



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTADE DE CIENCIAS DA SAÚDE

MESTRADO EN ASISTENCIA E INVESTIGACIÓN SANITARIA

ESPECIALIDADE: REEDUCACIÓN FUNCIONAL, AUTONOMÍA PERSOAL E CALIDADE DE VIDA

Curso académico 2011-2012

TRABALLO DE FIN DE MESTRADO

Síndrome de burnout en profesionales sanitarios: prevalencia y determinantes situacionales y cognitivos.

David Rodríguez Veiga

04/Xuño/2012

TUTOR DEL TRABAJO FIN DE MÁSTER

Salvador Pita Fernández

ÍNDICE

Título del proyecto de investigación y resumen.....	8
1. Antecedentes y estado actual del tema	10
1.1. Definición	10
1.2. Signos y síntomas	12
1.3. Diagnóstico y evaluación.....	13
1.4. Fases en el desarrollo del síndrome de burnout	14
1.5. Repercusiones laborales y sociales	15
1.6. Prevención y tratamiento.....	15
1.7. Estrategias de afrontamiento.....	16
1.8. Mecanismos de desactivación del control moral	16
2. Justificación del estudio	17
3. Bibliografía más relevante	18
4. Objetivos.....	19
4.1. Objetivo general	19
4.2. Objetivos específicos	19
5. Hipótesis.....	20
6. Metodología.....	21
6.1. Ámbito de estudio.....	21
6.2. Período de estudio	21
6.3. Tipo de estudio.....	21
6.4. Estrategia de búsqueda bibliográfica	21
6.5. Criterios de inclusión	22
6.6. Criterios de exclusión	22
6.7. Mediciones.....	22
6.7.1. Características sociodemográficas y profesionales	23

6.7.2.	Prevalencia del síndrome de burnout	24
6.7.3.	Estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes.....	28
6.7.4.	Mecanismos de desactivación del control moral.....	28
6.8.	Mecanismo de selección de la muestra	29
6.9.	Justificación del tamaño muestral	29
6.10.	Análisis estadístico.....	31
6.10.1.	Concordancia del MBI y el CESQT	32
6.10.2.	Validez y seguridad del CESQT	32
6.11.	Limitaciones del estudio	34
6.11.1.	Sesgos de selección.....	34
6.11.2.	Sesgos de información	34
6.11.3.	Sesgos de confusión	34
7.	Plan de trabajo.....	35
7.1.	Descripción del Plan de trabajo	36
8.	Aspectos ético-legales.....	38
9.	Plan de difusión de resultados.....	39
10.	Financiación de la investigación	40
10.1.	Recursos necesarios.....	40
10.2.	Posibles fuentes de financiación	41
	Bibliografía	42
	Anexos	47
	Anexo I. Estrategia de búsqueda bibliográfica	47
	Anexo II. Hoja de información al participante	53
	Anexo III. Cuaderno de recogida de datos	59

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I. Síntomas del síndrome de burnout según Maslach y Jackson	10
Tabla II. Perfil de individuos según la variable culpa (Gil-Monte)	11
Tabla III. Principales signos y síntomas del síndrome de burnout.....	12
Tabla IV. Diagnóstico y evaluación del SQT	13
Tabla V. Fases en el desarrollo del síndrome de burnout	14
Tabla VI. Niveles de formación en la prevención del SQT.....	15
Tabla VII. Bases de datos utilizadas	21
Tabla VIII . Características a estudiar en la muestra del estudio.....	23
Tabla IX. Composición de las escalas del MBI.....	24
Tabla X. Valores de Maslach y Jackson.....	25
Tabla XI . Valores de Gil-Monte y Peiró	25
Tabla XII. Valores de Schaufeli y Van Dierendonck	25
Tabla XIII. Puntos de corte según el Manual del CESQT.....	27
Tabla XIV. Tamaño muestral 1.....	30
Tabla XV. Tamaño muestral 2	30
Tabla XVI. Prevalencia de <i>burnout</i> según cuestionario utilizado	32
Tabla XVII. Validez y seguridad del CESQT	33
Tabla XVIII. Cronograma	35
Tabla XIX. Plan de trabajo por etapas.....	36
Tabla XX. Aspectos ético-legales.....	38

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

CE: Cansancio emocional.	NINR: National Institute of Nursing Research
CESQT: Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.	OR: Odds Ratio
CEIC: Comité Ético de Investigaciones Clínicas.	PD: Puntuaciones directas
CHUAC: Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.	RP: Realización personal
DP: Despersonalización	S: Sensibilidad
DUE: Diplomado Universitario en Enfermería	SECA: Sociedad Española de Calidad Asistencial.
E: Especificidad	SERGAS: Servizo Galego de Saúde
EEUU: Estados Unidos	SQT: Síndrome de Quemarse por el Trabajo (burnout)
FP II: Formación profesional de grado superior	TCAE: Técnico Superior en Cuidados Auxiliares de Enfermería.
IC: Intervalo de confianza	UDC: Universidade da Coruña
MBI: Maslach Burnout Inventory	UNIPSICO: Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional de Valencia
MIR: Médico Interno Residente	VPP: Valor Predictivo Positivo
NIH: National Institutes of Health	VPN: Valor Predictivo Negativo
NIMH: National Institute of Mental Health	

TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y RESUMEN

Título

Síndrome de burnout en profesionales sanitarios: prevalencia y determinantes situacionales y cognitivos.

Resumen

Introducción: El síndrome de *burnout* tiene consecuencias devastadoras para los profesionales sanitarios y sus pacientes. Entre los profesionales sanitarios se han hallado altos índices de desgaste profesional.

Objetivo: determinar la prevalencia del síndrome de burnout y sus determinantes situacionales y cognitivos en los profesionales sanitarios del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Metodología: estudio observacional de prevalencia. El estudio se llevará a cabo desde julio del 2012 a julio del 2013. La muestra estará formada por un total de 773 participantes: 181 médicos, 63 MIR, 311 profesionales de enfermería y 218 auxiliares de enfermería. Para determinar la prevalencia del síndrome de *burnout* se utilizarán los cuestionarios *Maslach Burnout Inventory (MBI)* y el *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)*.

Palabras clave: síndrome de burnout, prevalencia, Maslach Burnout Inventory, estrategias de afrontamiento, hospital, España.

Abstract

Introduction: Professional burnout has devastating consequences in patients and health care professionals. High rates of professional burnout syndrome have been found among health service professionals.

Objective: to determinate the professional burnout prevalence and his risk factors among University Hospital Complex of A Coruña (Spain) health professionals.

Methods: prevalence study. This study will be carried out from July 2012 to July 2013. The sample will be formed by 773 entrants: 181 physicians, 63 internship and residency personnel, 529 nursing personnel. To determinate the burnout professional prevalence it will be used the Maslach Burnout Inventory (MBI) and the Spanish Burnout Inventory.

Key words: professional burnout, prevalence, Maslach Burnout Inventory, coping skills, hospital, Spain.

1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

1.1. Definición

El *síndrome de burnout*, también conocido como *síndrome de quemarse por el trabajo (SQT)*, ha generado numerosas investigaciones en las últimas décadas ¹⁻⁵.

Se produce como respuesta al estrés laboral crónico y ocasiona disfunciones conductuales, psicológicas y fisiológicas debido a la utilización de estrategias de afrontamiento inadecuadas que van a tener repercusiones negativas para las personas y para la organización.

El *síndrome de Burnout* fue descrito por primera vez por el psiquiatra Herbert Freudenberger en 1974 ⁶.

La definición de la psicóloga Christine Maslach a partir de 1976 ⁷⁻⁹ ha sido la más aceptada considerando que el *SQT* se configura como un síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional (CE), una reducida realización personal (RP) y despersonalización (DP). Estos términos se describen brevemente en la *tabla I*.

Tabla I. Síntomas del síndrome de burnout según Maslach y Jackson

CE	Es la manifestación primaria del síndrome. Consiste en el agotamiento físico y emocional producido por la actividad laboral.
RP	Implica sentimientos de incompetencia y fracaso en el ejercicio de la profesión: incapacidad, baja autoestima, inefectividad...
DP	Actitudes y sentimientos negativos hacia las personas destinatarias del trabajo: respuestas de forma impersonal, fría y/o desconsiderada. Las demandas de los pacientes son más fáciles de gestionar cuando se les considera objetos impersonales del trabajo.

Debemos matizar que los síntomas que caracterizan al SQT no indican necesariamente la presencia del síndrome. Es fundamental tener presente el contexto en el que surge la patología y su proceso de desarrollo (deterioro cognitivo, afectivo y actitudinal) antes de considerar que un determinado síntoma es indicador del síndrome.

Además de los síntomas descritos anteriormente, para Gil-Monte los sentimientos de culpa son una variable clave en el modelo teórico para explicar la relación del SQT con algunas de sus consecuencias más importantes, como la depresión ³ (figura 1).

