



Universitat Autònoma de Barcelona

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



Universitat Autònoma de Barcelona

Facultad de Medicina

Programa de Doctorado: CIRUGÍA Y CIENCIAS MORFOLÓGICAS

Departamento de Cirugía

Tesis Doctoral

# **EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN DEL BURNOUT, REACTIVIDAD AL ESTRÉS Y DE LA CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL DE LOS RESIDENTES DE ANESTESIOLOGÍA DE CATALUÑA**

Doctoranda: Yolanda Jimenez Capel

Tutor

Dr. Juan Francisco Julián Ibañez

Directores

Dr. Enrique Moret Ruiz

Dra. María Teresa Sariñena Fernández

BARCELONA

noviembre de 2020

Para mi clan, mis dos soles  
y mi siempre fiel  
compañero de aventuras,  
porque tú... me completas.

## **Agradecimientos**

A mis codirectores de tesis y tutor, Dr. Enrique Moret, Dra. Maria Teresa Sariñena y Dr. Francisco Julián por su paciencia y compromiso. Al Dr. Benjamín Oller por todas las facilidades y apoyo en este proyecto.

Al Dr. Jaume Canet por iniciarlo todo, la oportunidad de trabajar, estudiar, investigar y enseñar.

A la Dra. Clara Llobià por darme la oportunidad de disfrutar de la docencia y enseñarme que también se cura con empatía y paciencia.

A la Dra. Maria del Mar Monerris por estar siempre ahí, contando conmigo para cualquier batalla y sólo dejándome dar un paso atrás para coger impulso.

A mis compañeros de alegrías y penurias, por sus ánimos y miradas cómplices en los momentos de desánimo.

A la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares y a la Sociedad Catalana de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor por la ayuda y el apoyo a este proyecto por el bien de nuestros residentes.

Y a los residentes, el motor de todo este proyecto, porque todos fuimos residentes y todos seremos responsables de ellos en algún momento de nuestra carrera profesional. Ellos fueron nuestro pasado, están en nuestro presente y formarán nuestro futuro.

Siempre con cariño a mis adjuntos del H.Mataró y en especial al Dr.Gabriel Oller.



## Contenido

1	Introducción.....	9
1.1	Estrés.....	12
1.1.1	Definición del término Estrés.....	13
1.1.2	Fisiopatología.....	15
1.1.3	Estrés laboral.....	22
1.1.4	Estrés laboral del médico.....	27
1.1.5	Medición del estrés. Índice de Reactividad al Estrés (IRE).....	31
1.2	Síndrome de Burnout.....	33
1.2.1	Definición del término Burnout.....	34
1.2.2	Fisiopatología.....	36
1.2.3	Burnout del médico.....	39
1.2.4	Medición del Burnout. Maslach Burnout Inventory.....	43
1.3	Calidad de vida profesional.....	46
1.3.1	Definición del término Calidad de Vida Profesional.....	46
1.3.2	Medición de la Calidad de Vida Profesional. Calidad de Vida Profesional-35.....	48
1.4	El médico residente. Residencia de Anestesiología.....	54
1.4.1	Médico Interno Residente (MIR).....	55
1.4.2	Estrés, Burnout y Calidad de vida profesional del residente .....	56
1.4.3	MIR de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor.....	59

2	Planteamiento y justificación.....	63
3	Hipótesis.....	67
4	Objetivos.....	71
4.1	Objetivos Principales.....	73
4.2	Objetivos Secundarios.....	73
5	Metodología.....	75
5.1	Información general.....	77
5.1.1	Tipo de estudio.....	77
5.1.2	Lugar de estudio.....	77
5.1.3	Tiempo de estudio.....	80
5.1.4	Consideraciones generales.....	80
5.2	Medición de las variables del estudio.....	81
5.2.1	Cuestionario Socio-Demográfico.....	81
5.2.2	Cuestionario Maslach Burnout Inventory.....	84
5.2.3	Cuestionario Índice de Reactividad al Estrés.....	87
5.2.4	Cuestionario Calidad de Vida Profesional.....	90
5.3	Análisis estadístico.....	94
6	Resultados.....	95
6.1	Datos Cuestionario Socio-Demográfico.....	97

6.2	Datos Cuestionario Maslach Burnout Inventory.....	103
6.3	Datos Cuestionario Índice de Reactividad al Estrés.....	120
6.4	Datos Cuestionario Calidad de Vida Profesional.....	129
7	Discusión.....	145
8	Conclusiones.....	159
9	Bibliografía.....	163
10	Anexos.....	177
10.1	Anexo A. Cuestionario Socio-Demográfico.....	179
10.2	Anexo B. Cuestionario MBI.....	181
10.3	Anexo C. Cuestionario IRE 32.....	183
10.4	Anexo D. Cuestionario CVP 35.....	185





# 1. INTRODUCCIÓN



Las enfermedades neurológicas y mentales se erigen en la actualidad como una de las patologías más importantes. Se calcula que un 25% de los europeos sufrirá alguna a lo largo de su vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la depresión será la principal causa de incapacidad laboral en 2030.

