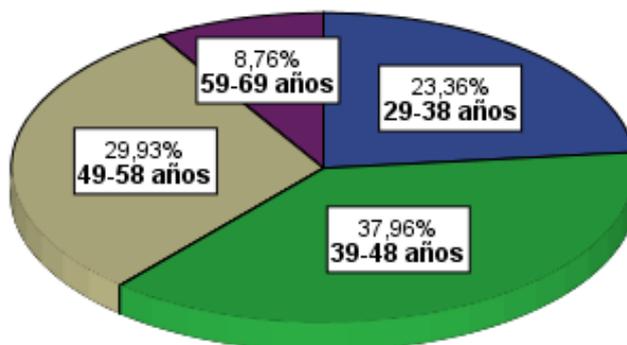


Figura 3: Distribución de la muestra por grupos de edad

- **Estado civil:** la situación dominante en los participantes de nuestro estudio es la de "casado/a o con pareja estable" (67.9%), seguida de "soltero/a (33%) y de "separado/a-divorciado/a" (8%). No se señaló la opción "viuda/o" en ninguno de los cuestionarios recogidos.

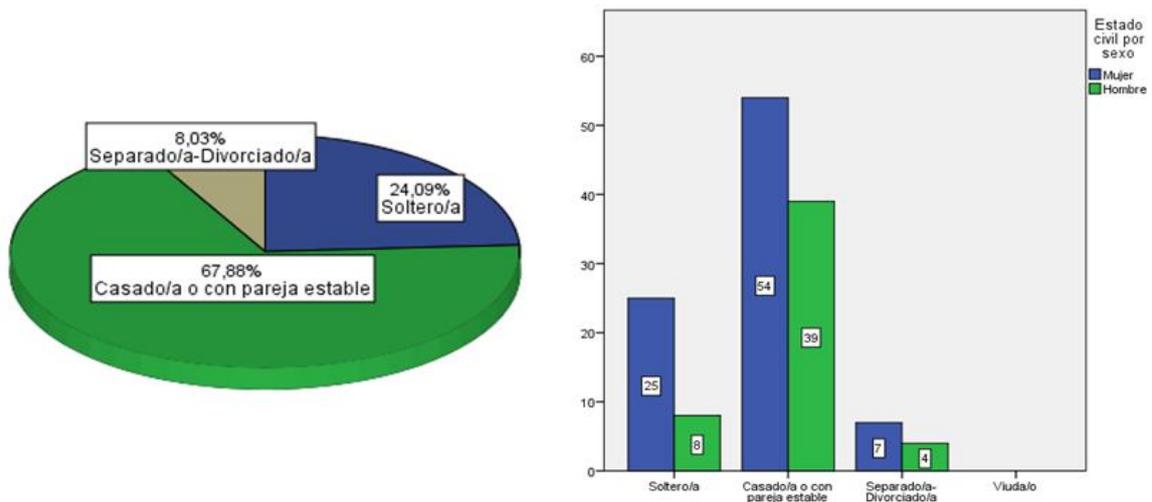


Figura 4: Descripción del estado civil de la muestra general y por sexos

- **Número de hijos:** la media de hijos en la muestra de nuestro estudio es de 1.12 (DE  $\pm$  1.058), inferior a la media nacional que se sitúa en 1.33 (Instituto Nacional de Estadística, 2015). El rango incluye de 0 a 4 hijos. El 37.2% (51) de la muestra no tienen hijos mientras que el 62.8% (86) si tienen. Ese 62.8% con hijos se reparte según: tiene 1 hijo el 24.8% (34), 2 hijos el 29.2% (40), 3 hijos el 6.6% (9) y 4 hijos el 2.2% (3).

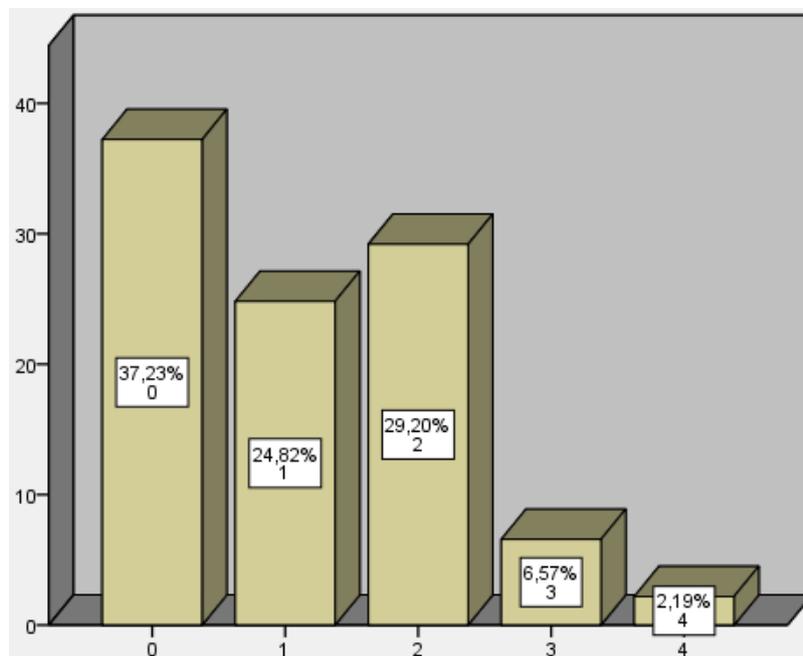
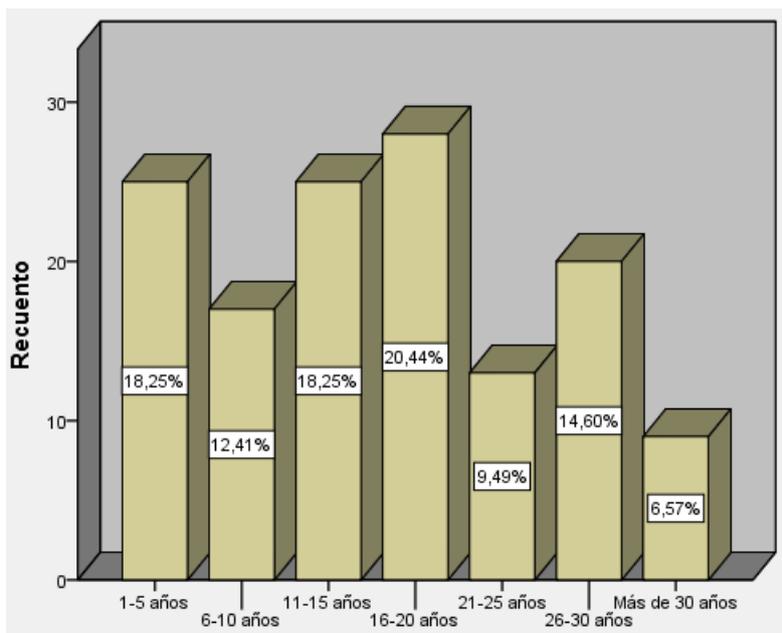


Figura 5: Descripción de número de hijos

- **Tiempo de ejercicio profesional (sin contar el periodo de formación):** la media de años de ejercicio profesional es de 15.93 años (DE  $\pm$  9.790). El rango incluye de 1 a 38 años de ejercicio profesional.

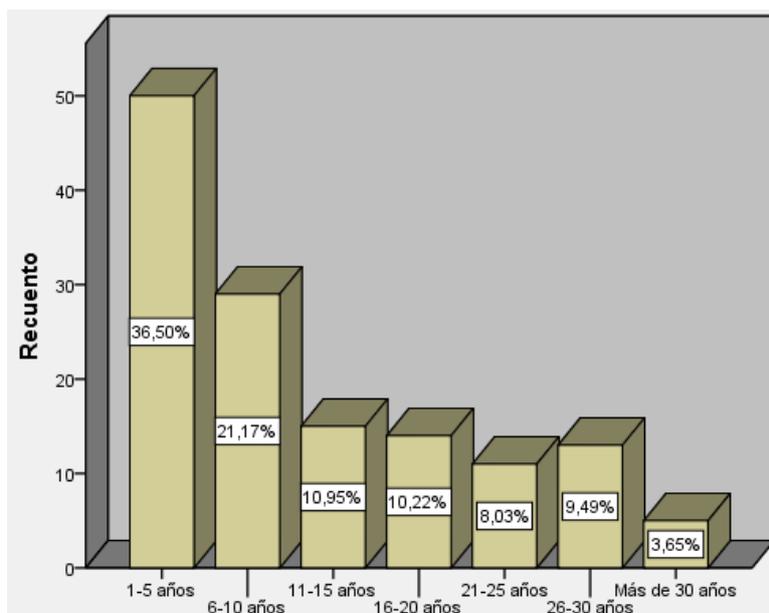
Se agruparon a los participantes en 7 categorías en intervalos de 5 años trabajados salvo una categoría que se consideró “más de 30 años de ejercicio profesional”: 25 participantes se encuentran entre 1-5 años de ejercicio profesional (18.2%); 17 entre 6-10 años de ejercicio profesional (12.4%); 25 entre 11-15 años de ejercicio profesional (18.2%); 28 entre 16-20 años de ejercicio profesional (20.4%); 13 entre 21-25 años de ejercicio profesional (9.5%); 20 entre 26-30 años de ejercicio profesional (14.6%); y 9 con más de 30 años de ejercicio profesional (6.6%).



**Figura 6:** Tiempo de ejercicio profesional agrupado en categorías cada 5 años.

- **Tiempo en el Servicio actual:** la media de antigüedad en el Servicio es de 11.62 años (DE  $\pm 9.877$ ). El rango incluye de 1 a 38 años.

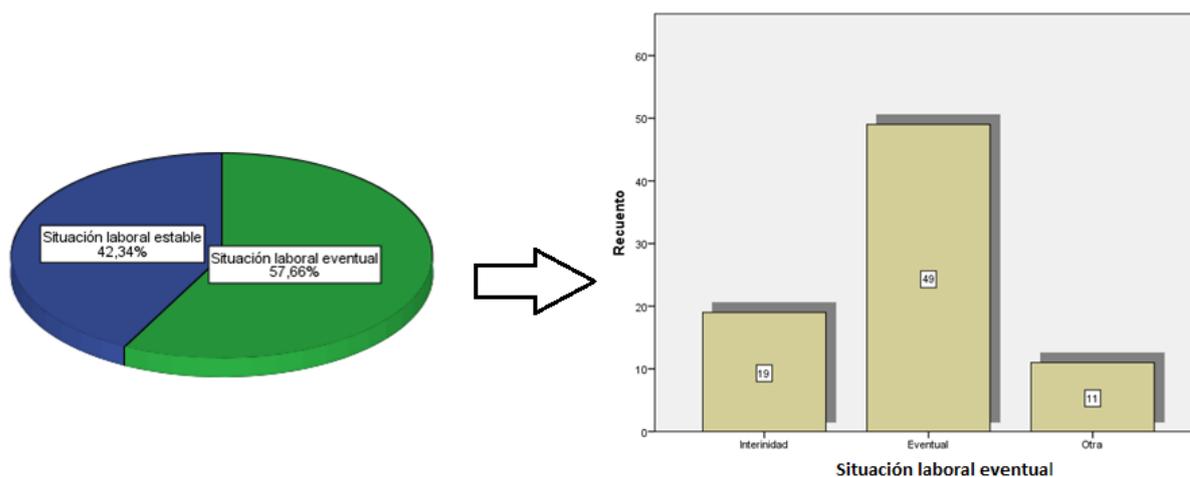
Se agruparon a los participantes en 7 categorías en intervalos de 5 años de antigüedad en el mismo servicio de urgencias salvo una categoría que se consideró “más de 30 años de antigüedad en el servicio”: 50 participantes se encuentran entre 1-5 años de antigüedad (36.5%); 29 entre 6-10 años de antigüedad (21.2%); 15 entre 11-15 años de antigüedad (10.9%); 14 entre 16-20 años de antigüedad (10.2%); 11 entre 21-25 años de antigüedad (8%); 13 entre 26-30 años de antigüedad (9.5%); y 5 con más de 30 años de antigüedad (3.6%).



**Figura 7:** Tiempo de antigüedad de los participantes en el servicio de urgencias agrupado en categorías cada 5 años.

- **Condición laboral:** el 42.3% (58) de los participantes presenta una situación laboral estable y el 57.7% (79) presenta una situación laboral eventual. Ese 57.7% se reparte según: 13.9% (19) en situación de interinidad, 35.8% (49) en situación de eventualidad y 8% (11) en otra situación.

Las condiciones contractuales consideradas como estables se incluyen la opciones de plaza en propiedad. Las condiciones contractuales eventuales engloban las opciones: interinidad, eventual y otra.