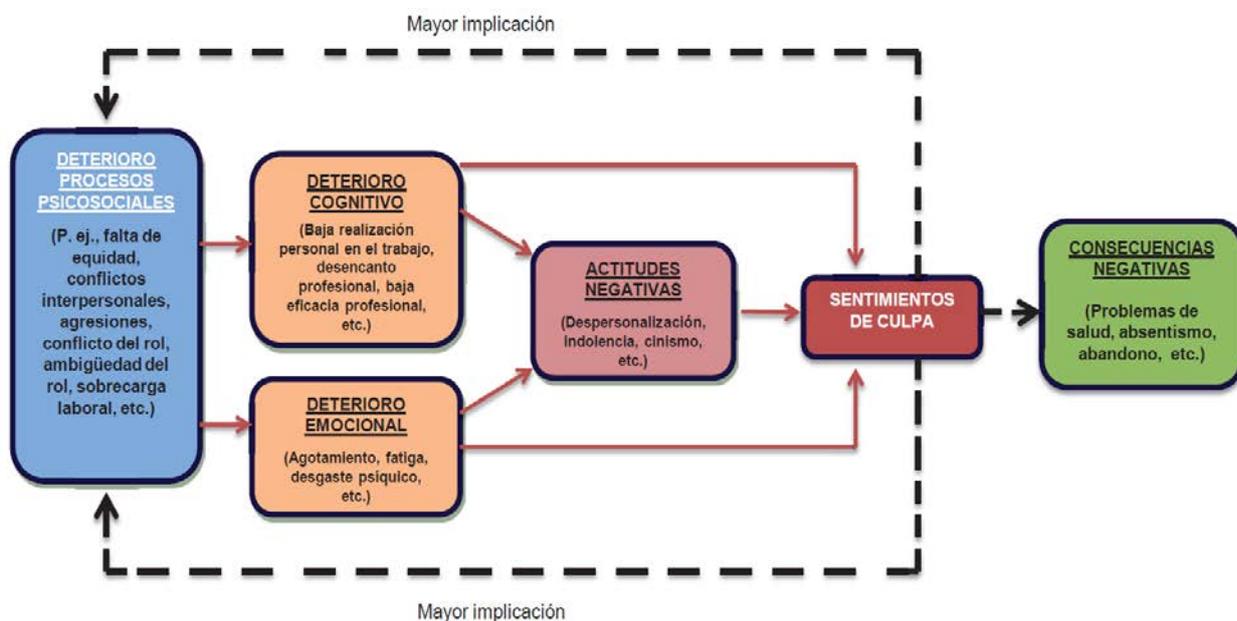


Figura 1. Función de los sentimientos de culpa en el proceso de desarrollo del SQT y sus consecuencias

Atendiendo a la variable *culpa*, se pueden diferenciar dos perfiles de individuos en cuanto al desarrollo del síndrome que se detallan de forma concisa en la *tabla II*.

Tabla II. Perfil de individuos según la variable culpa (Gil-Monte)

	Puntuación en el test de burnout	Sentimientos de culpa	Gravedad
Perfil 1	Alta	No	Grave
Perfil 2	Alta	Sí	Muy grave

1.2. Signos y síntomas

Con el objetivo de indicar los múltiples signos y síntomas que pueden aparecer en el desarrollo del SQT, hemos diseñado la *Tabla III* a partir del análisis de diferentes fuentes bibliográficas ²⁻⁵.

Tabla III. Principales signos y síntomas del síndrome de burnout

<u>Síntomas cognitivos</u>	<u>Síntomas afectivo-emocionales</u>	<u>Síntomas actitudinales</u>	<u>Otros síntomas</u>	<u>Signos</u>
Sentirse contrariado	Nerviosismo	Falta de ganas de seguir trabajando	Conductuales	Hipertensión arterial (HTA)
Sentir que no valoran tu trabajo	Irritabilidad y mal humor	Apatía	Aislamiento	Taquicardia
Percibirse incapaz para realizar las tareas	Disgusto y enfado	Irresponsabilidad	No colaborar	Úlceras u otros trastornos gastrointestinales
Pensar que no puedes abarcarlo todo	Frustración	Escaquearse	Contestar mal	Cardiopatía isquémica
Pensar que trabajas mal	Agresividad	Pasar de todo	Enfrentamientos	Trastornos del sueño
Falta de control	Desencanto	Estar harto	Físicos	Desórdenes menstruales
Verlo todo negativamente	Aburrimiento	Intolerancia	Cansancio o fatiga crónicos	
Todo se hace una montaña	Agobio	Impaciencia	Dolores de cabeza	
Sensación de no mejorar	Tristeza y depresión	Quejarse por todo	Dolores musculares	
Inseguridad	Desgaste emocional	Evaluar negativamente a compañeros		
Pensar que el trabajo no vale la pena	Angustia	Romper con el entorno laboral		
Pérdida de la autoestima	Sentimientos de culpa	Ver al paciente como un enemigo		
		Frialdad hacia los pacientes		
		No aguantar a los pacientes		
		Indiferencia		

1.3. Diagnóstico y evaluación

La realización de un diagnóstico adecuado requiere la valoración de los síntomas que presenta el trabajador, analizar su proceso de aparición, diferenciar el proceso de otros procesos similares, y evaluar la intensidad o frecuencia con que el individuo presenta los síntomas. También es necesario identificar cuáles son las fuentes de estrés que han originado la aparición de los síntomas.

Para alcanzar el diagnóstico se deberán utilizar procedimientos de evaluación cualitativos y cuantitativos ³ (Tabla IV).

Tabla IV. Diagnóstico y evaluación del SQT

Procedimientos cualitativos: realización de entrevistas al trabajador en las que se interrogará sobre los síntomas que percibe, sentimientos respecto al trabajo, relación con compañeros y usuarios, etc.

Procedimientos cuantitativos: aplicación de escalas psicométricas para determinar el grado de prevalencia de la patología y los antecedentes más relevantes que originan el desarrollo de la patología en ese momento en la organización.

Los instrumentos de evaluación que se utilizarán en este estudio son:

Maslach Burnout Inventory (MBI): en sus diferentes versiones ⁷⁻⁹, es con diferencia el instrumento que más se ha utilizado para la evaluación psicométrica y para el diagnóstico del SQT. En este estudio se empleará su adaptación al español por N.Seisdedos ¹⁰.

Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) ¹¹: instrumento elaborado en la *Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional de Valencia (UNIPSICO)* por Gil-Monte y colaboradores para tratar de mejorar las deficiencias psicométricas de las distintas adaptaciones al español. Este instrumento ha sido validado en diferentes países y en colectivos ocupacionales diferentes ¹²⁻¹⁵.

1.4. Fases en el desarrollo del síndrome de burnout

Para describir el *proceso del síndrome de burnout* se han identificado cuatro fases (*Tabla V*)¹⁶. Es importante señalar que es posible intervenir a nivel de cada una de estas fases para revertir la situación e impedir el desarrollo del síndrome de burnout.

Tabla V. Fases en el desarrollo del síndrome de burnout

FASES	DESCRIPCIÓN
1. Entusiasmo	Exceso de entusiasmo y creencia de que el puesto de trabajo satisfará todas las expectativas personales. Es fundamental establecer límites claros y realistas entre el trabajo y nuestra vida personal.
2. Estancamiento	Las expectativas personales no se cumplen y la persona no se siente recompensada ni valorada por su labor profesional, creciendo su desilusión y desaliento.
3. Frustración	Sentimientos negativos hacia el trabajo, que pasa a ser visto como un obstáculo para el logro de satisfacción y estatus personal. En esta fase pueden aparecer diferentes signos y síntomas característicos del síndrome de burnout (<i>Tabla III</i>).
4. Apatía	Mecanismo de defensa cuando la frustración se cronifica. El profesional sufre agotamiento físico y emocional y evita todo desafío o cambio, incluso trata de evitar a las personas que debe atender. Llegados a este punto, es primordial intervenir para evitar consecuencias drásticas (abandono del empleo, ansiedad, depresión, suicidio...)

1.5. Repercusiones laborales y sociales

Dadas las características de las organizaciones en las que se desarrolla el SQT (organizaciones de servicios sociales), sus consecuencias van a ir más allá de la propia organización y van a repercutir de manera directa sobre el conjunto de la sociedad ¹⁷. Algunas consecuencias negativas a destacar son: la disminución de la satisfacción laboral, el absentismo elevado, el abandono del puesto de trabajo, los conflictos interpersonales, los accidentes laborales, etc.

Todo ello conlleva un gran aumento de costes económicos y sociales, haciendo del síndrome de burnout un problema social y de salud pública ⁴.

1.6. Prevención y tratamiento

El entorno laboral y las condiciones de trabajo son los únicos factores que intervienen en la etiología del SQT. Por tanto, la prevención pasa necesariamente por modificar las condiciones de trabajo con la participación de los trabajadores. En especial, aquellas condiciones que afectan de manera negativa a los aspectos psicosociales del trabajo, como es su ordenación y la calidad de las relaciones interpersonales ³.

Los programas de formación dirigidos a la prevención del SQT deben considerar el entrenamiento a varios niveles ^{3,18} (*Tabla VI*).

Tabla VI. Niveles de formación en la prevención del SQT

Nivel organizacional: requiere entrenar a los trabajadores en acciones de desarrollo y cambio organizacional (mejorar las condiciones de trabajo, participación en la toma de decisiones, flexibilidad laboral, mejorar la supervisión, roles profesionales claros, etc.).

Nivel interpersonal: considera los grupos de trabajo y la interacción social (formación sobre apoyo social, habilidades sociales, autoeficacia, liderazgo, etc.).

Nivel individual: debe dar respuesta a las necesidades individuales sobre el afrontamiento del estrés (entrenamiento en estrategias de resolución de problemas o en estrategias de tipo cognitivo-conductual).

1.7. Estrategias de afrontamiento

Las estrategias o modos de afrontamiento son las distintas formas en que se utilizan los recursos disponibles para hacer frente a las demandas estresantes o en respuesta a estresores crónicos^{18,19}.

Los recursos de una persona están constituidos por variables de personalidad y variables ambientales que la capacitan para manejar los estresores de forma más efectiva, experimentar menos síntomas o recuperarse más rápidamente de esa exposición.

Según Carver, los modos de afrontamiento ante situaciones estresantes pueden ser: dirigidos al problema, dirigidos a la emoción y estrategias de afrontamiento potencialmente disfuncionales²⁰.

1.8. Mecanismos de desactivación del control moral

La teoría social cognitiva ha puesto de manifiesto que cuando una conducta es recriminable se necesita una justificación moral para realizarla. Por ello, los individuos realizan reestructuraciones cognitivas para conseguir conductas socialmente aceptables²¹.

Sin embargo, en determinadas situaciones se utilizan una serie de mecanismos mediante los que el control interno es selectivamente activado o desconectado, de manera que se justifica y se considera adecuada la utilización de conductas moralmente reprochables.

Estos mecanismos cognitivos son utilizados en ocasiones por los trabajadores, en especial por aquellos que trabajan hacia personas, para justificar la realización de determinadas conductas sin sentirse culpables por ello²¹⁻²³.

Bandura ha identificado los siguientes mecanismos: justificación moral, lenguaje eufemístico, comparación ventajosa, desplazamiento y difusión de la responsabilidad, distorsión de las consecuencias, atribución de culpa y deshumanización²³.

2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En España, la prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales sanitarios es del 14'9% ²⁴.

Este dato implica graves repercusiones en la dimensión biopsicosocial del individuo que padece el SQT, de las personas que lo rodean y por ende afecta negativamente al Sistema Sanitario.

Por dicho motivo, es fundamental que se elaboren estudios que, como paso previo a la prevención y/o intervención de las consecuencias del estrés laboral, traten de identificar los niveles de burnout existentes en los distintos contextos laborales y organizaciones de la salud. Asimismo, el estudio de las variables asociadas a dicho síndrome nos permitirá adquirir una mayor comprensión del mismo y poder intervenir de manera más eficaz sobre ellas.

No existe ningún estudio de estas características con profesionales sanitarios del Servizo Galego de Saúde (SERGAS) que incluya médicos, Médicos Internos Residentes (MIR), Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE) y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

Por todo lo expuesto anteriormente, consideramos que este estudio es pertinente a diferentes niveles:

- Nivel social
- Nivel profesional
- Nivel teórico.

3. BIBLIOGRAFÍA MÁS RELEVANTE

- Figueiredo-Ferraz H, Grau-Alberola E, Gil-Monte PR, García-Juegas JA. Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Psicothema*. 2012; 24 (2): 271-276.
- Gil-Monte PR. Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT). Manual. Madrid: TEA; 2011.
- Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. 1ª ed. Madrid: Pirámide; 2005.
- Grau Alberola E. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal [tesis]. Valencia: Universitat de Valencia; 2008. [citado 18 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/10197/grau.pdf?sequence=1>
- Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Rev Esp Salud Pública*, 2009; 83: 215-30.
- Maslach C, Jackson SE. MBI. Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial. Manual. Madrid: TEA; 1997.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

- Establecer la prevalencia del *síndrome de burnout* y sus determinantes en profesionales sanitarios del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC).

4.2. Objetivos específicos

- Comprobar la concordancia entre los cuestionarios de evaluación del síndrome de *burnout*: versión en español del *Maslach Burnout Inventory (MBI)* y el *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)*.
- Determinar la validez y seguridad del *CESQT* para predecir el síndrome de quemarse por el trabajo.
- Señalar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales sanitarios ante situaciones laborales estresantes.
- Indicar los mecanismos de desactivación del control moral que emplean los profesionales sanitarios.

5. HIPÓTESIS

En relación con el *objetivo general* del presente estudio se han formulado las siguientes hipótesis:

- **Hipótesis nula (H_0):** no existe asociación entre las variables sociodemográficas, profesionales e individuales estudiadas en los profesionales sanitarios y el síndrome de *burnout*.
- **Hipótesis alternativa (H_a):** las variables sociodemográficas, profesionales e individuales estudiadas se asocian al síndrome de *burnout*.

En relación con el primer *objetivo específico*, citado en el apartado anterior, se han formulado las siguientes hipótesis:

- **Hipótesis nula (H_0):** no existe concordancia entre los datos obtenidos con el *Maslach Burnout Inventory (MBI)* traducido al español y el *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)*.
- **Hipótesis alternativa (H_a):** existe concordancia entre los datos obtenidos con el *MBI* y el *CESQT*.

6. METODOLOGÍA

6.1. **Ámbito de estudio**

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC).

6.2. **Período de estudio**

Desde Julio del 2012 a Julio del 2013.

6.3. **Tipo de estudio**

Observacional de prevalencia.

6.4. **Estrategia de búsqueda bibliográfica**

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica exhaustiva en las bases de datos científicas reflejadas en la *Tabla VII*.

Con el objetivo de mostrar al lector la estrategia de búsqueda realizada de forma detallada, hemos incluido el *Anexo I*.

Tabla VII. Bases de datos utilizadas

Revisiones sistemáticas	Búsqueda de artículos científicos	Búsqueda de bibliografía científica en español
Cochrane Library Plus 	Medline a través de 	   
 THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE		

6.5. Criterios de inclusión

- Profesionales sanitarios del CHUAC con interés de participar en el estudio y que den su consentimiento informado.
- Estos profesionales serán:
 - Médicos.
 - Personal Médico Interno Residente (MIR).
 - Profesionales de enfermería (DUE, TCAE).

6.6. Criterios de exclusión

- Personal no sanitario.
- Profesionales sanitarios con menos de 5 años de experiencia laboral.

6.7. Mediciones

Las mediciones que se llevarán a cabo sobre la muestra de estudio se citan a continuación:

- Características sociodemográficas, profesionales e individuales.
- Prevalencia del síndrome de burnout:
 - Maslach Burnout Inventory (MBI) en su versión española.
 - *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)*.
- Estrategias de afrontamiento utilizadas ante situaciones estresantes.
- Mecanismos de desactivación del control moral.

6.7.1. Características sociodemográficas y profesionales

Para estudiar las diferentes variables que influyen en el síndrome de *burnout* se utilizará un cuestionario de elaboración propia (*Tabla VIII*), creado a partir del análisis de diferentes estudios científicos ^{1, 24-30}.

Tabla VIII . Características a estudiar en la muestra del estudio

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
Edad	Sexo	
Estado civil: soltero/a, casado/a, divorciado/a, viudo/a		
Número de hijos. ¿Conviven en su casa?	Convivencia en pareja: si/no	
Nivel de estudios: primarios, FP II/Selectividad, diplomatura, licenciatura, doctorado		
CARACTERÍSTICAS PROFESIONALES		
Profesión: Auxiliar de Enfermería, DUE/Grado en Enf., Medicina (Especialidad, MIR)		
Labor: asistencial, gestión o ambas.	Tipo de contrato: fijo, eventual.	
Horario laboral: mañanas, tardes, noches, festivos, turno partido, turno rotatorio, otros		
Años de profesión	Tiempo en el puesto actual	Realiza guardias: si/no.
Baja laboral en el último año: si/no (número de días).		
OTRAS CARACTERÍSTICAS		
Horas semanales dedicadas al ocio	Enfermedad crónica: si/no	Toma psicofármacos con asiduidad: si/no
El número de pacientes que atiende lo considera: insuficiente, adecuado, excesivo.		
En su vida laboral se siente valorado por: sus pacientes (si/no), los familiares de sus pacientes (si/no), sus compañeros (si/no), sus superiores (si/no).		
Valoración global de su experiencia profesional (de 1 "nada satisfactoria" a 10 "muy satisfactoria")		
Valoración de su grado de optimismo (de 1 "nada optimista" a 10 "muy optimista")		
Valoración de su situación económica (de 1 "nada satisfactoria" a 10 "muy satisfactoria")		

6.7.2. Prevalencia del síndrome de burnout

Para determinar la prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales sanitarios del CHUAC se utilizarán los cuestionarios: *Maslach Burnout Inventory (MBI)* adaptado al español y el *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)*.

Maslach Burnout Inventory (MBI) en versión española

Se utilizará la versión del *MBI* traducida al castellano por Seisdedos⁹.

El cuestionario consta de 22 ítems que se valoran con una escala tipo likert. El sujeto valora, mediante un rango de 6 adverbios que van de “nunca” a “diariamente”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems.

La factorización de los 22 ítems arroja en la mayoría de los trabajos 3 dimensiones que son denominadas: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal en el trabajo (RP).

La puntuación en las escalas del *MBI* es el resultado de sumar todos los puntos o grados de frecuencia anotados en los elementos correspondientes de cada una de ellas. Los elementos que comprende cada escala y sus puntuaciones directas (PD) máximas se especifican en la *Tabla IX*.

Tabla IX. Composición de las escalas del MBI

Escala	Elementos	PD máxima
CE	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	54
DP	5, 10, 11, 15, 22	30
RP	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	48

Se recomienda que se considere que los individuos con altas puntuaciones en sólo dos dimensiones (bajas en el caso de RP) de las tres que componen el MBI, pueden ser considerados como individuos que han desarrollado el SQT. En consecuencia, se tiende a concluir que los individuos con altas puntuaciones en CE y DP, según el criterio de percentiles, debe ser considerados que han desarrollado el síndrome, con mayor o menor intensidad dependiendo de las puntuaciones que presenten⁹.

Se hará un análisis de la prevalencia del síndrome de *burnout* considerando los percentiles propuestos por Maslach y Jackson⁷ (Tabla X), Gil-Monte y Peiró³¹ (Tabla XI) y por Schaufeli y Van Dierendonck³² (Tabla XII).

Tabla X. Valores de Maslach y Jackson

	CE	DP	RP
Alto	≥ 27	≥ 13	≤ 31
Medio	17-26	7-12	32-38
Bajo	≤ 16	≤ 6	≥ 39

Tabla XI . Valores de Gil-Monte y Peiró

	CE	DP	RP
Alto	≥ 25	≥ 9	≤ 35
Medio	16-24	4-8	36-39
Bajo	≤ 15	≤ 3	≥ 40

Tabla XII. Valores de Schaufeli y Van Dierendonck

	CE	DP	RP
Alto	≥ 34	≥ 12	≤ 25
Medio	26-33	6-11	26-28
Bajo	≤ 25	≤ 5	≥ 29

Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)

Este instrumento¹¹ está formado por 20 ítems que se valoran con una escala tipo Likert. Mediante esta escala el individuo indica, con un rango de 5 adverbios que van de “Nunca” (0) a “Todos los días” (4), con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los elementos de la escala.

El análisis factorial de los 20 ítems que forman el *CESQT* presenta una estructura de cuatro factores denominados: *ilusión por el trabajo* (6 ítems), *desgaste psíquico* (4 ítems), *indolencia* (6 ítems) y *culpa* (5 ítems).