**Figura 8:** Condición laboral de la muestra

- **¿Desea cambiar de turno de trabajo?:** el 62.8% (86) de los participantes no desean cambiar su turno de trabajo, mientras que un 37.2% (51) si lo cambiarían.

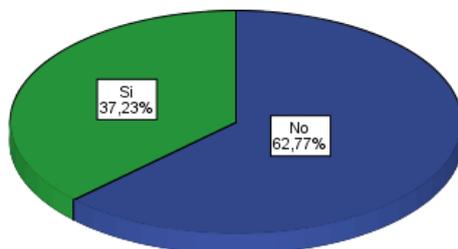


Figura 9: Deseo de cambio de turno

- **¿Se le ofrece desde el centro/unidad la posibilidad de realizar actividades formativas para la actualización de conocimientos destrezas y competencias de su práctica profesional?:** el 51.1% (70) considera que no se le ofertan actividades formativas desde el centro/unidad donde trabaja. El 48.9% (67) restante considera que si le ofertan actividades.



Figura 10: Descripción de la oferta formativa desde el Centro/Unidad

- **¿Ha realizado alguna actividad de formación continuada/actualización durante el último año?:** el 82.5% (113) de los participantes han realizado alguna actividad de formación o actualización en el último año. El 17.5% (24) restante no ha realizado actividad alguna.

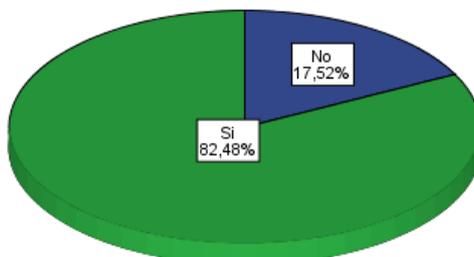


Figura 11: Descripción de la realización de formación

#### 4.2. Variables de satisfacción laboral.

- **Vocación laboral:** el 86.9% (119) de los participantes considera que el trabajo que realizan es vocacional. Sólo el 13.1% (18) de los participantes consideran lo contrario.

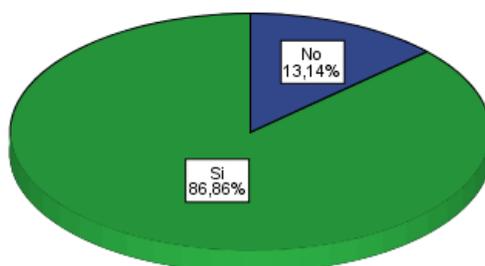


Figura 12: Vocación laboral

- **Satisfacción laboral:** el 0.7% (1) de los participantes consideran que están nada satisfechos con el trabajo que realizan y el 9.5% (13) están poco satisfechos. Sin embargo en el resto de participantes el 78.1% (107) están bastante satisfechos y el 11.7% (16) están totalmente satisfechos con el trabajo que desempeñan.

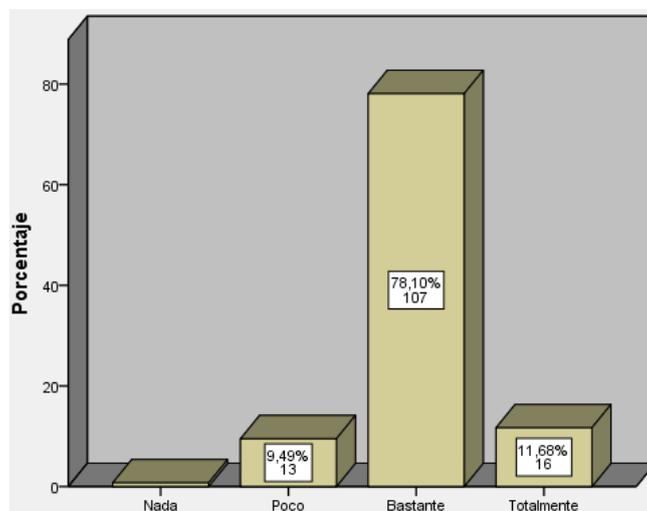


Figura 13: Satisfacción con el trabajo que realiza

- **Satisfacción con la dirección del Centro:** el 22.6%(31) de los participantes no está satisfecho con el apoyo brindado por la dirección del Centro. El 54.7% (75) de los participantes está poco satisfecho con el apoyo y el 19% (26) está bastante satisfecho. Solamente el 3.6% (5) está totalmente satisfecho con el apoyo brindado por la dirección el Centro.

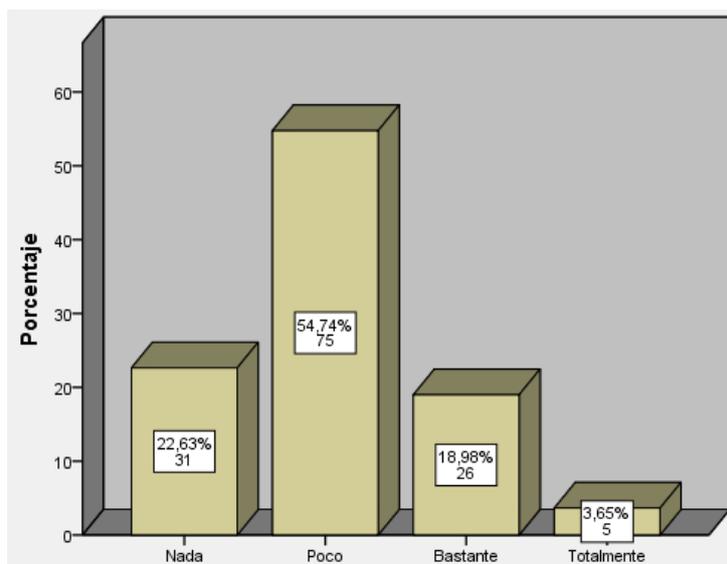


Figura 14: Satisfacción con el apoyo brindado por la dirección del Centro

- **Satisfacción con la dirección del Servicio de Urgencias:** solamente el 6.6%(9) de los participantes no está satisfecho con el apoyo brindado por la dirección del Servicio de Urgencias. El 27% (37) de los participantes está poco satisfecho con el apoyo y el 44.5% (61) está bastante satisfecho. El 21.9% (30) está totalmente satisfecho con el apoyo brindado por la dirección del Servicio de Urgencias.

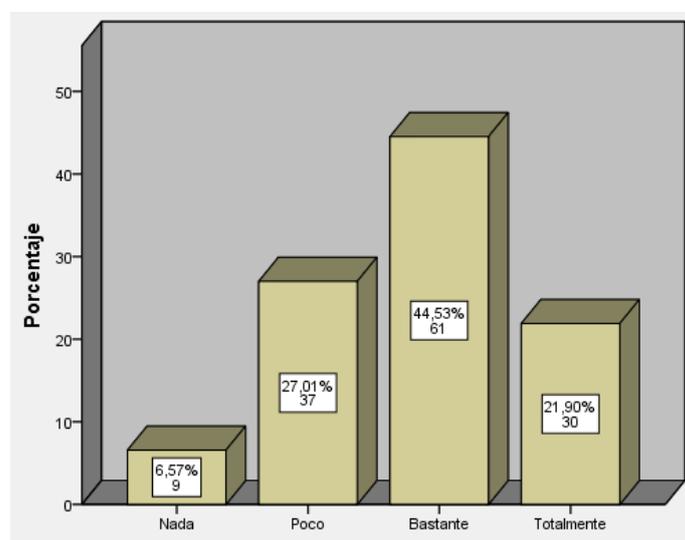
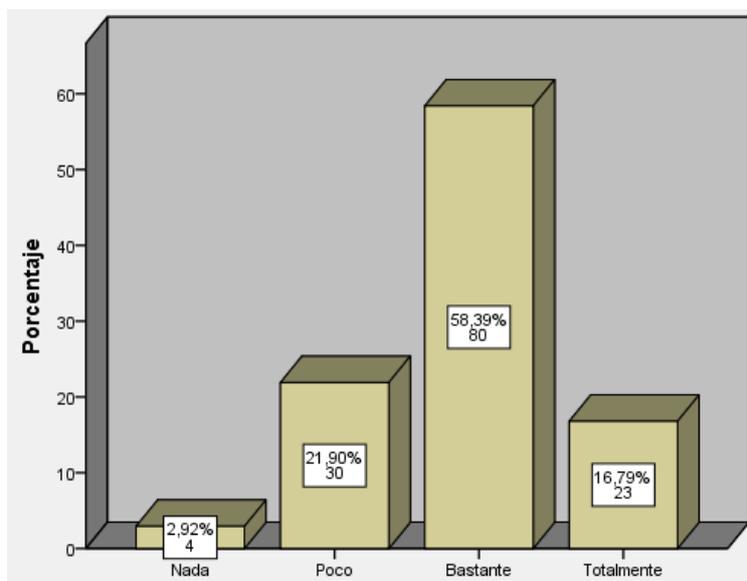


Figura 15: Satisfacción con el apoyo brindado por la dirección del Servicio de Urgencias

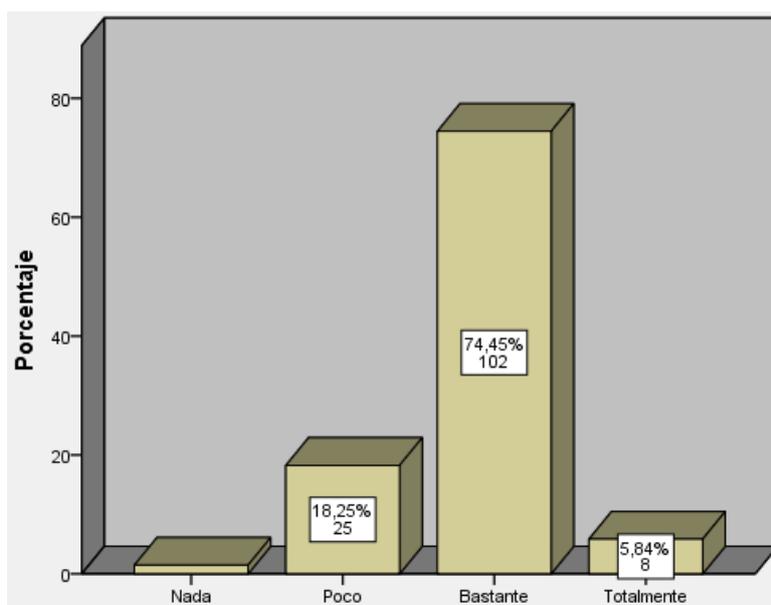
- **Satisfacción con la colaboración entre compañeros:** solamente el 2.9%(4) de los participantes no está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo. El 21.9% (30) de los participantes está poco satisfecho con el apoyo

y el 58.4% (80) está bastante satisfecho. El 16.8% (23) está totalmente satisfecho con la colaboración entre compañeros.



**Figura 16: Satisfacción con la colaboración entre compañeros de trabajo**

- **Satisfacción con la valoración global de la experiencia profesional:** el 1.5% (2) de los participantes consideran que están nada satisfechos con su valoración global de su experiencia profesional y el 18.2% (25) están poco satisfechos. Sin embargo, en el resto de participantes el 74.5% (102) están bastante satisfechos y el 5.8% (8) están totalmente satisfechos con la valoración global de su experiencia profesional.



**Figura 17: Satisfacción con la valoración global de la experiencia profesional**

### 4.3. Variables de estrés percibido y salud.

- **Percepción subjetiva del estado de salud:** un 86.1% (118) de los participantes expresan una percepción positiva del propio estado de salud, definiéndolo como bueno el 65%(89) y muy bueno el 21.2%(29) restante. El 11.7%(16) se reconoce con un estado de salud regular. Hay un 2.2% (3) de participantes que definen su estado de salud de como negativo, catalogándolo de malo un 1.5%(2) y muy malo un 0.7%(1).