Cuando se aborda la evaluación del SQT con esta escala hay que tener presente que mientras que en las subescalas *Desgaste psíquico* e *Indolencia* altas puntuaciones corresponden a altos niveles del síndrome, en la subescala de *Ilusión por el trabajo* bajas puntuaciones corresponden a altos niveles del SQT.

Desde el punto de vista diagnóstico, tanto el constructo de “quemarse por el trabajo” como cada una de sus dimensiones son consideradas como variables continuas. Se puede obtener una puntuación global del individuo en el cuestionario, pero, previamente a la obtención de dicha puntuación, la puntuación de la escala *Ilusión por el trabajo* debe ser invertida.

Las puntuaciones obtenidas en la escala de *Culpa* no deben incluirse para el cálculo de la puntuación total de un individuo ya que no todos los profesionales con altos niveles de *SQT* desarrollan culpa. La escala *Culpa* permite la realización de un diagnóstico diferencial.

Los puntos de corte sugeridos en el manual¹¹ para interpretar las puntuaciones en el CESQT basados en percentiles se muestran en la *Tabla XIII*.

Tabla XIII. Puntos de corte según el Manual del CESQT

Nivel	Percentiles
Crítico	>89
Alto	67-89
Medio	34-66
Bajo	11-33
Muy bajo	<11

Estos puntos de corte son orientativos y están basados únicamente en criterios estadísticos.

Se recomienda considerar que un individuo ha desarrollado el SQT si presenta, al menos, **puntuaciones iguales o superiores al percentil 90 en la puntuación Total SQT.**

Estas conclusiones deben ser tomadas con precaución y sería necesario realizar una entrevista clínica para confirmar el diagnóstico y descartar otros problemas que pueden influir en los síntomas evaluados, así como analizar la intensidad de las consecuencias del SQT en estos evaluados y el grado de incapacidad que presentan para el ejercicio de su actividad.

6.7.3. Estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes

Para determinar las estrategias de afrontamiento que emplean los profesionales sanitarios del CHUAC, se utilizará la escala *COPE-28*¹⁹ que es la versión española del *Brief COPE inventory* original de Carver²⁰. Está compuesta por 14 dimensiones cada una con 2 ítems, en una escala de tipo Likert que va de (0 “*nunca hago esto*” y 3 “*siempre hago esto*”), que refieren preguntas relativas a lo que hace o siente habitualmente el trabajador cuando experimenta sucesos estresantes durante el desempeño de su trabajo. Evalúa las siguientes formas de afrontamiento: cognitivo, conductual y emocional, y el tipo de afrontamiento utilizado: activo o pasivo. De los 14 modos de afrontamiento que consta la escala se han obtenido dos puntuaciones, la adaptativa o la desadaptativa. Los modos de afrontamiento que evalúa son: afrontamiento activo, planificación, apoyo instrumental, apoyo emocional, auto-distracción, desahogo, desconexión conductual, reinterpretación positiva, negación, aceptación, religión, uso de sustancias (alcohol, medicamentos), humor y auto-inculpación.

6.7.4. Mecanismos de desactivación del control moral

Para determinar los “Mecanismos de desactivación del control moral” se utilizará la escala de Bandura et al de 1996²³. Este instrumento consta de 32 preguntas con opción de respuesta tipo Likert (1 = *totalmente en desacuerdo*; 7 = *totalmente de acuerdo*) que miden el tipo de mecanismos de desconexión del control moral como: Justificación moral, comparación ventajosa, uso de lenguaje eufemístico, minimización, ignorancia o distorsión de las consecuencias, deshumanización, atribución de la culpabilidad, desplazamiento y difusión de la responsabilidad. La actual versión no es la original, y ha sido adaptada para incluir una serie de dilemas acerca de situaciones hipotéticas relacionadas con la actividad laboral de los participantes y estresores habituales entre los profesionales que describen algunos conflictos con los pacientes, sus familiares, otros trabajadores y la dirección del centro.

6.8. Mecanismo de selección de la muestra

Se llevará a cabo un muestreo aleatorio simple, estratificando la muestra según grupos de profesionales sanitarios (médicos, MIR, DUE y TCAE).

Una vez recibidos los permisos necesarios para la realización del estudio (CEIC y gerencia del CHUAC), se le enviará a la población diana la “Hoja de información al participante” (ver Anexo II).

Con esta finalidad, utilizaremos como medio de contacto el *Gabinete de comunicación* de dicho hospital y hará llegar dicha información a través del correo electrónico institucional del SERGAS.

Los profesionales que decidan participar lo notificarán y, una vez firmada su autorización, recibirán vía e-mail los cuestionarios del estudio para su cumplimentación y posterior reenvío.

6.9. Justificación del tamaño muestral

La población de estudio está formada por un total de 3.258 profesionales sanitarios³³, de los cuales:

- 764 (23'45 %) son médicos.
- 265 (8'13 %) corresponden al personal MIR.
- 1311 (40'24 %) son DUE.
- 918 (28'18 %) son TCAE.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

1. Fórmula del tamaño muestral en una población finita

En la *Tabla XIV* y *Tabla XV* se detalla el tamaño muestral que utilizaremos en función de los recursos humanos y económicos de los que dispongamos para la realización del estudio de investigación.

Si nos financian los recursos humanos utilizaríamos la segunda opción, es decir, contaríamos con la participación de 773 profesionales sanitarios.

Tabla XIV. Tamaño muestral 1

	POBLACIÓN	MUESTRA
	N (%)	n (%)
Médicos	764 (23'45 %)	72 (23'45 %)
M.I.R.	265 (8'13 %)	25 (8'13 %)
D.U.E.	1.311 (40'24 %)	124 (40'24 %)
T.C.A.E.	918 (28'18 %)	86 (28'18 %)
TOTAL	3.258	307

Muestra: Seguridad ($\alpha= 0,05$), precisión ($d= \pm 5$), probabilidad de que el evento ocurra ($p= 0'149$), complementario de p ($q= 0'851$), ajuste por pérdidas ($Ap = 40 \%$).

Tabla XV. Tamaño muestral 2

	POBLACIÓN	MUESTRA
	N (%)	n (%)
Médicos	764 (23'45 %)	181 (23'45 %)
M.I.R.	265 (8'13 %)	63 (8'13 %)
D.U.E.	1.311 (40'24 %)	311 (40'24 %)
T.C.A.E.	918 (28'18 %)	218 (28'18 %)
TOTAL	3.258	773

Muestra: Seguridad ($\alpha= 0,05$), precisión ($d= \pm 3$), probabilidad de que el evento ocurra ($p= 0'149$), complementario de p ($q= 0'851$), ajuste por pérdidas ($Ap = 40 \%$).

6.10. Análisis estadístico

Se realizará un estudio descriptivo de las variables incluidas en el estudio. Las variables cualitativas se expresarán como valor absoluto y porcentaje. Las variables cuantitativas como media y desviación típica.

Para la comparación de medias se utilizará la T de Student. Si la variable no siguiese una distribución normal utilizaríamos el test de Mann-Whitney. Para determinar si la variable sigue o no una distribución normal se utilizará el test de Kolgomorov Smirnov.

Para determinar si dos variables cualitativas se encuentran asociadas utilizaremos el Chi cuadrado. A su vez se estimará el riesgo de presencia del evento calculando el Odds Ratio (OR) y su 95% de intervalo de confianza (IC).

Para determinar las variables que tienen un efecto independiente, para predecir el evento de interés, se realizará un análisis de regresión logística múltiple que nos permitirá ajustar por todas las variables, que en el análisis univariado se encuentren asociados con el evento de interés, y a su vez controlaremos por el efecto confusor de las mismas.

En el modelo logístico no sólo se ajustará por variables estadísticamente significativas, si no por variables que no siendo estadísticamente significativas sean clínicamente relevantes.

6.10.1. Concordancia del MBI y el CESQT

La concordancia entre los cuestionarios de evaluación del síndrome de *burnout* se medirá mediante el estadístico *índice de kappa*, cuya fórmula siguiendo los datos de la *Tabla XVI* es la siguiente:

$$k = a + d / \text{total}$$

El rango de valores oscila de “0” a “1”: el valor igual a “1” indica concordancia total; según se aproxime al valor “0” la concordancia disminuye.

Tabla XVI. Prevalencia de *burnout* según cuestionario utilizado

Maslach Burnout Inventory (MBI)				
CESQT	Burnout	Si	No	Total
	Si	a	b	a + b
	No	c	d	c + d
	Total	a + c	b + d	a + b + c + d

6.10.2. Validez y seguridad del CESQT

La **validez** es el grado en que un test mide lo que se supone que debe medir. La sensibilidad y la especificidad de un test son medidas de su validez.

- Sensibilidad: es la capacidad del test para detectar a los individuos enfermos (síndrome de *burnout*). A partir de la *Tabla XVII*, se calcularía de la siguiente manera:

$$S = a / a+c$$

- Especificidad: es la capacidad del test para detectar a los individuos sanos. De acuerdo con la *Tabla XVII*, se estimaría así:

$$E = d / b+d$$

Tabla XVII. Validez y seguridad del CESQT

		Verdadero diagnóstico (burnout)		
		Si	No	Total
Resultado del CESQT	Si	a	b	a + b
	No	c	d	c + d
	Total	a + c	b + d	a + b + c + d

La **seguridad** es la probabilidad de que la persona, ante un resultado positivo o negativo en la prueba, esté realmente enferma o sana, respectivamente. Esta información se completa mediante los valores predictivos, cuyo cálculo siguiendo los datos de la *Tabla XVII* sería:

- Valor predictivo positivo: es la probabilidad de padecer la enfermedad si se obtiene un resultado positivo en el test.

$$VP^+ = a / a+b$$

- Valor predictivo negativo: es la probabilidad de que un sujeto con resultado negativo en la prueba esté realmente sano.

$$VP^- = d / c+d$$

6.11. Limitaciones del estudio

6.11.1. Sesgos de selección

Se derivan de los criterios de inclusión y exclusión utilizados para la ejecución del estudio. Se ha considerado incluir a los profesionales sanitarios que han participado en numerosos estudios relacionados con el *síndrome de burnout* tanto a nivel nacional como internacional.