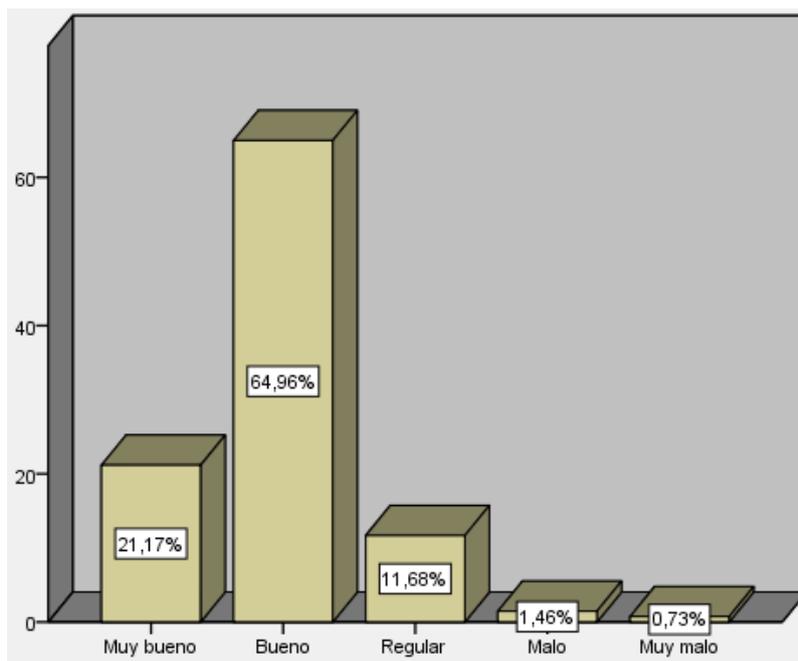


Figura 18: Percepción subjetiva sobre el estado de salud

- **Bajas laborales durante el último año:** una de las consecuencias principales derivadas del estrés y del síndrome de burnout es el absentismo laboral. En nuestro estudio el 14.6% (20) de los participantes habían estado de baja durante el último año sin incluir las derivadas de embarazo/maternidad. El 85.4%(117) restante no ha estado de baja en el último año.

La media de días de baja es de 49.40 (DE  $\pm$  66.027) con un amplio rango de días que va desde 1 a 210.

Hemos agrupado los procesos según: problemas de ansiedad/depresión o estrés con un 20% (4) de las bajas, problemas musculo-esqueléticos 10% (2), cirugía 15%(3), derivados de accidentes 5%(1), problemas digestivos 10% (2), problemas cardiovasculares 10%(2), enfermedad común sin especificar 25% (5) y otros 5% (1).

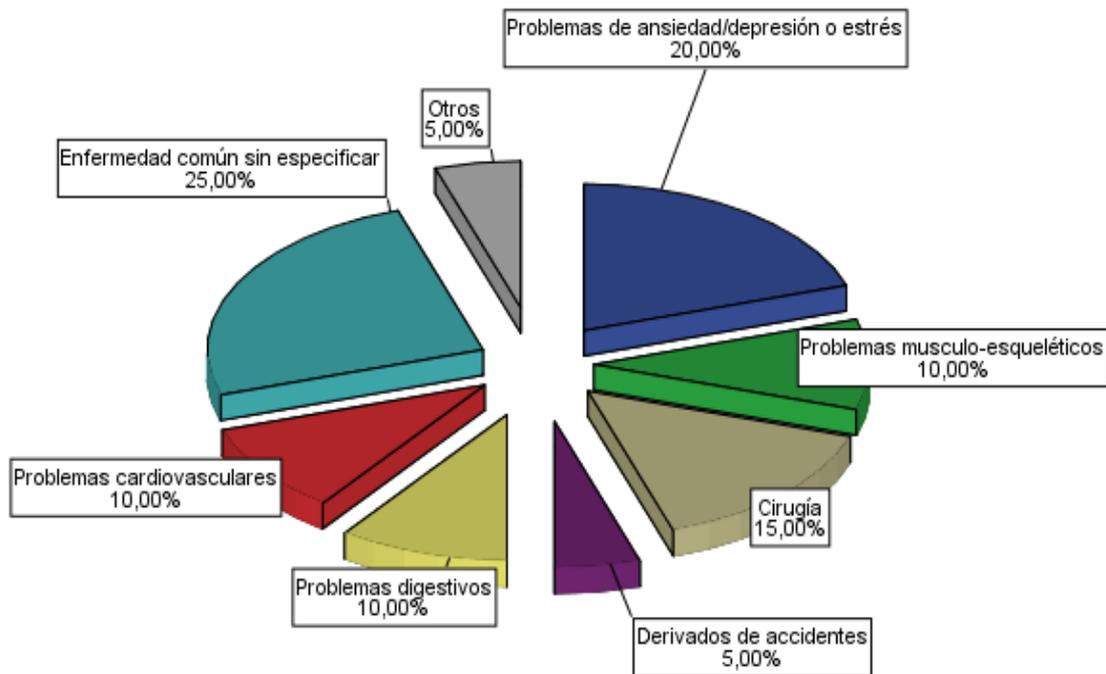


Figura 19: Motivos de baja y su frecuencia

Los días totales perdidos en relación con los procesos de baja laboral son de 998 en los participantes en el estudio. Distribuidos los días perdidos según: problemas de ansiedad/depresión o estrés 27.63% (273 días), problemas musculo-esqueléticos 27.33% (270 días), problemas cardiovasculares 23.28% (230 días), cirugía 5.67% (56 días), derivados de accidentes 9.11% (90 días), problemas digestivos 2.14% (31 días), otros 3.04% (30 días) y enfermedad común sin especificar 0.81% (8 días).

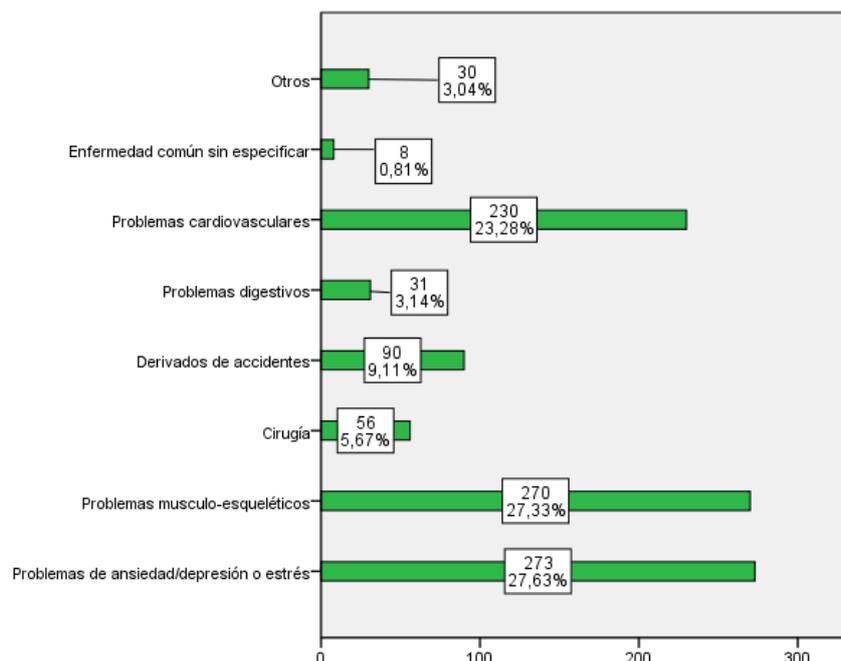


Figura 20: Días perdidos de baja en relación a los grupos de motivos de baja

- **Estrés percibido por la actividad laboral:** solamente el 2.9% (4) de los participantes considera que su trabajo diario no le origina estrés. El 97.1% (133) reconoce que, en algún nivel, su actividad diaria le origina estrés (poco 24.1%, moderado 65% y mucho 8%).

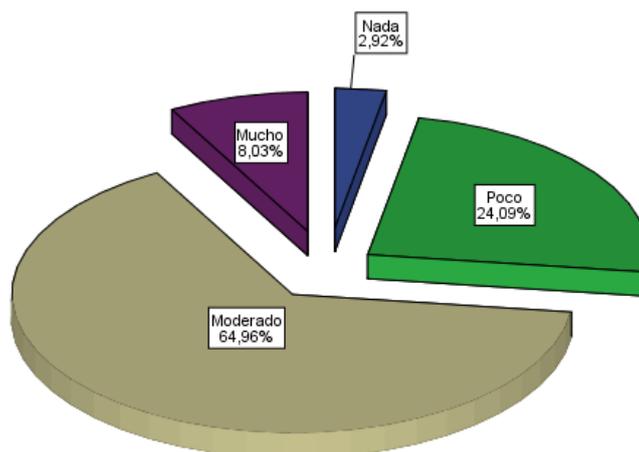


Figura 21: Percepción subjetiva de estrés en relación a la actividad laboral

- **Percepción de la influencia del estrés laboral en la salud propia:** el 92.7%(127) de los participantes tienen la percepción de que el estrés laboral influye en su propia salud en algún medio (poca 34.3%, bastante 44.5%, mucha 13.9%). El 7.3% (10) de los participantes consideran que el estrés laboral no ejerce ninguna influencia sobre su salud.

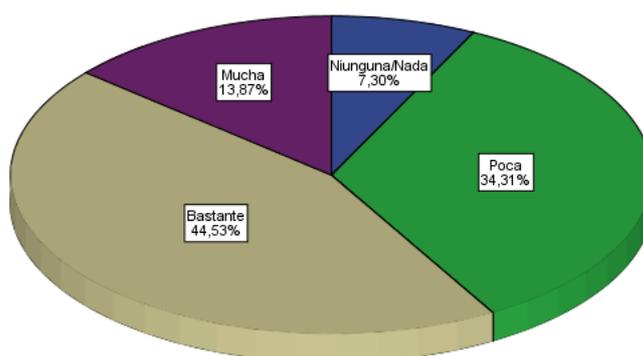


Figura 21: Percepción subjetiva de estrés laboral sobre el estado de salud individual

#### 4.4. Perfil “tipo” de profesional médico del servicio de urgencias de la muestra.

Tras el análisis del primer grupo de variables podríamos definir el perfil “tipo” de profesional médico que nos encontramos en la muestra.

Este perfil (tabla 3) lo obtenemos a partir de los resultados más frecuentes de las variables sociodemográficas, laborales, de satisfacción laboral, de estrés percibido y de salud.

<b>Característica</b>	<b>Profesional médico</b>
<b>Sexo</b>	Mujer (62.77%)
<b>Edad</b>	45.64 años
<b>Estado civil</b>	Casada o con pareja estable
<b>Nª hijos</b>	1.12 hijos
<b>Años de ejercicio profesional (sin contar el periodo de formación)</b>	15.93 años
<b>Tiempo de antigüedad en el Servicio</b>	11.62 años
<b>Condición laboral</b>	Situación laboral eventual (57.7%) Contrato de eventual (35.8%)
<b>¿Desea cambiar de turno de trabajo?</b>	No (62.8%)
<b>¿Realizó actividad de formación continuada/actualización en el último año?</b>	Si (82.5%)
<b>Vocación laboral</b>	Si (86.9%)
<b>Satisfecho con el trabajo que realiza</b>	Bastante (78,1%)
<b>Satisfecho con el apoyo de la dirección del Centro</b>	Poco (54.7%)
<b>Satisfecho con el apoyo de la dirección del Servicio de Urgencias</b>	Bastante (44.5%)
<b>Satisfecho con la colaboración entre compañeros</b>	Bastante (58.4%)
<b>Satisfecho con la valoración de su experiencia profesional</b>	Bastante (74.5%)
<b>Estado de salud percibido</b>	Bueno (64.96%)
<b>Baja laboral el último año</b>	No (85.4%)
<b>La actividad laboral le origina estrés</b>	Moderado (65%)
<b>El estrés laboral le influye en la salud</b>	Bastante (44.5%)

**Tabla 3: Perfil “tipo” del profesional médico de urgencias según la frecuencia de las variables sociodemográficas, laborales, de satisfacción laboral, de estrés percibido y de salud**

#### **4.5. Variables del Cuestionario de Problemas Psicossomáticos (CPP).**

Los resultados en cuanto a la media, DE y las puntuaciones totales de este cuestionario se detallan a continuación en la tabla 4. Recordamos que la puntuación total de la escala va del 12 al 72. En una valoración total del cuestionario puntuaciones altas (>36) no comenzarían a indicar mayor respuesta psicossomática que se correspondería con un mayor nivel de estrés. Sin embargo se puede hacer una valoración de cada ítem que puntúa del 1 al 6, por lo tanto valores >3 nos deberían poner en alerta en dicho ítem.

<b>Problema</b>	<b>Media (<math>\pm</math>DE)</b>	<b>Puntuación total</b>
<b>1. Dificultad de conciliar el sueño o mantenerse dormido por la noche.</b>	3.53 ( $\pm$ 1.563)	484
<b>2. Jaquecas y dolores de cabeza.</b>	2.78 ( $\pm$ 1.494)	381
<b>3. Indigestiones o molestias gastrointestinales.</b>	2.84 ( $\pm$ 1.496)	389
<b>4. Sensación de cansancio extremo o agotamiento.</b>	3.77 ( $\pm$ 1.419)	517
<b>5. Tendencia a comer, beber o fumar más de lo habitual.</b>	2.82 ( $\pm$ 1.636)	387
<b>6. Disminución del interés sexual.</b>	2.55 ( $\pm$ 1.361)	350
<b>7. Respiración entrecortada o sensación de ahogo.</b>	1.66 ( $\pm$ 1.046)	227
<b>8. Disminución del apetito.</b>	1.92 ( $\pm$ 1.157)	263
<b>9. Temblores musculares (ej. tics nerviosos, etc.).</b>	1.5 ( $\pm$ 0.908)	206
<b>10. Pinchazos o sensaciones dolorosas en distintas partes del cuerpo.</b>	2.21 ( $\pm$ 1.358)	303
<b>11. Tentaciones fuertes de no levantarse por la mañana.</b>	2.53 ( $\pm$ 1.627)	346
<b>12. Tendencia a sudar o palpitaciones.</b>	1.94 ( $\pm$ 1.276)	266

**Tabla 4: Valores medios, DE y puntuación total de los problemas psicósomáticos en la muestra.**

Los problemas psicósomáticos que más influyen en la muestra por su puntuación total se recogen a continuación de manera descendente (figura 22): “sensación de cansancio extremo o agotamiento” (CPP4); “dificultad de conciliar el sueño o mantenerse dormido por la noche” (CPP1); “indigestiones o molestias gastrointestinales” (CPP3); “tendencia a comer, beber o fumar más de lo habitual” (CPP5); “jaquecas y dolores de cabeza” (CPP2); y “disminución del interés sexual” (CPP6).

La media total de puntuación del CPP es de 30.07 ( $DE \pm 10.016$ ), con un rango mínimo de 13 y máximo de 58.

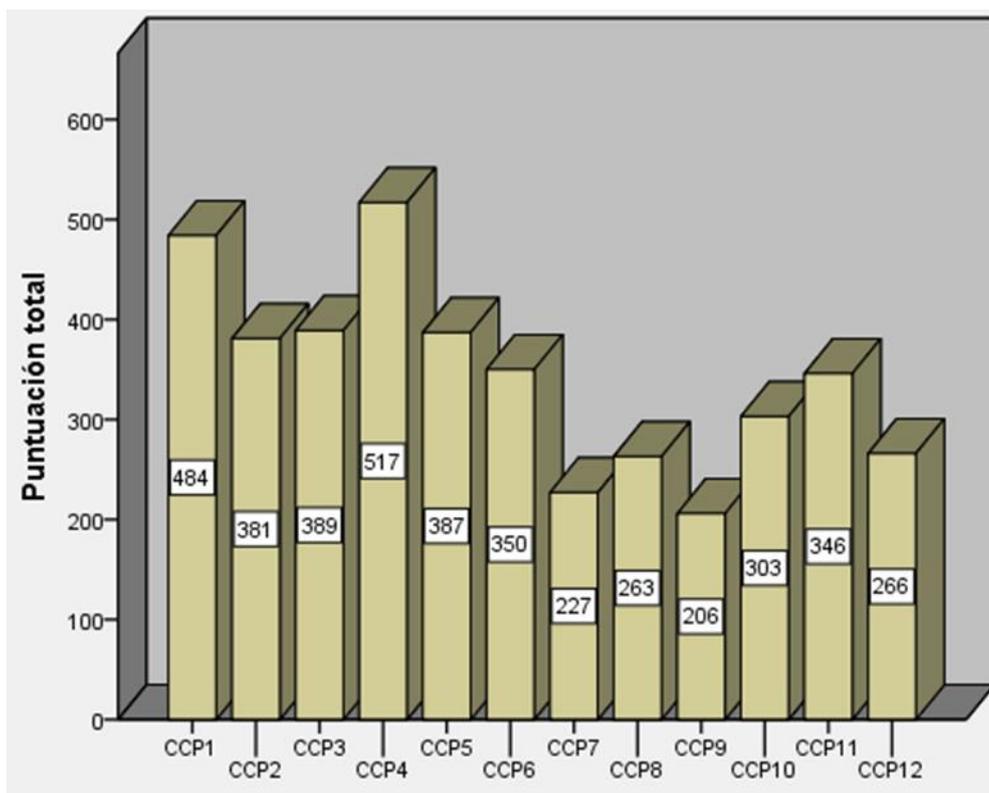


Figura 22: Puntuación de los problemas psicosomáticos en la muestra.

#### 4.6. Variables del Maslach Burnout Inventory (MBI) o Inventario de Burnout de Maslach.

Se ha utilizado el cuestionario MBI creado y diseñado por Maslach y Jackson. Se ha utilizado la versión clásica de 22 ítems dirigidos a los profesionales de salud, contrastando los resultados según los baremos y puntuaciones de las tres esferas de la tabla 1 ya presentada en el apartado Material y Métodos(página 12).

Hemos analizado la consistencia interna del cuestionario MBI mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach (tabla 5) que nos aporta un valor alfa de 0.751 garantizando de manera global la fiabilidad del cuestionario. Analizando la consistencia de cada dimensión los resultados son satisfactorios con valores alfa > 0.8 en cada dimensión.

Dimensión	Val. Mín.	Val. Máx.	Media ( $\pm$ DE)	$\alpha$ Cronbach
AE	3	51	21.18 ( $\pm$ 10.14)	<b>0.898</b>
D	0	25	10.75 ( $\pm$ 5.712)	<b>0.804</b>
RP	3	43	27.55 ( $\pm$ 7.524)	<b>0.837</b>
<b>MBI total</b>				<b>0.751</b>

Tabla 5: Fiabilidad del MBI y sus dimensiones en la muestra del estudio

##### 4.6.1. Prevalencia del síndrome de Burnout (SB).

El principal objetivo de esta investigación se centra en este punto en donde se estima la prevalencia del SB en los profesionales de medicina de urgencias hospitalarias en sus tres dimensiones del MBI.

Al realizar el análisis de las tres dimensiones del MBI nos encontramos que las dimensiones no siguen una distribución normal (Kolmogrov-Smimov).

Los resultados de los valores medios de las tres dimensiones del MBI (tabla 5): AE 21.18 ( $\pm 10.14$ ), D 10.75 ( $\pm 5.712$ ) y RP 27.55 ( $\pm 7.524$ ). La media más elevada ha sido la obtenida en la dimensión de realización personal, seguida de la dimensión agotamiento emocional y finalmente de la dimensión despersonalización. Los resultados de los estadísticos descriptivos obtenidos han sido parecidos a otros estudios revisados.

En las siguientes figuras hemos organizado los valores de cada dimensión según los valores de corte propuestos en la tabla 1 correspondiéndolos con el nivel de burnout con el que se asocia cada puntuación (bajo, medio y alto).

En la dimensión agotamiento emocional (AE) puntuaciones iguales o mayores a 25 indican un nivel alto de burnout, entre 16 y 24 un nivel intermedio; y por debajo de 16 nivel bajo.

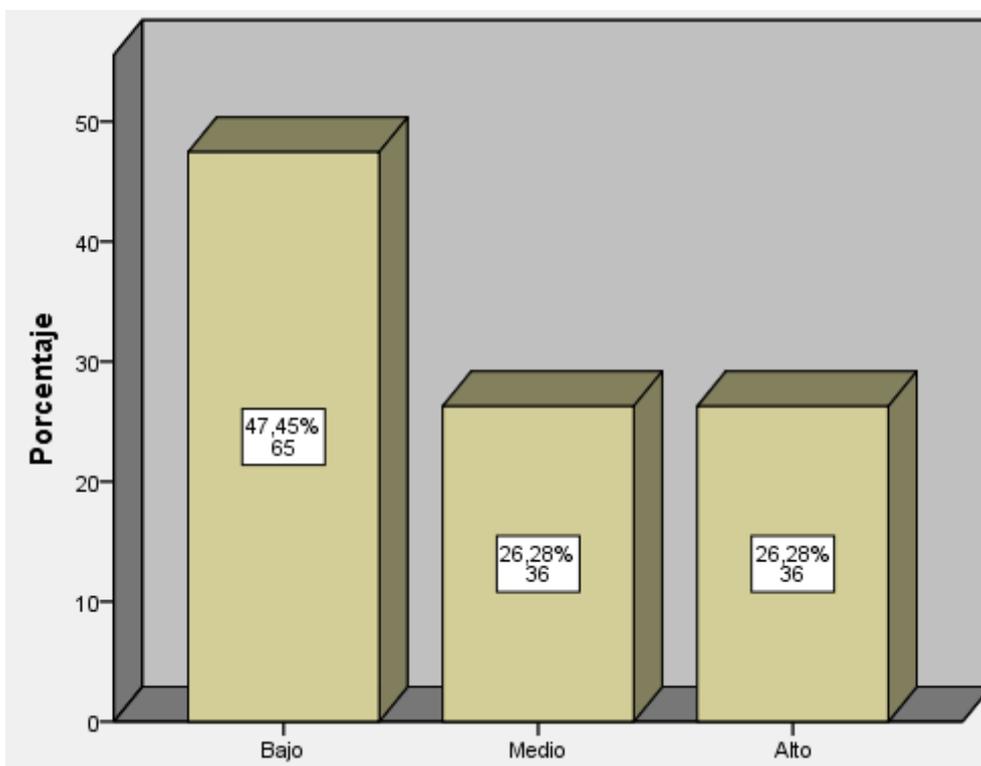


Figura 23: Niveles de AE en la muestra de estudio

En la dimensión despersonalización (D) puntuaciones iguales o mayores a 10 indican un nivel de burnout alto; entre 4 y 9 intermedio; e igual o menor de 3 bajo.

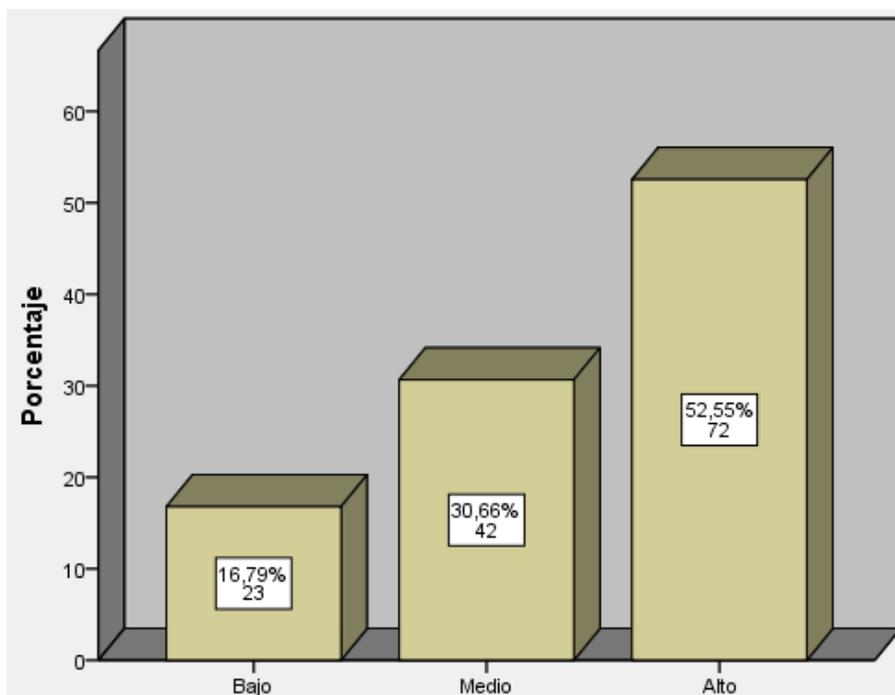


Figura 24: Niveles de D en la muestras de estudio

En la dimensión de realización personal (RP) puntuaciones inferiores a 34 se relacionan con niveles altos de burnout; entre 34 y 39 intermedio; e igual o superior a 40 un nivel bajo de burnout y alto de realización personal.