Además, para minimizar estos sesgos, hemos tenido en cuenta la literatura existente en relación a dos aspectos relevantes: el poseer una experiencia laboral mínima de 5 años y el cálculo del tamaño muestral con un ajuste por pérdidas del 40%.

6.11.2. Sesgos de información

Se derivan de cómo se obtuvieron los datos. Para minimizar estos sesgos, utilizaremos cuestionarios validados para determinar los niveles de prevalencia del *síndrome de burnout*.

Además, para la comparación de nuestros resultados con otros estudios similares, se hará un análisis de la prevalencia del SQT considerando los percentiles propuestos por Maslach y Jackson ⁷, Gil-Monte y Peiró ³¹ y por Schaufeli y Van Dierendonck ³².

Asimismo, se tomarán medidas adicionales para que los participantes se sientan cómodos y seguros a la hora de responder como: carácter privado (cumplimentación a través del e-mail), confidencialidad y codificación de los datos personales.

6.11.3. Sesgos de confusión

Vienen derivados de la presencia de terceras variables que pueden influir en la aparición del *síndrome de burnout*.

Para tratar de minimizarlos se tendrán en cuenta las variables que según la literatura están relacionados con el síndrome de burnout.

Además, para controlar el posible efecto confusor de las distintas variables, se realizará un análisis multivariado de regresión logística.

7. PLAN DE TRABAJO

Tabla XVIII. Cronograma

	2012												2013						
	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	En	Feb	Mar	Ab	May	Jun	Jul	
Búsqueda bibliográfica	■																		
Análisis, interpretación y síntesis de la bibliografía		■	■																
Elaboración del diseño de investigación		■	■																
Envío de documentación y permisos (CEIC)				■	■														
INICIO DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN: Información, selección de la muestra y envío de los cuestionarios						■	■												
Recepción de la documentación, interpretación de los resultados y análisis estadístico							■	■	■	■	■								
Redacción final del documento de investigación.												■	■						
Publicación y difusión del estudio de investigación														■	■	■	■	■	■

Fase preparatoria ■ Fase de elaboración del estudio ■ Fase de difusión de los resultados ■
 ■ ■ ■

7.1. Descripción del Plan de trabajo

Como se puede observar en el cronograma, se ha dividido el proceso de elaboración del trabajo de investigación en tres etapas diferenciadas para una mejor comprensión del mismo (Tabla XIX).

Tabla XIX. Plan de trabajo por etapas

A. Fase preparatoria	Elaboración del diseño de investigación y solicitud de los permisos para iniciar el estudio.
B. Fase de elaboración del estudio	Fase de elaboración del estudio de investigación: comprende desde la selección de la muestra hasta la elaboración final del documento.
C. Fase de difusión de los resultados	Divulgación en revistas científicas y congresos

A continuación, pasamos a detallar el *Plan de trabajo* elaborado de acuerdo con las diferentes etapas anteriormente señaladas:

A. FASE PREPARATORIA

En este período ha participado el *investigador principal*, llevando a cabo las siguientes actividades:

- Febrero (1ª quincena): búsqueda bibliográfica.
- Febrero (2ª quincena) y Marzo: análisis, interpretación y síntesis de la bibliografía.
- Marzo y Abril: realización del diseño de investigación.
- Mayo: envío de la documentación para la obtención de los permisos necesarios para la realización del estudio.
- Junio: recepción de los permisos correspondientes.

B. ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Una vez recibidos los permisos (Junio), el *investigador principal* procederá a realizar las siguientes acciones:

- Julio (1ª quincena): carta de presentación del estudio.
- Julio (2ª quincena) y Agosto (1ª quincena): selección de la muestra y recogida de las autorizaciones de participación.
- Agosto (2ª quincena):
 - o Envío/recepción de los cuestionarios.
 - o Codificación de los datos personales.

Para la interpretación y análisis de los resultados obtenidos contrataremos a expertos en cada materia:

- Septiembre y Octubre: contratación de un *licenciado en psicología* para la interpretación de los resultados del estudio.
- Noviembre y Diciembre: para analizar los datos obtenidos, contaremos con el trabajo de un *experto en estadística*.
- Además, contrataremos a un *enfermero a tiempo parcial* durante tres meses para apoyar la labor del investigador principal.

La siguiente actividad que deberá realizar el investigador principal será:

- Enero y Febrero del 2013: redacción final del documento de investigación.

C. DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Con el objetivo fundamental de dar a conocer los resultados del estudio, el investigador principal llevará a cabo las siguientes acciones:

- Marzo y Julio del 2013: participación en congresos, publicación en revistas nacionales e internacionales. Contaremos con los servicios de un traductor para la divulgación.

8. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Con el objetivo primordial de respetar los requisitos éticos y jurídicos que todo estudio de investigación científica debe cumplir, tendremos en cuenta los aspectos recogidos en la *Tabla XX*.

Tabla XX. Aspectos ético-legales

Consentimiento informado de los participantes del estudio.
Garantía de la confidencialidad de la información según la Ley de Protección de datos de carácter personal RD 15/1999.
Autorización por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de Galicia.
Cumplimiento de las normas de buena práctica clínica según la declaración de Helsinki.

9. PLAN DE DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Consideramos que la audiencia diana de este estudio estará formada fundamentalmente por:

- Profesionales sanitarios en general y psicólogos, médicos y personal de enfermería, en particular.
- Gestores sanitarios.
- Responsables políticos en salud pública y administración sanitaria.

Teniendo en cuenta estas consideraciones y, una vez se haya elaborado el documento final de investigación, difundiremos nuestros resultados a través de revistas nacionales e internacionales como:

- Revistas nacionales:
 - Gaceta Sanitaria (factor de impacto: 1,172).
 - Revista española de Salud Pública (factor de impacto: 0.774).
 - Psicothema (factor de impacto: 0, 939).
 - Index de Enfermería (factor de impacto: 0,80).
 - Enfermería Clínica (factor de impacto: 0,73).
- Revistas internacionales:
 - Health Psychology (3'982 factor de impacto)
 - International Journal of Nursing Studies (2,103 factor de impacto)
 - Research in Nursing & Health (1,736 factor de impacto)

Además, participaremos en congresos nacionales e internacionales que se celebran con carácter anual (*fechas de 2013 pendientes de concretar*):

- XXXI Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).
- XVII Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería (Investén. Instituto de Salud Carlos III).
- XI Congreso Internacional de Prevención de Riesgos Laborales.

10. FINANCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

10.1. Recursos necesarios

	Importe parcial (aprox.)	Importe total aproximado
Recursos Humanos		
• Un enfermero (Investigador principal)	-	-
• Un enfermero (tiempo parcial)	500 €/mes	1.500 €
• Un psicólogo (interpretación de los cuestionarios).	1.600 €/mes	3.200 €
• Un experto en estadística.	1.600 €/mes	3.200 €
• Un traductor	300 €/artículo	900 €
TOTAL		8.800 €
Recursos materiales		
Material fungible		
• <u>Material de oficina</u> : bolígrafos, grapas, folios, cartuchos de tinta, fotocopias...		1.000 €
• <u>Bibliografía</u>		200 €
Material inventariable		
• Ordenador		1.745 €
• Impresora multifuncional		149,95 €
• Grapadora		17,95 €
TOTAL		3.112,90 €
Otros gastos		
• Llamadas telefónicas	15 €/mes	60 €
• Desplazamientos	2,40 €/viaje	72 €
• Viajes	350 €/ viaje	1.050 €
• Alojamiento y dietas	120€/noche	720 €
• Entrada a congresos	600 €/ congreso	1.800 €
TOTAL		3.702 €
IMPORTE TOTAL FINAL (APROX.)		15.614,90 €
+ 10 % gastos administración/gestión		<u>17.176,39 €</u>

10.2. Posibles fuentes de financiación

Para conseguir la financiación económica que nos permita llevar a cabo el estudio de investigación, presentaremos la solicitud en diferentes organismos privados y públicos de ámbito nacional e internacional como:

A. ÁMBITO PRIVADO

Fundación MAPFRE: “Ayudas para la realización de trabajos de investigación”. Financiación de proyectos de investigación en el área de salud, siendo objeto de interés los trabajos que versen sobre: gestión sanitaria (calidad y seguridad clínica), promoción de la salud.

La hemos seleccionado porque las condiciones se ajustan a nuestra línea de investigación: duración de la ayuda de 1 año, plazo de presentación de solicitudes hasta octubre de 2012.

Presupuesto máximo de financiación del proyecto: 15.000 €

Fundación PREVENT: “VII convocatoria de becas I+D en prevención de riesgos laborales 2012-2013”. Nuestra línea de investigación se ajusta a las condiciones de dicha convocatoria: 12 meses de duración.

Dotación máxima de 12.000 €

B. ÁMBITO PÚBLICO

National Institutes of Health (NIH), EE.UU: “NIH Small Grant Program R03”. Financiación limitada por un periodo corto (máximo 2 años) que apoya un amplio abanico de proyectos o pequeños estudios de investigación.

El proyecto de investigación debe desarrollarse sobre alguna de las áreas temáticas de los NIH, entre las que se encuentran salud mental (National Institute of Mental Health) e investigaciones de enfermería (National Institute of Nursing Research) que corresponde con nuestra línea de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Solano Ruiz MC, Hernández Vidal P, Vizcaya Moreno MF, Reig Ferrer A. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enferm Intensiva*. 2002; 13 (1): 9-16.
2. De la Gándara Martín J. Estrés y trabajo. El síndrome de burnout. 1ª ed. Madrid: Cauce Editorial; 1998.
3. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. 1ª ed. Madrid: Pirámide; 2005.
4. Garzás Cejudo EM, García Gómez-Caraballo DM. Síndrome de burnout. En: Organización, gestión y prevención de riesgos laborales en el medio sanitario. Jaén: Formación Alcalá; 2009. p. 405-421.
5. Gil-Monte PR, Moreno-Jiménez B. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Grupos profesionales de riesgo. 1ª ed. Madrid: Pirámide; 2007.
6. Freudenberger HJ. Staff Burn-out. *J Soc Issues*. 1974; 30: 159-165.
7. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. Manual. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1981.
8. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory manual. 3rd ed. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press; 1996.
9. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annual Rev Psychol*. 2001; 52 (1): 397-422.