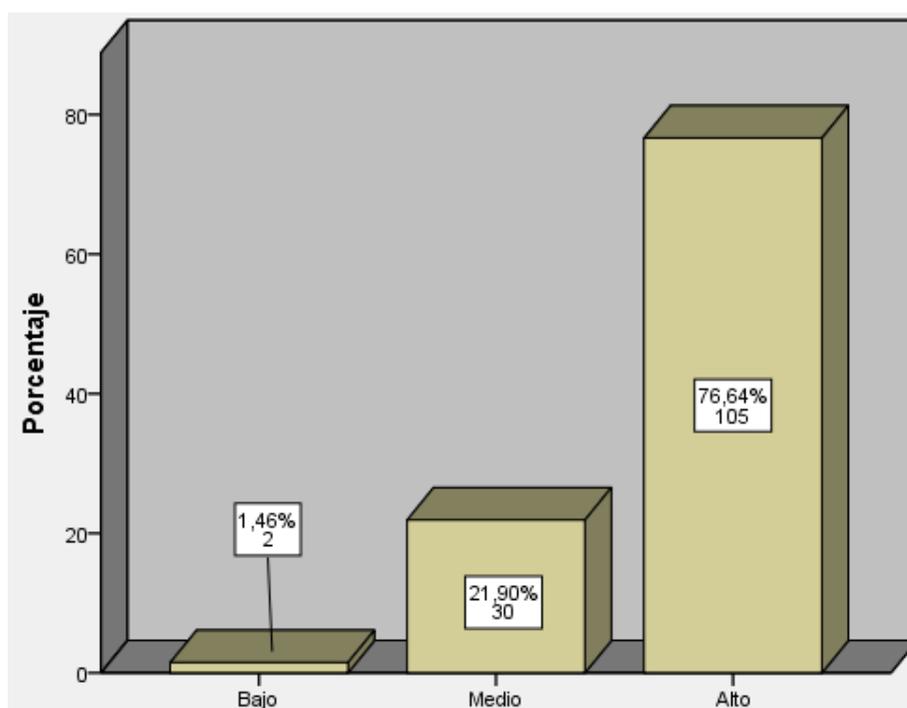


Figura 25: Niveles de RP en la muestra de estudio

Analizando las tres dimensiones del MBI (figuras 23-25):

- En la dimensión AE el 47.45% (65 participantes) presentan un nivel bajo de burnout. Mientras que el 26.28% (36 participantes) y el 26.28%(36 participantes) presentan niveles medios y altos respectivamente.
- En la dimensión D sólo el 16.79% (23 participantes) presentan niveles bajos de burnout. Mientras que el 30.6%(42 participantes) y el 52.55% (72 participantes) presentan niveles medios y altos de burnout respectivamente.
- En la dimensión RP únicamente el 1.46% (2 participantes) presentan niveles altos de realización personal, es decir, un nivel bajo de burnout. El 21.90% (30 participantes) presentan un nivel medio de realización personal y de burnout. Mientras que el 76.64%(105 participantes) presentan niveles bajos de realización personal que se relaciona con un nivel alto de burnout.

Considerando la definición clásica de síndrome de burnout creada por los autores del cuestionario MBI como niveles altos de agotamiento emocional y despersonalización y bajos de realización personal podemos asegurar que el 18.2% de los profesionales médicos que participan en el estudio presentan síndrome de burnout al presentar valores altos de agotamiento emocional y bajos de realización personal (tabla 6). Es decir **la prevalencia de burnout en nuestra muestra es del 18.2%**.

Siguiendo la clasificación propuesta en el estudio de Frutos (2014) <sup>(10)</sup> podemos definir también a profesionales en situación de muy alto riesgo de padecer burnout como aquellos que presentan dos dimensiones alteradas y la tercera en un valor intermedio, encontrándose en dicha situación el 20.4%. También define los profesionales en situación de alto riesgo como aquellos que presentan dos dimensiones del MBI con valores altos de burnout y la tercera en valor bajo, en dicha situación encontraríamos al 11% de la muestra.

El resto de agrupaciones que propone Frutos en su tesis doctoral se recogen en la tabla 6. El nivel más bajo de burnout que alcanza nuestra muestras identifica que el 4.4% de los participantes presentan niveles bajos de AE y D y niveles intermedios de RP.

Consultados varios trabajos parece que este sistema de recogida de variables de las tres dimensiones del MBI es único diseñado por Frutos (2014) en su tesis doctoral. Es

una manera novedosa de clasificar las dimensiones del MBI y hablar, desde una visión global, del síndrome de burnout analizando todos los niveles y estratificando el riesgo.

Valores cualitativos de las dimensiones del MBI						(%)	Frecuencia
SINDROME DE BURNOUT	AE		D		RP		
	+	ALTO	■	ALTA	■	BAJA	■
	ALTO	■	ALTA	■	MEDIA	■	2.9% 4
	ALTO	■	MEDIA	■	BAJA	■	2.2% 3
	MEDIO	■	ALTA	■	BAJA	■	15.3% 21
	ALTO	■	ALTA	■	ALTA	■	- -
	ALTO	■	BAJA	■	BAJA	■	2.2% 3
	BAJO	■	ALTA	■	BAJA	■	8.8% 12
	ALTO	■	MEDIA	■	MEDIA	■	0.7% 1
	MEDIO	■	ALTA	■	MEDIA	■	- -
	MEDIO	■	MEDIA	■	BAJA	■	6.6% 9
	ALTO	■	MEDIA	■	ALTA	■	- -
	MEDIO	■	ALTA	■	ALTA	■	- -
	MEDIO	■	BAJA	■	BAJA	■	2.2% 3
	ALTO	■	BAJA	■	MEDIA	■	- -
	BAJO	■	MEDIA	■	BAJA	■	14.6% 20
	BAJO	■	ALTA	■	MEDIA	■	5.8% 8
	ALTO	■	BAJA	■	ALTA	■	- -
	BAJO	■	ALTA	■	ALTA	■	1.5% 2
	BAJO	■	BAJA	■	BAJA	■	6.6% 9
	MEDIO	■	MEDIA	■	MEDIA	■	0.7% 1
-	MEDIO	■	MEDIA	■	ALTA	■	- -
	MEDIO	■	BAJA	■	MEDIA	■	1.5% 2
	BAJO	■	MEDIA	■	MEDIA	■	5.8% 8
	MEDIO	■	BAJA	■	ALTA	■	- -
	BAJO	■	MEDIA	■	ALTA	■	- -
	BAJO	■	BAJA	■	MEDIA	■	4.4% 6
	BAJO	■	BAJA	■	ALTA	■	- -
						100%	137

Tabla 6: Frecuencias y porcentajes de los valores cualitativos de las tres dimensiones del MBI según propuesta de Frutos (2014)

4.6.1.1. Síndrome burnout y variables sociodemográficas, laborales, de satisfacción laboral, de estrés percibido y de salud.

Comenzamos ahora a relacionar el síndrome de burnout con las distintas variables como se indicaba en la segunda parte del objetivo principal del estudio.

- **Síndrome de burnout-Hospital de trabajo:** no hemos obtenido diferencias significativas entre el hospital de trabajo y las dimensiones MBI tras la realización de la prueba de Kruskal-Wallis (tabla 7).

DIMENSIONES MBI	Hospital de trabajo	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	Significación (p)
AE	HJ	6	66.33	8.368	7	0.301

	HCSO	8	78.25			
	HUSA	26	75.67			
	HUCA	27	69.39			
	HUC	29	64.67			
	HO	14	44.75			
	HVAB	15	81.67			
	HVN	12	71.75			
<b>D</b>	HJ	6	67.75	11.399	7	0.122
	HCSO	8	65.44			
	HUSA	26	83.58			
	HUCA	27	68.44			
	HUC	29	68.69			
	HO	14	40.07			
	HVAB	15	69.47			
	HVN	12	75.58			
<b>RP</b>	HJ	6	56.17	8.600	7	0.238
	HCSO	8	57.56			
	HUSA	26	67.56			
	HUCA	27	63.30			
	HUC	29	61.21			
	HO	14	87.71			
	HVAB	15	81.03			
	HVN	12	80.96			

**Tabla 7: Test de Kruskal-Wallis entre las tres dimensiones del MBI y los hospitales de trabajo de los participantes**

- **Síndrome de burnout – sexo:** la comparación de rangos intermedios (Mann-Whitney) de las tres dimensiones del MBI entre los profesionales ambos sexo no ofrecen diferencias estadísticamente significativas (tabla 8).

DIMENSIONES MBI	Sexo	n	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Z	Significación (p)
<b>AE</b>	MUJER	86	70.01	2106.500	-.385	0.700
	HOMBRE	51	67.30			
<b>D</b>	MUJER	86	68.49	2149.500	-.194	0.846
	HOMBRE	51	69.85			
<b>RP</b>	MUJER	86	68.74	2171.000	-.098	0.922
	HOMBRE	51	69.43			

**Tabla 8: Test de Mann-Whitney entre las tres dimensiones del MBI y participantes según sexo**

Las mujeres de nuestra muestra presentan una media de AE de 21.28 ( $\pm 10.008$ ), una media de D de 10.66 ( $\pm 5.650$ ) y una media de RP de 27.50 ( $\pm 7.796$ ). Los hombres de nuestra muestra presentan una media de AE de 21.02 ( $\pm 10.457$ ), una media de D de 10.90 ( $\pm 5.869$ ) y una media de RP de 27.65 ( $\pm 7.118$ ).

- **Síndrome de burnout-edad:** agrupamos la variable edad en 4 grupos de edad: 1º. 29-38 años. 2º. 39-48 años. 3º. 49-58 años 4º. 56-69 años. No hemos obtenido diferencias significativas entre los grupos de edad y las dimensiones MBI tras la realización de la prueba de Kruskal-Wallis (tabla 9).

DIMENSIONES MBI	Grupos edad	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	Significación (p)
AE	29-38 años	32	65.78	2.089	3	0.554
	39-48 años	52	69.42			
	49-58 años	41	74.48			
	56-69 años	12	57.04			
D	29-38 años	32	71.84	1.250	3	0.741
	39-48 años	52	70.34			
	49-58 años	41	68.46			
	56-69 años	12	57.46			
RP	29-38 años	32	74.64	2.564	3	0.464
	39-48 años	52	71.47			
	49-58 años	41	65.39			
	56-69 años	12	55.58			

**Tabla 9: Test de Kruskal-Wallis entre las tres dimensiones del MBI y los grupos de edad**

- **Síndrome de burnout-estado civil:** la comparación de rangos intermedios (Kruskal-Wallis) de las dimensiones del MBI y el estado civil no ofrecen diferencias significativas (tabla 10).

DIMENSIONES MBI	Chi-cuadrado	gl	Significación (p)
AE	.125	2	0.939
D	.131	2	0.937
RP	.283	2	0.868

**Tabla 10: Test de Kruskal-Wallis entre las tres dimensiones del MBI y el estado civil de los participantes**

- **Síndrome de burnout-número de hijos:** la comparación de rangos intermedios (Mann-Whitney) de las tres dimensiones del MBI entre los profesionales con hijos y sin hijos no ofrecen diferencias estadísticamente significativas (tabla 11).

DIMENSIONES MBI	Hijos	n	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Z	Significación (p)
AE	NO	51	68.54	2169.500	-.105	0.917
	SI	86	69.27			
D	NO	51	67.14	2098.000	-.424	0.672
	SI	86	70.10			
RP	NO	51	71.84	2048.000	-.646	0.518
	SI	86	67.31			

**Tabla 11: Test de Mann-Whitney entre las tres dimensiones del MBI y participantes con y sin hijos**

- **Síndrome de burnout-tiempo de ejercicio profesional (sin contar el periodo de formación):** agrupamos la variable en 7 grupos según los años de ejercicio profesional. La comparación de rangos intermedios (Kruskal-Wallis) de las dimensiones del MBI y el tiempo de ejercicio profesional agrupado no ofrecen diferencias significativas (tabla 12).

DIMENSIONES MBI	Ejercicio profesional	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	Significación (p)
AE	1-5 años	25	66.40	2.921	6	0.819
	6-10 años	17	68.41			
	11-15 años	25	75.96			
	16-20 años	28	67.75			
	21-25 años	13	79.15			
	26-30 años	20	65.03			
	Más de 30 años	9	56.06			
D	1-5 años	25	77.24	9.261	6	0.159
	6-10 años	17	64.53			
	11-15 años	25	82.78			
	16-20 años	28	60.63			
	21-25 años	13	78.19			
	26-30 años	20	54.73			
	Más de 30 años	9	60.78			
RP	1-5 años	25	74.76	3.763	6	0.709
	6-10 años	17	69.47			
	11-15 años	25	60.66			
	16-20 años	28	77.88			
	21-25 años	13	68.08			
	26-30 años	20	62.43			
	Más de 30 años	9	63.31			

**Tabla 12: Test de Kruskal-Wallis entre las tres dimensiones del MBI y el tiempo de ejercicio profesional de los participantes**

- **Síndrome de burnout-tiempo en el Servicio actual:** agrupamos la variable en 7 grupos según los años de ejercicio profesional. La comparación de rangos intermedios (Kruskal-Wallis) de las dimensiones del MBI y el tiempo en el servicio actual agrupado no ofrecen diferencias significativas (tabla 13).