10. Maslach C, Jackson SE. MBI. Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial. Manual. Madrid: TEA; 1997.
11. Gil-Monte PR. Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT). Manual. Madrid: TEA; 2011.
12. Gil-Monte PR, Carretero N, Roldán MD, Núñez-Román EM. Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. Rev Psicol Trab Org. 2005; 21 (1-2): 107-123.
13. Gil-Monte PR, Zuñiga-Caballero LC. Validez factorial del CESQT en una muestra de médicos mexicanos. Universitas Psychologica. 2010; 9 (1): 169-178.
14. Marucco MA, Gil-Monte PR, Flamenco E. Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en pediatras de hospitales generales: estudio comparativo de la prevalencia medida con el MBI-HSS y el CESQT. Información Psicológica. 2008; 92: 32-42.
15. Bosle A, Gil-Monte PR. Psychometric properties of the Spanish Burnout Inventory in German professionals: Preliminary results. Ansiedad y Estrés. 2010; 16 (2-3): 283-291.
16. Cibanal L. La relación de ayuda es vivificante, no quema. Cultura de los cuidados. 2001; 5 (10): 88-99.
17. Gil-Monte PR, Peiró Silla JM. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. 1ª ed. Madrid: Síntesis SA; 1997.
18. Morán Astorga C. Estrés, burnout y mobbing. Recursos y estrategias de afrontamiento. 1ª ed. Salamanca: Amarú Ediciones; 2005.

19. Morán C, Landero R, González MT. COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*. 2010; 9: 543-552.
20. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *Int J Behav Med*, 1997; 4 (1): 92-100.
21. Bandura A. *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe; 1982.
22. Bandura A. *Pensamiento y acción: fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca; 1987.
23. Bandura A, Barbaranelli C, Caprara G, Pastorelli C. Mechanisms of moral disengagement in the exercise of moral agency. *J Personal Soc Psychol*. 1996; 71 (2): 364-374.
24. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Rev Esp Salud Pública*, 2009; 83: 215-30.
25. Escribá-Agüir V, Artazcoz L, Pérez-Hoyos S. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral sobre el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gac Sanit*. 2008; 22 (4): 300-308.
26. Gil-Monte PR, Peiró JM, Valcárcel P. Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de Burnout: un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Rev Psicol Soc Apl*. 1996; 6 (2): 43-63.

27. Grau A, Suñer R, García MM. El optimismo de los profesionales sanitarios y su relación con la calidad de vida, el burnout y el clima organizacional. *Rev Calidad Asistencial*. 2005; 20: 370-376.
28. Grau A, Suñer R, García MM. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit*. 2005; 19 (6): 463-470.
29. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Font-Mayolas S, Prats M, Braga F. El burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. *Informació psicológica*. 2008; 91-92: 64-79.
30. Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gac Sanit*. 2002; 16 (6): 480-486.
31. 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 Trab Org*. 2000; 16 (2): 135-149.
32. Schaufeli WB, Van Dierendonck D. A cautionary note about the cross national and clinical validity of cutt off points for the Malasch Burnout Inventory. *Psychological Reports*. 1995; 73: 1083-1090.
33. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Memoria anual 2010 [Internet]. Xunta de Galicia; 2011 [citado 17 May 2012]. Disponible en: http://hospitalcoruna.sergas.es/conocenos/Memoria/MEMORIA_CH_UAC_2010_es-ES.pdf

34. Esteva M, Larraz C, Jiménez F. Salud mental en médicos de atención primaria: efecto de la satisfacción y estrés en el trabajo. *Rev Clin Esp.* 2006; 206: 77-83.
35. Figueiredo-Ferraz H, Grau-Alberola E, Gil-Monte PR, García-Juestas JA. Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Psicothema.* 2012; 24 (2): 271-276.
36. Grau Alberola E. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal [tesis]. Valencia: Universitat de Valencia; 2008. [citado 18 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/10197/grau.pdf?sequence=1>
37. Grau-Alberola E, Gil-Monte PR, García-Juestas JA, Figueiredo-Ferraz H. Incidence of burnout in Spanish nursing professionals: a longitudinal study. *Int J Nurs Stud.* 2010; 47: 1013-1020.
38. Olivares Faúndez VE, Gil-Monte PR. Análisis de las principales fortalezas y debilidades del “Maslach Burnout Inventory” (MBI). *Ciencia & Trabajo [Internet].* 2009 Jul [citado 18 Feb 2012]; 33: 160-167. Disponible en: <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/33/pagina160.pdf>

ANEXOS

Anexo I. Estrategia de búsqueda bibliográfica

A. Búsqueda de revisiones sistemáticas

En primer lugar, con el fin de averiguar si existe alguna revisión sistemática sobre el *Síndrome de burnout*, se ha buscado en las siguientes Bases de Datos (BD): Cochrane Library Plus y The Joanna Briggs Institute.

- **Cochrane Library Plus**

Para la búsqueda en esta BD se introdujo el término “(burnout) and (profesionales sanitarios)” en el período “2006-2011”, estado “todos” y en la categoría “Sin restricción” con el modo de “búsqueda asistida” a fecha 01/12/2011.

En cuanto a los límites establecidos, se determinó el periodo de 2006-2011 para obtener revisiones sistemáticas actualizadas. No se fijó una categoría determinada (título, autor, etc.) para comprobar el número de resultados obtenidos.

Se obtuvieron 3 resultados, todos ellos Revisiones Cochrane.

Para obtener mayor número de resultados, se introdujo en el modo de “búsqueda simple” el término “burnout” en la casilla “Sin restricción”.

De este modo se obtuvieron un total de 13 resultados en español (181 en inglés) de los cuales:

- 7 Revisiones Cochrane
- 4 de Gestión (GCS)
- 1 Kovacs (K)
- 1 Registro (ECA)

- ***The Joanna Briggs Institute***

Para averiguar si existen revisiones sistemáticas relacionadas con el *síndrome de Burnout* se realizó la siguiente estrategia de búsqueda a fecha 01/12/2011:

En el modo “Búsqueda avanzada” se introdujo el término “burnout professional” en “publicaciones y contenido” y los límites establecidos fueron: revisiones sistemáticas y protocolos de revisiones sistemáticas (tipo de documento), todas las publicaciones (acceso), 01-01-2006 -> 01-12-2011 (fecha de publicación) y “todos” (opciones de contenido).

Estos límites se fijaron porque lo que interesa en cuanto al tipo de documento son revisiones sistemáticas y sus protocolos, la fecha de publicación que sea actualizada y no se limitó el tipo de acceso y contenidos para valorar la cantidad de resultados obtenidos.

Los resultados obtenidos fueron un total de 26 documentos, de los cuales: 10 fueron protocolos de revisiones sistemáticas (acceso libre) y 16 revisiones sistemáticas.

B. Búsqueda en Medline y CINAHL.

A pesar de haber encontrado revisiones sistemáticas relacionadas con el tema de estudio, éstas no engloban la totalidad de la pregunta definida para el mismo. Es decir, no incluyen personal de enfermería, médicos y MIR. Además, la fecha de realización de dichas revisiones pertenecen al año 2002 (fecha de publicación del estudio 2005) en cuanto a la BD Cochrane; y del 2010 en Joanna Briggs Institute (pero en este caso la muestra son profesionales de enfermería de oncología y hematología).

Por todo ello, se prosigue con la búsqueda bibliográfica en las siguientes BD a fecha 02/12/2011.

- **Medline a través de PubMed**

La estrategia de búsqueda a fecha 02/12/2011 ha sido la siguiente:

En relación con el *síndrome de burnout* en los profesionales de enfermería: ("Burnout, Professional"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh] y los límites establecidos fueron: Humans, Clinical Trial, Review, Journal Article, English, Spanish, Portuguese, published in the last 5 years.

Estos límites se han fijado por los siguientes motivos: los tipos de documentos de interés (ensayos clínicos, artículos originales y de revisión), idiomas conocidos y fecha de publicación actualizada (últimos 5 años).

En cuanto a los resultados obtenidos fueron un total de 406 artículos, de los cuales: 42 fueron artículos de revisión y 20 con acceso gratuito al texto completo.

Para buscar bibliografía sobre *burnout* y personal facultativo: ("Burnout, Professional"[Mesh]) AND "Physicians"[Mesh] con los mismos límites que en el caso anterior del personal de enfermería.

Los resultados obtenidos fueron un total de 148 artículos, de los cuales: 12 fueron artículos de revisión y 39 con acceso gratuito al texto completo.

Con el objetivo de encontrar artículos sobre *síndrome de burnout* y personal MIR se introdujo: ("Burnout, Professional"[Mesh]) AND "Internship and Residency"[Mesh] con los mismos límites que en los casos anteriores.

Los resultados obtenidos fueron un total de 62 artículos, de los cuales: 8 fueron artículos de revisión y 12 con acceso gratuito al texto completo.

- ***Cinahl***

La estrategia de búsqueda a fecha 02/12/2011 ha sido:

En el modo “búsqueda avanzada” se introdujo el término: (MH "Burnout, Professional/NU/SS/TH/PC/RF/ET/EV/EP/DI/CL") y los límites establecidos fueron: 2006-2011 (fecha de publicación), exclusión de registros de Medline y acceso al texto completo.

Al igual que en las anteriores bases de datos, se estableció un periodo de publicación actualizado; se excluyeron registros de Medline puesto que anteriormente ya hemos utilizado esa BD y se marcó la opción de texto completo por el elevado número de referencias bibliográficas si no se marcaba esta opción (más de 260 resultados).