DIMENSIONES MBI	Años en el Servicio	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	Significación (p)
AE	1-5 años	50	69.83	3.222	6	0.784
	6-10 años	29	68.00			
	11-15 años	15	80.87			
	16-20 años	14	65.54			
	21-25 años	11	74.55			
	26-30 años	13	59.15			
	Más de 30 años	5	54.00			
D	1-5 años	50	73.85	8.788	6	0.186
	6-10 años	29	61.71			
	11-15 años	15	81.00			
	16-20 años	14	61.25			

	21-25 años	11	86.27			
	26-30 años	13	51.88			
	Más de 30 años	5	55.00			
RP	1-5 años	50	70.25	4.572	6	0.600
	6-10 años	29	72.17			
	11-15 años	15	76.80			
	16-20 años	14	74.14			
	21-25 años	11	50.86			
	26-30 años	13	56.96			
	Más de 30 años	5	71.50			

**Tabla 13: Test de Kruskal-Wallis entre las tres dimensiones del MBI y el tiempo de ejercicio profesional en el Servicio de Urgencias actual**

- **Síndrome de burnout-condición laboral:** para facilitar la medición hemos dividido la variable en “situación laboral estable” (se ha incluido plaza en propiedad) y “situación laboral eventual” (interinidad, eventual y otros). La comparación de rangos intermedios (Mann-Whitney) de las tres dimensiones del MBI entre los profesionales con hijos y la condición laboral de los participantes no ofrece diferencias estadísticamente significativas (tabla 14).

DIMENSIONES MBI	Condición laboral	n	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Z	Significación (p)
AE	ESTABLE	58	74.61	1965.500	-1.419	0.156
	EVENTUAL	79	64.88			
D	ESTABLE	58	67.45	2201.000	-.393	0.694
	EVENTUAL	79	70.14			
RP	ESTABLE	58	62.34	1904.500	-1.686	0.092
	EVENTUAL	79	73.89			

**Tabla 14: Test de Mann-Whitney entre las tres dimensiones del MBI y la condición laboral de los participantes**

- **Síndrome de burnout-actividad de formación continuada/actualización en el último año:** la comparación de rangos intermedios (Mann-Whitney) de las tres dimensiones del MBI entre los profesionales que han realizado actividades formativas en el último año y los que no, no ofrece diferencias estadísticamente significativas (tabla 15).

DIMENSIONES MBI	Condición laboral	n	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Z	Significación (p)
AE	NO	24	74.27	1229.500	-.717	0.473
	SI	113	67.88			
D	NO	24	75.90	1190.500	-.939	0.348
	SI	113	67.54			
RP	NO	24	57.52	1080.500	-1.562	0.118
	SI	113	71.44			

**Tabla 15: Test de Mann-Whitney entre las tres dimensiones del MBI y la realización de actividades formativas/actualización en el último año**

4.6.1.2. Síndrome burnout y variables de satisfacción laboral.

- **Síndrome de burnout-vocación de medicina de urgencias hospitalaria:** la comparación de rangos intermedios (Mann-Whitney) de las tres dimensiones del MBI entre la percepción de vocación de médicos de urgencias hospitalaria por parte de los participantes del estudio, no ofrece diferencias estadísticamente significativas (tabla 16). Únicamente en la dimensión RP obtenemos un p valor cercano a la significación estadística ( $p=0.053$ ).

DIMENSIONES MBI	Vocación	n	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Z	Significación (p)
AE	NO	18	69.67	1059.000	-0.77	0.939
	SI	119	68.90			
D	NO	18	58.31	878.500	-1.229	0.219
	SI	119	70.62			
RP	NO	18	52.14	767.500	-1.936	0.053*
	SI	119	71.55			

**Tabla 16: Test de Mann-Whitney entre las tres dimensiones del MBI y la vocación de médicos de urgencia hospitalaria de los profesionales de la muestra**

- **Síndrome de burnout-nivel de satisfacción con el trabajo realizado:** a comparación de rangos intermedios (Kruskal-Wallis) de las dimensiones del MBI y la satisfacción con el trabajo realizado por los participantes, ofrece diferencias significativas en la dimensión AE y RP. (tabla 21).

DIMENSIONES MBI	Satisfacción trabajo	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	Significación (p)
AE	Nada	1	134.00	20.373	3	<0.01
	Poco	13	104.12			
	Bastante	107	68.17			
	Totalmente	16	41.94			
D	Nada	1	90.00	6.959	3	0.073
	Poco	13	80.12			
	Bastante	107	70.90			
	Totalmente	16	45.97			
RP	Nada	1	8.00	24.950	3	<0.01
	Poco	13	28.46			
	Bastante	107	70.07			
	Totalmente	16	98.59			

**Tabla 17: Test de Kruskal-Wallis entre las tres dimensiones del MBI y la satisfacción con el trabajo realizado por los profesionales**

- **Síndrome de burnout-grado de satisfacción por parte de la dirección del Centro:** la comparación de rangos intermedios (Kruskal-Wallis) de las dimensiones del MBI y la satisfacción con el apoyo brindado por parte de la dirección del Centro, ofrece diferencias significativas en la dimensión D y RP (tabla 18).

DIMENSIONES MBI	Satisfacción dirección Centro	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	Significación (p)
AE	Nada	31	84.63	6.959	3	0.073
	Poco	75	66.50			
	Bastante	26	58.81			
	Totalmente	5	62.60			
D	Nada	31	85.53	10.459	3	0.015
	Poco	75	67.91			
	Bastante	26	58.52			
	Totalmente	5	37.40			
RP	Nada	31	50.06	13.254	3	0.004
	Poco	75	70.87			
	Bastante	26	79.10			
	Totalmente	5	105.90			

**Tabla 18: Test de Kruskal-Wallis entre las tres dimensiones del MBI y la satisfacción con el apoyo brindado por parte de la dirección del Centro**

- **Síndrome de burnout-grado de satisfacción por parte de la dirección del Servicio de Urgencias:** la comparación de rangos intermedios (Kruskal-Wallis) de las dimensiones del MBI y la satisfacción con el apoyo brindado por parte de la dirección del Servicio de Urgencias, ofrece diferencias significativas en la dimensión RP (tabla 19). Muy cerca de la significación estadística se queda la dimensión AE con un  $p=0.054$ .

DIMENSIONES MBI	Satisfacción dirección Urgencias	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	Significación (p)
AE	Nada	9	98.17	7.642	3	0.054*
	Poco	37	73.89			
	Bastante	61	66.80			
	Totalmente	30	58.70			
D	Nada	9	96.17	5.732	3	0.125
	Poco	37	71.57			
	Bastante	61	67.40			
	Totalmente	30	60.93			
RP	Nada	9	59.06	10.147	3	0.017
	Poco	37	58.70			
	Bastante	61	67.31			
	Totalmente	30	88.12			

**Tabla 19: Test de Kruskal-Wallis entre las tres dimensiones del MBI y la satisfacción con el apoyo brindado por parte de la dirección del Servicio de Urgencias**

- **Síndrome de burnout-grado de satisfacción con la colaboración entre compañeros:** la comparación de rangos intermedios (Kruskal-Wallis) de las dimensiones del MBI y la satisfacción con la colaboración entre compañeros de

trabajo, ofrece diferencias significativas en la dimensión AE (tabla 20). Muy cerca de la significación estadística se queda la dimensión RP con un  $p=0.055$ .

DIMENSIONES MBI	Satisfacción compañeros	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	Significación (p)
AE	Nada	4	98.75	7.844	3	0.049
	Poco	30	82.25			
	Bastante	80	65.61			
	Totalmente	23	58.35			
D	Nada	4	74.13	1.042	3	0.791
	Poco	30	74.67			
	Bastante	80	67.93			
	Totalmente	23	64.46			
RP	Nada	4	55.25	7.617	3	0.055*
	Poco	30	55.82			
	Bastante	80	70.02			
	Totalmente	23	85.04			

**Tabla 20: Test de Kruskal-Wallis entre las tres dimensiones del MBI y la satisfacción de la colaboración entre compañeros de trabajo**

- **Síndrome de burnout-valoración global de la experiencia profesional:** la comparación de rangos intermedios (Kruskal-Wallis) de las dimensiones del MBI y la satisfacción con la valoración global de la experiencia profesional de los participantes, ofrece diferencias significativas en la dimensión AE y RP. (tabla 21). Muy cerca de la significación estadística se queda la dimensión D con un  $p=0.051$ .

DIMENSIONES MBI	Satisfacción experiencia profesional	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	Significación (p)
AE	Nada	2	130.75	9.223	3	0.026
	Poco	25	82.00			
	Bastante	102	65.69			
	Totalmente	8	55.13			
D	Nada	2	109.25	7.785	3	0.051*
	Poco	25	81.18			
	Bastante	102	67.17			
	Totalmente	8	44.19			
RP	Nada	2	18.50	16.744	3	0.001
	Poco	25	47.04			
	Bastante	102	72.96			
	Totalmente	8	99.75			

**Tabla 21: Test de Kruskal-Wallis entre las tres dimensiones del MBI y la satisfacción de la valoración global de la experiencia profesional de los participantes**

#### 4.6.1.3. Síndrome burnout y variables de estrés percibido y de salud.

- **Síndrome burnout-definición del estado de salud:** la comparación de rangos intermedios (Kruskal-Wallis) de las dimensiones del MBI y la percepción

del estado de salud ofrecen diferencias significativas en la dimensión AE y RP. (tabla 22).

DIMENSIONES MBI	Estado salud	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	Significación (p)
AE	Muy bueno	29	47.48	17.631	4	0.001
	Bueno	89	70.92			
	Regular	16	87.50			
	Malo	2	115.25			
	Muy malo	1	134			
D	Muy bueno	29	68.31	2.506	4	0.644
	Bueno	89	68.77			
	Regular	16	65.19			
	Malo	2	109.25			
	Muy malo	1	90.00			
RP	Muy bueno	29	87.47	11.877	4	0.018
	Bueno	89	65.22			
	Regular	16	65.69			
	Malo	2	26.50			
	Muy malo	1	8.00			

**Tabla 22: Test de Kruskal-Wallis entre las tres dimensiones del MBI y el tiempo de ejercicio profesional en el Servicio de Urgencias actual**

- **Síndrome de burnout- baja laboral el último año:** la comparación de rangos intermedios (Mann-Whitney) de las tres dimensiones del MBI entre los profesionales que han estado de baja en el último año y los que no, no ofrece diferencias estadísticamente significativas (tabla 23).

DIMENSIONES MBI	Baja laboral	n	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Z	Significación (p)
AE	NO	117	69.23	1143.500	-.162	0.872
	SI	20	67.68			
D	NO	117	70.18	1032.500	-.840	0.401
	SI	20	62.13			
RP	NO	117	69.26	1139.500	-.186	0.852
	SI	20	67.48			

**Tabla 23: Test de Mann-Whitney entre las tres dimensiones del MBI y los profesionales que han estado/no han estado de baja en el último año**

- **Síndrome burnout- percepción de estrés que le origina el trabajo:** realizada la prueba de Kruskal-Wallis para establecerlos rangos promedios y valorar la existencia o no de diferencias en las tres dimensiones del MBI en base a la percepción de estrés originado por el trabajo diario, obtenemos diferencias significativas en las tres dimensiones del MBI AE, D y RP (tabla 24).

DIMENSIONES MBI	Trabajo- estrés	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	Significación (p)
AE	Nada	4	57.50	46.925	3	<0.01
	Poco	33	33.86			

D	Moderado	89	76.34	14.861	3	0.002
	Mucho	11	119.23			
	Nada	4	45.50			
	Poco	33	50.71			
	Moderado	89	73.44			
RP	Mucho	11	96.50	8.957	3	0.030
	Nada	4	64.25			
	Poco	33	86.14			
	Moderado	89	64.81			
	Mucho	11	53.23			

**Tabla 24: Test de Kruskal-Wallis entre las tres dimensiones del MBI y nivel de estrés percibido originado por el trabajo diario**

- **Síndrome de burnout-percepción de influencia del estrés laboral en la salud:** realizada la prueba de Kruskal-Wallis para establecer los rangos promedios y valorar la existencia o no de diferencias en las tres dimensiones del MBI en base a la influencia del estrés laboral sobre el estado de salud, obtenemos diferencias significativas en las dimensiones de AE y D (tabla 25).