Los resultados obtenidos fueron un total de 26 artículos.

C. Búsqueda de bibliografía en lengua española

- ***Cuiden***

Se consultó esta BD a fecha 03/12/2011 utilizando la siguiente estrategia de búsqueda:

En el modo de búsqueda avanzada se introdujeron los siguientes términos: “síndrome de burnout” (palabras clave). Se limitó la búsqueda según los tipos de documentos que interesan: “original, artículo” y “revisión”.

Los resultados obtenidos fueron un total de 40 artículos originales y 25 artículos de revisión.

- **EnFisPo**

Se consultó esta BD a día 03/12/2011 mediante la siguiente estrategia de búsqueda:

Se introdujeron los términos: burnout (cualquier campo) Y (operador) enferm\$ (cualquier campo) y los límites establecidos fueron: periodo de publicación del 2006-2011 para obtener bibliografía actualizada.

Los resultados obtenidos fueron un total de 12 artículos.

Se introdujeron los términos: burnout (cualquier campo) Y (operador) med\$ (cualquier campo) y los límites establecidos fueron los mismos que en el caso anterior.

Los resultados obtenidos fueron un total de 7 artículos.

Para evitar perder literatura relacionada con el tema de estudio que pudiera ser de interés, se realizó otra búsqueda: burnout (título) y los límites establecidos fueron los mismos que en los casos anteriores.

Los resultados obtenidos fueron un total de 25 artículos.

- **Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)**

En esta BD, consultada a fecha 03/12/11, se ha utilizado la siguiente estrategia de búsqueda bibliográfica:

En el método de búsqueda simple se hizo una búsqueda conjunta en IME e ISOC y se introdujo el término: "síndrome de quemarse por el trabajo" sin límites y los resultados obtenidos fueron un total de 30 referencias bibliográficas de las cuales: 29 pertenecen a la BD ISOC-Ciencias Sociales y Humanidades; y 1 a la BD del IME.

En el método de búsqueda simple se introdujo el término: "síndrome de burnout" sin límites y los resultados obtenidos fueron un total de 282 documentos de los cuales: 172 pertenecen a la BD ISOC-Ciencias Sociales y Humanidades, 108 a la BD del IME y 2 al ICYT.

D. Ampliación de la búsqueda de bibliografía en español

- *Dialnet*

Por último, debido a las limitaciones de las BD en lengua española consultadas, se utilizó el portal Dialnet para ampliar el número de artículos en castellano y mejorar así la calidad (tanto cuantitativa como cualitativamente) de la búsqueda bibliográfica realizada.

En el modo búsqueda de documentos se introdujeron los términos: “síndrome de burnout y enfermería” buscando por “título” y los límites establecidos fueron: artículos de revistas (tipo de documento) ya que es lo que interesa en este caso.

Se obtuvieron un total de 31 documentos.

Se introdujeron los términos: “síndrome de burnout y médicos” buscando por “título” y los límites establecidos fueron los mismos que en el caso anterior.

Se obtuvieron un total de 11 documentos.

Por último, para evitar perder documentos que podrían ser de interés para el estudio, se introdujo de forma general el término: “síndrome de burnout” buscando por “título” con los mismos límites que anteriormente.

Se obtuvieron un total de 182 documentos.

Anexo II. Hoja de información al participante

MODELO DE HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE PARA ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN DE TIPO EXPERIMENTAL (ENSAYOS CLÍNICOS) QUE NO EVALÚAN MEDICAMENTOS NI PRODUCTOS SANITARIOS

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO:

Síndrome de burnout en profesionales sanitarios: prevalencia y determinantes situacionales y cognitivos.

INVESTIGADOR:

David Rodríguez Veiga. DUE (2009) y Graduado en Enfermería (2010).

Estudiante del Máster en Asistencia e Investigación Sanitaria.

Facultade de Ciencias da Saúde, Universidade da Coruña (UDC).

Trabajador eventual del SERGAS.

Contacto: d.rveiga@udc.es

Este documento tiene como objetivo ofrecerle información sobre un **estudio de investigación** de tipo observacional de prevalencia en el que se le invita a participar. Este proyecto de investigación ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia.

Si decide participar, debe recibir información personalizada del investigador, **leer antes este documento** y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, puede llevar el documento, consultarlo con otras personas, y tomar el tiempo necesario para decidir si participar o no.

La participación en este estudio es completamente **voluntaria**. Ud. puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones.

¿Cuál es el propósito del estudio?

Objetivo general

- Determinar la prevalencia del *síndrome de burnout* y sus determinantes en profesionales sanitarios del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC).

Objetivos específicos

- Comprobar la concordancia entre los cuestionarios de evaluación del síndrome de burnout: versión en español del Maslach Burnout Inventory (MBI) y el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT).
- Establecer la validez y seguridad del CESQT para predecir el síndrome de *burnout*.
- Señalar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales sanitarios ante situaciones laborales estresantes.
- Señalar los mecanismos de desactivación del control moral que emplean estos profesionales.

En España, la prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales sanitarios es del 14'9%. Esto implica graves repercusiones en la dimensión biopsicosocial del individuo que lo padece, de las personas que lo rodean y por ende afecta negativamente al Sistema Sanitario. Por ello es fundamental que se elaboren estudios que, como paso previo a la prevención y/o intervención de las consecuencias del estrés laboral, traten de identificar los niveles de burnout existentes en los distintos contextos laborales y organizaciones de la salud. Asimismo, el estudio de las variables asociadas a dicho síndrome nos permitirá adquirir una mayor comprensión del mismo y poder intervenir de manera más eficaz sobre ellas.

No existe ningún estudio de estas características con profesionales sanitarios del Servizo Galego de Saúde (SERGAS) que incluya personal facultativo, Médicos Internos Residentes (MIR), Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE) y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

Por todo lo expuesto anteriormente, consideramos que este estudio es pertinente a nivel social, profesional y teórico.

Para llevar a cabo la selección de los participantes se realizará un proceso de aleatorización simple, estratificando por grupos de profesionales sanitarios (médicos, MIR, DUE y TCAE).

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

La selección de las personas invitadas a participar depende de unos criterios que están descritos en el protocolo de investigación. Estos criterios sirven para seleccionar a la población en la que se responderá el interrogante de la investigación. Ud. es invitado a participar porque cumple esos criterios.

Se espera que participen entre 773 profesionales sanitarios en este estudio, dependiendo de las subvenciones que sean recibidas.

¿En qué consiste mi participación?

Si decide participar en el estudio, usted tendrá que cumplimentar un total de cinco cuestionarios a través del correo electrónico institucional del SERGAS.

Para que no pueda ser identificado/a, se le asignará un código alfanumérico que determinará el investigador principal.

Los cuestionarios son:

- Características sociodemográficas, profesionales e individuales: edad, sexo, estado civil, turnos de trabajo, años en la profesión, etc. (Si alguno de estos datos le parece demasiado personal, podrá dejar el espacio sin cumplimentar).
- Cuestionario en español del *Maslach Burnout Inventory (MBI)*.
- *Cuestionario de Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)*.
- *Escala reducida de estrategias de afrontamiento*.
- *Escala de mecanismos de desactivación del control moral*.

Su participación tendrá una duración total máxima estimada de 50 minutos (5 ó 10 minutos en realizar cada test). Tendrá un período aproximado de un mes para cumplimentar dichos cuestionarios. Se le enviará un e-mail a través del gabinete de comunicación de CHUAC con la siguiente información: carta de presentación del estudio y cuestionarios a cumplimentar.

El promotor o el investigador pueden decidir finalizar el estudio antes de lo previsto o interrumpir su participación por aparición de nueva información relevante, por motivos de seguridad, o por incumplimiento de los procedimientos del estudio.

¿Qué riesgos o inconvenientes tiene?

Su participación no tiene ningún riesgo ya que se trata de un estudio observacional de prevalencia. La documentación obtenida será tratada siguiendo las normas éticas y legales vigentes, asegurando en todo momento su confidencialidad.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

No se espera que usted obtenga beneficio directo por participar en el estudio. El único beneficio buscado, en un principio, es dar a conocer la prevalencia del *síndrome de burnout* en los profesionales sanitarios del CHUAC, con la idea de mejorar las condiciones laborales y personales de dichos trabajadores en un futuro próximo.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si Ud. lo desea, el investigador principal le indicará en qué revistas ha sido publicado el estudio de investigación.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados de este estudio serán publicados en revistas científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que permita la identificación de los participantes.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. En todo momento, Ud. podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos.

Sólo el equipo investigador, los monitores del estudio en representación del promotor, y las autoridades sanitarias, que tienen el deber de guardar la confidencialidad, tendrán acceso a todos los datos recogidos por el estudio. Se podrá transmitir a terceros información que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros

países, se realizará con un nivel de protección de los datos equivalente, como mínimo, al exigido por la normativa de nuestro país.

¿Qué ocurrirá con las muestras obtenidas?

Los datos obtenidos de su participación serán guardados de forma: **codificada** (se asignará un código alfanumérico a cada participante de manera que no pueda ser identificado). Esta información está a cargo del investigador principal y sólo pueden acceder a ella los miembros del equipo investigador, representantes del promotor del estudio y las autoridades sanitarias en el ejercicio de sus funciones.

El responsable de la custodia de sus datos es el investigador principal, y serán almacenadas durante el tiempo necesario para finalizar el estudio, que son 12 meses aproximadamente.

Al acabar el estudio, los cuestionarios serán destruidos.

¿Quién me puede dar más información?

Puede contactar con el investigador principal, David Rodríguez Veiga, mediante el e-mail facilitado al inicio del presente documento.