DIMENSIONES MBI	Estrés laboral-salud	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	Significación (p)
AE	Ninguna/Nada	10	25.55	38.506	3	<0.01
	Poca	47	50.90			
	Bastante	61	80.37			
	Mucha	19	100.13			
D	Ninguna/Nada	10	40.65	13.408	3	0.040
	Poca	47	59.65			
	Bastante	61	75.01			
	Mucha	19	87.76			
RP	Ninguna/Nada	10	92.50	7.361	6	0.061
	Poca	47	75.50			
	Bastante	61	63.51			
	Mucha	19	58.18			

**Tabla 25: Test de Kruskal-Wallis entre las tres dimensiones del MBI y percepción de influencia del estrés en la salud de los participantes**

## 5. Discusión.

La tasa de respuesta obtenida por los profesionales que componen la muestra del estudio que es del 70.25% la consideramos como muy aceptable y consideramos que puede ser válida para aplicar a la población de los médicos de urgencias hospitalarias a nivel autonómico general. Estudios similares obtienen una tasa de respuesta media en torno al 60%. Analizando por centros la participación de los 8 hospitales ha sido muy variada desde una mejorable participación del 46.15% en el HJ hasta un 88.88% en el HCSO, comentaremos estos en el apartado de limitaciones.

En cuanto al análisis descriptivo de la muestra principalmente compuesta por mujeres (62.8%) nos encontramos que la media de ejercicio profesional (sin contar años de formación previa) es de 15.93 años y que el tiempo en el Servicio actual es de 11.62 años de media. Es llamativa que en el tiempo en el Servicio actual cuando lo dividimos por grupos el 36.5% de la muestra se encuentra en el grupo 1-5 años de antigüedad, cuando en tiempo de ejercicio profesional en dicho grupo nos encontramos el 18.2% lo que puede hablar de una alta rotación de profesionales en los distintos servicios de urgencias hasta la obtención de un puesto estable. Este aspecto está recogido en otros estudios como el de Frutos (2014) pero no se han realizado análisis más a fondo que lo pueda vincular con el estrés y burnout.

En el apartado de condición laboral es llamativo que para la media de años de ejercicio profesional y de tiempo en el Servicio actual comentados, el 57.7% de los participantes presenten una situación laboral eventual siendo el 35.8% interinos.

La satisfacción general de los participantes con el trabajo que realiza y su valoración de la experiencia profesional es muy buena. La satisfacción de los participantes con el apoyo por parte de la dirección es negativa en un 77.37% mientras que es positiva por parte de la dirección del Servicio de Urgencias en un 66.43%.

En el último año, se ha producido en la muestra, un absentismo laboral por enfermedad del 14.6%. No disponemos de datos previos respecto a la misma categoría profesional. En estudios de similares características sobre profesionales de urgencias de enfermería los datos de absentismo se encuentran en rangos del 25%-28%. Sí que cabe destacar que el 20% de las bajas son en relación a problemas de ansiedad/depresión o estrés que han generado, un total de 273 días perdidos (27.63% total de los días perdidos por absentismo laboral).

El 97.1% de los participantes reconoce que su actividad diaria le origina estrés y el 92.7% tienen la percepción de que el estrés laboral les influye en su salud.

En relación al MBI la consistencia interna del cuestionario es aceptable a nivel total y en las tres dimensiones. Los resultados del alfa de Cronbach en las tres dimensiones han sido parecidos a otros estudios exceptuando en la dimensión D donde el valor alfa ha sido más elevado ( $\alpha=0.804$ ) que en los estudios revisados. Diversos autores concluyen que esta dimensión plantea problemas psicométricos a la hora del análisis.

Los valores medios de AE son de 21.18, D de 10.75 y RP 27.55. Estos valores se sitúan en valores de situación de muy alto riesgo de burnout (dimensión D y RP alteradas y AE en valores medios de burnout). El 26.28% de los participantes presenta niveles altos de agotamiento emocional, el 52.55% de los participantes presenta niveles altos de despersonalización y el 76.64% presentan niveles bajos de realización personal. Es llamativa la baja realización personal que presenta la muestra de estudio.

La prevalencia de burnout según la definición de valores altos de AE y D y bajos de RP en la muestra es del 18.2%. Siguiendo la novedosa escala propuesta por Frutos (2014) se ha estratificado el riesgo de síndrome de burnout obteniendo que el 20.4% de los participantes se encuentran en situación de muy alto riesgo de padecer burnout; y que un 11% de los participantes se encuentran en situación de alto riesgo. Según el resto de estratificación el 7.3% de los participantes se encuentra en riesgo medio-alto, el 31.4% en riesgo medio y el 11.7% restante en riesgo bajo. No se ha encontrado en la muestra participantes estratificados sin riesgo, es decir, niveles bajos de AE y D y nivel alto de RP. La prevalencia de síndrome de burnout en los profesionales médicos de Asturias es muy elevada. Los profesionales en riesgo de padecerlo son muy elevados también. Se confirma la vulnerabilidad del colectivo del estudio para padecer dicho síndrome que afecta de manera negativa al profesional, a la institución donde desarrolla su actividad laboral y a los pacientes. Dados los resultados el propio Ministerio de Sanidad y las diferentes gerencias de las áreas sanitarias deberían de desarrollar, a corto plazo, mecanismos para disminuir su incidencia y su alta prevalencia.

No existen diferencias significativas entre las variables sexo-burnout. En muchos estudios se confirma lo mismo. Todo ello puede contribuir a un sesgo por la feminización de la medicina en donde cada vez es más frecuente que el porcentaje de mujeres sea superior al de hombres. Algunos autores relacionan el hecho de que ser

mujer puede suponer un factor protector ante el síndrome de burnout y, en concreto, en la dimensión D. En el resto de variables sociodemográficas tampoco se ha obtenido significación estadística ni consideramos nada a reseñar sobre ellas.

Comparando las variables vocación de medicina de urgencias-burnout no se obtuvo significación estadística pero se obtuvo una  $p=0.053$  en la dimensión RP que merece la pena destacar. Quizá habría que pensar que el hecho de considerar que realizas un trabajo vocacional esté relacionado con la alta o baja realización personal de los participantes.

Se obtuvieron significación estadística en las dimensiones AE y RP en las variables burnout-satisfacción con el trabajo realizado; en las dimensiones D y RP en las variables burnout-satisfacción con la dirección del Centro; en la dimensión RP de las variables burnout-satisfacción con la dirección del Servicio de Urgencias; en la dimensión AE de las variables burnout-satisfacción con la colaboración entre compañeros; y en la dimensión AE y RP entre las variables burnout-valoración global de la experiencia profesional. Estos resultados de las variables de satisfacción solo refirman la importancia de la satisfacción laboral y el ambiente de trabajo para la modificación de los niveles de burnout. El nivel de burnout en alguna de las dimensiones se comporta de manera diferente según la percepción de satisfacción del profesional. Encontramos una relación directa entre la percepción de estrés del profesional y las dimensiones de MBI, a mayor estrés percibido mayores niveles de AE y D (mayor rango promedio en la prueba de Kruskal-Wallis) y más baja RP (menor rango promedio). Al igual que el grupo de variables anterior la percepción de estrés y los datos de salud percibidos del paciente se relacionan con alguna de las dimensiones del MBI.

En el apartado de estrés percibido y de salud se obtuvo significación estadística en las dimensiones AE y RP de las variables burnout-definición del estado de salud; en las tres dimensiones del MBI AE, D y RP entre las variables burnout-percepción de estrés que le origina el trabajo; y en las dimensiones AE y D entre las variables burnout-percepción de influencia del estrés laboral en la salud.

La cronificación del estrés en el ámbito asistencial hospitalario va dando lugar a una progresiva alteración de la salud y pérdida del bienestar de los profesionales con aparición de síntomas y problemas que afectan a la integridad de la persona. En este estudio se ha usado el CPP para el análisis de la existencia de síntomas/problemas

psicosomáticos. A cada problema que planea el cuestionario se le da un valor del 1 al 6. El cuestionario está formado por 12 ítems. La puntuación va desde 12 a 72 puntos, y puntuaciones elevadas indican una mayor respuesta psicosomática de los profesionales, que se corresponde con mayores niveles de estrés. La media obtenida del cuestionario es de 30.07 puntos situándose por debajo de valores medios (36).

Los problemas psicosomáticos que más influyen en la muestra por su puntuación total fueron: “sensación de cansancio extremo o agotamiento” (CPP4); “dificultad de conciliar el sueño o mantenerse dormido por la noche” (CPP1); “indigestiones o molestias gastrointestinales” (CPP3); “tendencia a comer, beber o fumar más de lo habitual” (CPP5); “jaquecas y dolores de cabeza” (CPP2); y “disminución del interés sexual” (CPP6).

Con el análisis realizado quedan analizados el objetivo principal de este estudio así como los cuatro objetivos específicos planteados.

### **5.1 Limitaciones.**

Una de las limitaciones que hemos tenido en el estudio ha sido la eliminación de la pregunta número 9 que consistía en “Describe brevemente cómo es tu turno de trabajo”. Era la única pregunta abierta donde el profesional debería de rellenar con los turnos de trabajo que realiza. Tras el pilotaje se había modificado el texto para ayudar a mejorar la autocumplimentación. Uno de los factores asociados y estudiado del burnout es la turnicidad. Nos encontramos con la dificultad de que una amplia mayoría de participantes no contestaron a la pregunta y que, los que contestaron, por el complejo sistema de turnos de cada hospital y, a su vez, de cada profesional dentro del hospital, fue imposible categorizar en una variable. Cada hospital presenta su propio y complejo sistema de turnos totalmente diferente entre los 8 hospitales. Por ello decidimos no analizar esa pregunta y se obtiene así una potencial pérdida de información relevante.

Otra limitación consistió en la entrega de cuestionarios a los profesionales. Se habló con los 8 jefes/coordinadores del área de Urgencias de los hospitales y ellos se encargaron de la distribución. Debido a la turnicidad es probable que algún profesional no haya recibido el cuestionario para rellenar, ni tan siquiera tenga el conocimiento de la realización es este estudio.

El hecho de que el encargado de recoger los cuestionarios en cada Centro fuera el jefe/coordinador del área de Urgencias puede suponer un sesgo a la hora de contestar al cuestionario por sospecha de que, pese a facilitar los sobres para cerrar el sobre de la encuesta anónima, el jefe pudiera tener acceso a las respuestas. Recordamos que varias preguntas contemplaban la satisfacción del profesional respecto a la dirección del Centro y del Servicio de Urgencias. Más aún el hecho del que el jefe repartiera los cuestionarios pudo haber hecho sentir la obligación de rellenarlos por parte de los profesionales aún rellenándolos con poco interés.

El tiempo para rellenar los cuestionarios fue de aproximadamente 20-30 días por lo que pudo haber sido poco tiempo para los distintos profesionales.

La entrega de los cuestionarios se llevó a cabo en enero 2017 tras la finalización a principios de mes de la peor epidemia de gripe en el Principado de Asturias en los últimos 8 años según Sanidad. Hubo colapsos de hospitales durante horas y gran repercusión mediática. Los niveles de burnout pueden estar falseados pues el cuestionario se pasó a los pocos días, es un importante dato a tener en cuenta.

Por otro lado está considerar que la población de médicos de urgencias hospitalarias en cada hospital asturiano es muy pequeña y que, para obtener una muestra representativa de cada centro prácticamente tendrían que haber contestado todos los profesionales. La tasa de participación global fue de 70.23% pero en ningún hospital se obtuvo una tasa individual de representatividad luego no se han podido realizar análisis de los niveles de burnout en cada centro pues no seríamos capaces de generalizar después en la totalidad de la población de cada hospital. Aun así la participación en cada hospital ha sido aceptable salvo en el Hospital de Jarrío donde ha sido muy baja siendo menor del 45%. Desconocemos el motivo por el que la participación ha sido más baja respecto al resto.

Por último destacar las limitaciones propias derivadas del interés del participante. El personal médico sanitario no suele tener mucha participación para la realización de cuestionarios y el interés suele ser bajo al darle más importancia a la parte clínica de la medicina dejando de lado la parte de investigación. Por ello asumimos que los cuestionarios reflejan la realidad de la opinión del participante (no ha habido que descartar ningún cuestionario por mal cumplimiento).

## 6. Conclusiones.

El Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) tiene una buena consistencia interna con los coeficientes de alfa de Cronbach.

La prevalencia de síndrome burnout de la muestras es de 18.2% con unos valores medios de AE, D y RP de 21.18, 10.75 y 27.55 respectivamente. Estos valores corresponden con un nivel de burnout alto. El 26.28% de los participantes presenta niveles altos de agotamiento emocional, el 52.55% de los participantes presenta niveles altos de despersonalización y el 76.64% presentan niveles bajos de realización personal.

El análisis de los resultados nos ha permitido estratificar el riesgo de sufrir burnout según la escala que propone Frutos (2014) en: muy alto riesgo (20.4% de la muestra), alto riesgo (11%), medio-alto riesgo (7.3%), riesgo medio-alto (31.4%) y bajo riesgo (11.7%).