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo III. Cuaderno de recogida de datos

Características de la muestra de estudio

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
Edad	Sexo	
Estado civil: <input type="checkbox"/> soltero/a <input type="checkbox"/> casado/a <input type="checkbox"/> divorciado/a <input type="checkbox"/> viudo/a		
Número de hijos. ¿Conviven en su casa?	Convivencia en pareja: si/no	
Nivel de estudios: <input type="checkbox"/> primarios <input type="checkbox"/> FP II/Selectividad <input type="checkbox"/> diplomatura <input type="checkbox"/> licenciatura <input type="checkbox"/> doctorado		
CARACTERÍSTICAS PROFESIONALES		
Profesión: Auxiliar de Enfermería, DUE/Grado en Enf., Medicina (Especialidad, MIR)		
Labor: <input type="checkbox"/> asistencial <input type="checkbox"/> gestión <input type="checkbox"/> ambas	Tipo de contrato: <input type="checkbox"/> fijo <input type="checkbox"/> eventual	
Horario laboral: <input type="checkbox"/> mañanas <input type="checkbox"/> tardes <input type="checkbox"/> noches <input type="checkbox"/> festivos <input type="checkbox"/> turno partido <input type="checkbox"/> turno rotatorio <input type="checkbox"/> otros		
Años de profesión	Tiempo en el puesto actual	Realiza guardias: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Baja laboral en el último año: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Número de días de baja:		
OTRAS CARACTERÍSTICAS		
Horas semanales dedicadas al ocio	Enfermedad crónica: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Toma psicofármacos con asiduidad: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
El número de pacientes que atiende lo considera: <input type="checkbox"/> insuficiente <input type="checkbox"/> adecuado <input type="checkbox"/> excesivo		
En su vida laboral se siente valorado por: sus pacientes <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no; los familiares de sus pacientes <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no; sus compañeros <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no; sus superiores <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
Valoración global de su experiencia profesional (de 1 "nada satisfactoria" a 10 "muy satisfactoria")		
Valoración de su grado de optimismo (de 1 "nada optimista" a 10 "muy optimista")		
Valoración de su situación económica (de 1 "nada satisfactoria" a 10 "muy satisfactoria")		

Fuente: Tabla de elaboración propia a partir de los datos de estudios de investigación^{1, 24-30}.

Maslach Burnout Inventory (MBI) adaptado al español

El propósito de esta encuesta es conocer cómo consideran distintos profesionales pertenecientes a los Servicios Humanos su trabajo y a las personas (pacientes, alumnos, clientes, etc.) a quienes dan servicio.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días

CONTESTE A LAS FRASES INDICANDO LA FRECUENCIA CON QUE VD HA EXPERIMENTADO ESE SENTIMIENTO:

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.....
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.....
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.....
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten los **personas**.....
5. Creo que trato a algunas **personas** como si fuesen objetos impersonales.....
6. Trabajar todo el día con **personas** es un esfuerzo.....
7. Trato muy eficazmente los problemas de las **personas**.....
8. Me siento "quemado" por mi trabajo.....
9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás.....
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.....
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.....
12. Me siento muy activo.....
13. Me siento frustrado en mi trabajo.....
14. Creo que estoy trabajando demasiado.....
15. No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunas **personas** a los que doy servicio.....
16. Trabajar directamente con **personas** me produce estrés.....
17. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las **personas** a las que doy servicio.....
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con **personas**.....
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.....
20. Me siento acabado.....
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.....
22. Creo que las **personas** que trato me culpan de algunos de sus problemas.....

Fuente: Maslach C, Jackson SE. MBI. Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial. Manual. Madrid: TEA; 1997

Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)

A continuación encontrará algunas afirmaciones referentes a sus sentimientos e ideas acerca de su trabajo y de las consecuencias que tiene para usted como profesional y como persona. Indique con qué frecuencia siente o piensa lo que se describe en cada una de ellas.

Para responder, marque la alternativa (número) que más se ajuste a su situación.

0	1	2	3	4
NUNCA	RARAMENTE (algunas veces al año)	A VECES (algunas veces al mes)	FRECUEMENTE (algunas veces por semana)	MUY FRECUEMENTE (todos los días)
1. Mi trabajo me supone un reto estimulante.				
2. No me apetece atender a algunas personas en mi trabajo.				
3. Creo que muchas de las personas a las que atiendo en el trabajo son insoportables				
4. Me preocupa el trato que he dado a algunas personas en el trabajo.				
5. Veo mi trabajo como una fuente de realización personal.				
6. Creo que los familiares de las personas a las que atiendo en el trabajo son unos pesados.				
7. Pienso que trato con indiferencia a algunas personas a las que atiendo en mi trabajo.				
8. Pienso que estoy saturado por el trabajo.				
9. Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo.				
10. Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas.				
11. Me apetece ser irónico con algunas personas a las que atiendo en el trabajo.				
12. Me siento agobiado por el trabajo.				
13. Tengo remordimientos por algunos de mis comportamientos en el trabajo				
14. Etiqueto o clasifico a las personas a las que atiendo en el trabajo según su comportamiento				
15. Mi trabajo me resulta gratificante				
16. Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento.				
17. Me siento cansado físicamente en el trabajo				
18. Me siento desgastado emocionalmente.				
19. Me siento ilusionado por mi trabajo.				
20. Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo.				

Fuente: Gil-Monte PR. Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT). Manual. Madrid: TEA; 2011.

Escala reducida de estrategias de afrontamiento

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras.

Ponga 0, 1, 2 ó 3 en el espacio dejado al principio, es decir, el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello, al problema. Gracias.

1	2	3	4
No hice esto en absoluto	Hice esto un poco	Hice esto con cierta frecuencia	Hice esto con mucha frecuencia
1. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.			
2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.			
3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido			
4. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.			
5. Me digo a mí mismo "esto no es real".			
6. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.			
7. Hago bromas sobre ello.			
8. Me critico a mí mismo.			
9. Consigo apoyo emocional de otros.			
10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore.			
11. Renuncio a intentar ocuparme de ello.			
12. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.			
13. Me niego a creer que haya sucedido.			
14. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.			
15. Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.			

16. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.
17. Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.
18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.
19. Me río de la situación.
20. Rezo o medito.
21. Aprendo a vivir con ello.
22. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.
23. Expreso mis sentimientos negativos.
24. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.
25. Renuncio al intento de hacer frente al problema.
26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.
27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido.
28. Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.

Estrategia	ítem	Punt.	ítem	Punt.	Total
Afrontamiento activo	2		10		
Planificación	6		26		
Apoyo emocional	9		17		
Apoyo social	1		28		
Religión	16		20		
Reevaluación positiva	14		18		
Aceptación	3		21		
Negación	5		13		
Humor	7		19		
Autodistracción	4		22		
Autoinculpación	8		27		
Desconexión	11		25		
Desahogo	12		23		
Uso de sustancias	15		24		

Fuente: Morán C, Landero R, González MT. COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*. 2010; 9: 543-552.

Escala de mecanismos de desactivación del control moral

Nos gustaría saber el grado de acuerdo o desacuerdo en el que te encuentras con respecto a las siguientes afirmaciones. Por favor, indica la puntuación correspondiente en la escala que se presenta a continuación.

Para contestar, utiliza la siguiente escala de 7 puntos: desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo)

1. Está justificado mentir para proteger los sentimientos de los pacientes.
2. Criticar y "poner verde" a otro no es más que una manera de bromear.
3. Retrasarse en dar una medicación no es para tanto si piensas que hay gente que se olvida de hacer las curas.
4. Un miembro de un equipo no es culpable de los problemas de organización que tenga el equipo.
5. Los profesionales que tienen malas condiciones de trabajo no son culpables de comportarse negligentemente con los pacientes.
6. No está mal decir pequeñas mentiras porque realmente no provocan ningún daño.
7. Algunas personas merecen ser tratadas como animales.
8. Si hay conflictos en el centro el director o superior es el responsable.
9. Está justificado poner en un aprieto a alguien que perjudica el trabajo de tus compañeros.
10. Ignorar a un paciente detestable sirve para darle una "lección".
11. Apartarse algo del protocolo no es muy grave si lo comparas con la gente que no sigue nunca los protocolos establecidos.
12. Un trabajador/a que sugiere incumplir alguna norma no es culpable de que otros trabajadores acepten la sugerencia y la incumplan.
13. Si no se aplican las normas disciplinarias a los trabajadores no debería luego culpárseles por hacer mal su trabajo.
14. A los pacientes no les importa que te metas con ellos porque así estás mostrando interés en ellos.
15. Está justificado tratar mal a alguien que se ha comportado como un "gusano".
16. Si la gente es descuidada con donde deja sus cosas es culpa suya si se le desaparecen.
17. Es correcto causar un conflicto con la dirección cuando la valía de tus compañeros se pone en entredicho.

18. "Pasar" de un paciente muy exigente no es más que "tomarse un respiro".
19. No está mal gritarle a un paciente porque peor sería maltratarle.
20. Si un equipo realiza su trabajo mal es injusto culpar a cualquier miembro del grupo por ello.
21. A los trabajadores no se les puede culpar por incumplir alguna norma cuando todos sus compañeros lo hacen.
22. Meterse con alguien realmente no le va a causar daño.
23. Una persona que es detestable no merece ser tratada como un ser humano.
24. Los pacientes que son tratados peor normalmente hacen cosas para merecérselo.
25. Está justificado mentir para evitar problemas a tus compañeros.
26. No está mal "escaquearse" de vez en cuando.
27. Comparado con las transgresiones graves de normas que hace la gente, incumplir a veces algunas obligaciones menores no es muy grave.
28. Es injusto culpar a un compañero que sólo ha tenido una pequeña responsabilidad por la mala práctica del equipo en su conjunto.
29. Los trabajadores no son culpables de incumplir alguna norma si sus compañeros les han presionado para que lo hagan.
30. Las críticas y chismorreos entre compañeros no hacen daño a nadie.
31. Algunas personas tienen que ser tratadas duramente porque no tienen sentimientos que puedan ser heridos.
32. Los trabajadores no son culpables de realizar mal su trabajo si sus superiores les presionan demasiado.

Fuente: Bandura A, Barbaranelli C, Caprara G, Pastorelli C. *Mechanisms of moral disengagement in the exercise of moral agency. J Personal Soc Psychol.* 1996; 71 (2): 364-374.