Los problemas psicossomáticos relacionados con el estrés laboral más prevalentes en la muestra son: sensación de cansancio extremo o agotamiento, dificultad de conciliar el sueño o mantenerse dormido por la noche, indigestiones o molestias gastrointestinales, tendencia a comer, beber o fumar más de lo habitual; jaquecas y dolores de cabeza; y disminución del interés sexual.

Existe un absentismo laboral del 14.6% con una media de 49.40 días perdidos por baja. El 20% de las bajas se originan en relación a problemas de depresión/ansiedad o estrés.

Existe una percepción subjetiva de que la actividad profesional del día a día de los participantes les origina estrés y de que el estrés laboral influye en la salud de los mismos.

La percepción de satisfacción laboral, de estrés percibido y de salud del profesional, influye en las dimensiones del MBI modificando los niveles de burnout.

## 7. Referencias bibliográficas.

1. Zaldúa G, Lodiue M. El síndrome de Burnout: El desgaste profesional de los trabajadores de la salud y la salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales. Editorial Dunken Bs. As 2000.
2. Thomaé MNV, Ayala EA, Sphan MS, Stortti MA. Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina. 2006;153:18-21.
3. Maslach C. Burned-out. Human Behavior 1976; 9 (5): 16-22.
4. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experiences burnout. Journal of Occupational Behaviour 1981; 2: 99-113.
5. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory Manual. (2º edic). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1986.
6. Gil-Monte, PR. (2006). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Factores antecedentes y consecuentes. En Gil-Monte PR, Salanova M, Aragón JL, Schaufeli W (Compiladores), Jornada "El Síndrome de quemarse por el trabajo en Servicios Sociales" Valencia: Diputación de Valencia; 2006
7. Marrau MC. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout), en el marco contextualizador del estrés laboral. Fundamentos en Humanidades, Universidad Nacional de San Luis-Argentina. 2009; Número I: 167-77.
8. Álvarez Gallego E, Fernández Ríos L. El síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (I): Revisión de estudios. Revista de la asociación española de neuropsiquiatría 1991; Vol. 11.39:257-265.
9. Herrero Parada, H. Revisión bibliográfica del Síndrome de Burnout en personal sanitario de emergencias en España. [trabajo de fin de máster en Internet] Oviedo: Universidad de Oviedo; 2015. 18p. Disponible en: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/34482/6/Herrero.pdf>

10. Frutos Martin, M. Relación entre los modelos de gestión de recursos humanos y los niveles de estrés laboral y burnout en los profesionales de enfermería de atención especializada. [tesis doctoral] Universidad de León; 2014.499p.
11. De la Cruz de Paz, E. Estrés laboral y síndrome de burnout en los profesionales de enfermería de atención hospitalaria. [trabajo de fin de grado en enfermería] Universidad de Valladolid; 2014. 41p.
12. Cáceres Bermejo, GC. Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario militar. [tesis doctoral] Universidad Complutense de Madrid; 2006. 233p.
13. Vega Martínez, MC. Sentido de coherencia y síndrome de burnout en el personal sanitario de urgencias. [trabajo fin de máster]. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2013. 53p.
14. Hock RR. Professional burnout among public school teachers. *Pub Person Manage.* 1988; 17:167-89.
15. Gil-Monte PR, Peiró JM. Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *Rev. Psicol Trabajo Organiz.*2000; 16:135-49.
16. Párraga JM. Eficacia del programa i.r.i.s. para reducir el síndrome de burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios [tesis doctoral].Cáceres: Universidad de Extremadura; 2005.
17. George D, Mallery P. *SPSS/PC + Step by: A Simple Guide and Reference.*Belmont: Wadsworth Publishing Company; 1995.
18. Maslach C, Jackson SE. Burnout in health professions: a social psychological analysis. In: Sanders GS, Suis J (eds.). *Social Psychology of Health and Illness.* London: Erlbaum; 1982, pp. 227-52.

## 8. Anexos.

### Anexo 1: Cuestionario entregado.



Universidad de Oviedo

TRABAJO FIN DE MASTER ANÁLISIS Y GESTIÓN DE EMERGENCIA Y DESASTRE. CURSO 2016/2017  
Síndrome Burnout en los profesionales de medicina de Urgencias de atención hospitalaria de Asturias

Oviedo, enero 2017

Estimada/o compañera/o:

En la actualidad como **Trabajo de Fin de Máster** he planteado un trabajo de investigación con el objetivo de analizar la situación actual del problema del estrés laboral y síndrome de Burnout entre los profesionales de medicina de Urgencias, para lo que **es fundamental poder contar con tu colaboración contestando el cuestionario adjunto**, con el que se trata de conocer tu opinión y respuesta a una serie de aspectos relacionados con este tema de análisis. **Es muy importante para garantizar la validez de tus respuestas que se contesten todas las preguntas del cuestionario**, a fin de poder llegar a unas conclusiones más sólidas y válidas, que favorezcan la identificación de posibles estrategias y propuestas de mejora que resuelvan los aspectos de clima organizacional relacionados con este problema y favorezcan mayores niveles de satisfacción y motivación en dicha actividad.

Este cuestionario es **ANONIMO** y **CONFIDENCIAL** por lo que se ruega tu máxima sinceridad en las respuestas. La duración estimada para contestarlo es de 10 – 15 min.

Tu colaboración respondiendo al cuestionario es fundamental para el desarrollo de esta investigación por lo que te animo a aportar tu inestimable ayuda para, intentar conseguir una práctica profesional que garantice la satisfacción y la elevada calidad de servicio que se demanda y la “excelencia” a la que se debe aspirar.

Aprovecho esta oportunidad para desearte todo lo mejor a nivel personal y profesional, agradeciéndote de antemano tu colaboración.

Recibe un cordial saludo.

**NOTA:** Cuando hayas contestado al cuestionario y con el fin de garantizar el anonimato y confidencialidad, introdúcelo en el sobre adjunto sin ningún tipo de identificación y ciérralo. Entrega el sobre a la persona responsable.



**CUESTIONARIO PARA MÉDICOS DE URGENCIAS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA**

**Objetivo:** Analizar el nivel de satisfacción profesional y el nivel de estrés laboral/burnout y sus repercusiones en el desarrollo de la actividad profesional, identificando estresores relevantes y factores psicosociales relacionados con la organización del trabajo.

**NOTA:** Este cuestionario es totalmente **voluntario y anónimo**. Dada la importancia que pueden tener los resultados a las distintas preguntas, **te ruego contestes a todas las preguntas del cuestionario, siendo sincero/a y expresando tu posición personal ante las distintas cuestiones**.  
Agradezco de antemano tu colaboración, y me comprometo a daros a conocer, si son de vuestro interés, las conclusiones que se deriven de los datos recogidos.

1. Hospital de trabajo:

**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y LABORALES**

2. Sexo:  Mujer  Hombre

3. Edad:  años

4. Estado civil:  Soltera/o  Casado/a o con pareja estable  Separado/a-Divorciado/a  
 Viuda/o

5. Número de hijos:  hijos

6. Tiempo de ejercicio profesional (sin contar el periodo de formación):  años  meses

7. Tiempo en el Servicio actual:  años  meses

8. Condición laboral:  Plaza en propiedad  Interinidad  Eventual  Otra

9. Describe brevemente cómo es tu turno de trabajo indicando si haces o no guardias: (p.e: sólo mañanas, mañanas y tardes, jornadas de 12 horas, jornadas de 8 horas, etc...):

10. ¿Desea cambiar de turno de trabajo?  No  Si

11. ¿Se le ofrece desde el Centro/Servicio la posibilidad de realizar actividades formativas para la actualización de conocimientos, destrezas y competencias de su práctica profesional?  
 No  Si

12. ¿Ha realizado alguna actividad de formación continuada/actualización durante el último año?  
 No  Si

13. ¿Considera que su trabajo como médico de Urgencias en atención hospitalaria es vocacional?  
 No  Si



14. ¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?  
 Nada     Poco     Bastante     Totalmente
15. ¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de la dirección del Centro?  
 Nada     Poco     Bastante     Totalmente
16. ¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de la dirección del Servicio de Urgencias?  
 Nada     Poco     Bastante     Totalmente
17. ¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?  
 Nada     Poco     Bastante     Totalmente
18. ¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?  
 Nada     Poco     Bastante     Totalmente

**DATOS DE SALUD Y ESTRÉS PERCIBIDO**

19. ¿Cómo defines tu estado de salud?  
 Muy bueno     Bueno     Regular     Malo     Muy malo
20. Número de bajas laborales durante el último año (excluyendo las bajas por maternidad/embarazo):  
 Ninguna  
 1            N° días de baja  Causa:   
 2 o más      N° días de baja  Causas:
21. ¿El desarrollo de su trabajo diario le origina estrés?  
 Nada     Poco     Moderado     Mucho
22. ¿Qué influencia considera que tiene el estrés laboral en su estado de salud?  
 Ninguna/Nada     Poca     Bastante     Mucha
23. Examine la lista siguiente y **marque con un aspa (X) la frecuencia** con la que le ha ocurrido cada una de estas molestias durante el último año (escala: 1= Nunca; 2= Casi nunca; 3= Pocas veces; 4= Algunas veces; 5= Con relativa frecuencia; y 6= Con mucha frecuencia):

1	Dificultad de mantener el sueño o mantenerse dormido por la noche	1	2	3	4	5	6
2	Jaquecas y dolores de cabeza	1	2	3	4	5	6
3	Indigestiones o molestias gastrointestinales	1	2	3	4	5	6
4	Sensación de cansancio extremo o agotamiento	1	2	3	4	5	6
5	Tendencia a comer, beber o fumar más de lo habitual ( <b>subraye la situación que se modifica de las descritas</b> )	1	2	3	4	5	6
6	Disminución de interés sexual	1	2	3	4	5	6
7	Respiración entrecortada o sensación de ahogo	1	2	3	4	5	6
8	Disminución del apetito	1	2	3	4	5	6
9	Temblores musculares (p.e Tics nerviosos, etc.)	1	2	3	4	5	6
10	Pinchazos o sensaciones dolorosas en distintas partes del cuerpo	1	2	3	4	5	6
11	Tentaciones fuertes de no levantarse por la mañana	1	2	3	4	5	6
12	Tendencia a sudar o palpitaciones	1	2	3	4	5	6



**Medición de Burnout: Maslach Burnout Inventory**

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

Se asegura la total **confidencialidad de los datos**, y en ningún caso será accesible a otras personas. Su objetivo es contribuir al conocimiento de las condiciones de nuestro trabajo a fin de analizar y realizar propuestas de mejora que aumenten la satisfacción.

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

Frecuencia						
0 Nunca	1 Casi nunca = Pocas veces al año o menos	2 Algunas veces = Una vez al mes o menos	3 Bastantes veces = Unas pocas veces al mes	4 Muchas veces = Una vez a la semana	5 Casi siempre = Pocas veces a la semana	6 Siempre = Todos los días

Marcar con un **aspa (X)** la casilla correspondiente según la numeración de la tabla anterior:

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	0	1	2	3	4	5	6
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	0	1	2	3	4	5	6
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	0	1	2	3	4	5	6
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	0	1	2	3	4	5	6
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	0	1	2	3	4	5	6
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	0	1	2	3	4	5	6
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	0	1	2	3	4	5	6
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
13	Me siento frustrado en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	0	1	2	3	4	5	6
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	0	1	2	3	4	5	6
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	0	1	2	3	4	5	6
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	0	1	2	3	4	5	6
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6

## Anexo 2: Autorización del Comité de Ética del Principado de Asturias.



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS IV

Comité de Ética de la Investigación del  
Principado de Asturias  
C/ Celestino Villamil s/n  
33006.-Oviedo  
Tfno: 985.10.79.27/985.10.80.28  
e-mail: [ceicr\\_asturias@hca.es](mailto:ceicr_asturias@hca.es)

Área Sanitaria

Oviedo, 27 de Enero de 2017

El Comité de Ética de la Proyecto nº 27/17, titulado "SINDROME BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE MEDICINA DE URGENCIAS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA DE ASTURIAS. Investigador Principal. D. Carlos González Mallda. Trabajo Fin de Master.

Investigación del Principado de Asturias, ha revisado el Proyecto de Investigación nº

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado proyecto reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y en consecuencia emite su autorización.

Le recuerdo que deberá guardarse la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este proyecto.

Fdo: Eduardo Arnáez Moral  
Secretario del Comité de Ética de la Investigación  
del Principado de Asturias