Tanto la Organización Internacional del Trabajo (OIT) como la OMS advierten del aumento del estrés en nuestro entorno. Entendemos el estrés, como aquella situación que sobrepasa la capacidad del organismo para adaptarse, dando lugar a cambios biológicos y psicológicos que pueden hacer enfermar a la persona, y diferenciándolo del estrés que se entiende como el estrés aceptable que permite una ventaja evolutiva.

## 1.1. Estrés

El término estrés posee diferentes significados. Originariamente proviene de la física y hace referencia a la presión que ejerce un cuerpo sobre otro (la fatiga de materiales), siendo aquel que más presión recibe el que puede alterar su estructura o destrozarse. Hasta cierta presión límite, el material sometido puede recuperarse al dejar de actuar la fuerza externa. Pasado este límite (denominado límite elástico) el material sufre una deformación permanente o fractura.

En 1911, Walter Cannon, fisiólogo norteamericano, introdujo el término estrés en biología<sup>1</sup> designando a cualquier estímulo nocivo capaz de alterar la homeostasis del organismo y provocar en él procesos autoreguladores.

En 1950, Hans Selye, fisiólogo y médico austrohúngaro, publicó la que sería su investigación más famosa: *Estrés*<sup>2</sup>, un estudio sobre la ansiedad. Selye observó que pacientes con diferentes enfermedades presentaban muchos síntomas parecidos, que consideraba podían clasificarse como la respuesta del organismo al estrés que ocasionaba la propia enfermedad. Denominó este conjunto de síntomas "*Síndrome del estrés*", o "*Síndrome de Adaptación General*" (GAS). A partir de sus investigaciones, el estrés o GAS quedaba definido por un conjunto de síntomas psicofisiológicos. De este

modo, separaba el efecto físico secundario al estrés de otros síntomas sufridos por sus pacientes. Con ello dejó patente que los pacientes podían presentar síntomas físicos derivados del estrés de su enfermedad pero no causados por la enfermedad en sí.

### 1.1.1. Definición del término Estrés

Actualmente y según la Real Academia de la Lengua Española se define estrés como la “Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves”.

Como vemos, la palabra “estrés” suele poseer una connotación negativa, lo opuesto quizás sería el nirvana budista o el principio de nirvana de S.Freud, pero la ciencia distingue dos tipos de estrés, tanto en animales como en humanos:

- **Eustrés o estrés positivo:** es un proceso natural y habitual de adaptación, que consiste en una activación durante un período corto de tiempo con el objetivo de resolver una situación concreta que requiere más esfuerzo<sup>3</sup>. En los animales no humanos el eustrés se evidencia en los estímulos que por reacción favorecen a la vida.

- **Distrés o estrés negativo:** es aquel en que un animal (incluido el ser humano) supera el potencial de homeostasis o equilibrio del organismo causándole fatiga, mayores niveles de ansiedad, de irritabilidad y de ira. El estrés mantenido puede provocar la aparición de consecuencias físicas secundarias al aumento del gasto de energía, a una mayor rapidez de actuación, a un menor descanso del necesario y al consiguiente agotamiento de las fuerzas<sup>3</sup>.

Mason en el 1975<sup>4</sup> concluyó que la respuesta de un individuo para hacer frente al estrés es vital para su supervivencia y que depende del balance entre las demandas adaptativas y los recursos utilizados para su confrontación.

Así pues, el estrés ha acompañado y acompañará al ser humano como un estímulo inevitable e inseparable, modificando el aprendizaje y ayudando a afrontar con éxito los retos de la existencia o produciendo un desgaste o deterioro reversible o irreversible según las capacidades de adaptación del individuo.

### 1.1.2.Fisiopatología

Los agentes estresantes pueden ser tanto físicos como biológicos o psíquicos y se dividen en tres grupos<sup>5,6</sup>.

- 1) **Factores externos de estrés** (variables ambientales capaces de alterar el equilibrio del medio interno o sobrecargar los mecanismos de defensa y regulación homeostática del organismo)
- 2) **Factores internos de estrés** (variables propias del individuo, directamente relacionadas con la respuesta de estrés y con la adaptación, defensa y neutralización de los factores externos de estrés)
- 3) **Factores modulares** (constituidos por variables tanto del medio como del individuo (apoyo social, estados afectivos como depresión...))

Estos factores se pueden experimentar por una persona simultáneamente e interactuar entre sí de forma dinámica. El estrés laboral puede favorecer la frecuencia y la intensidad de las discusiones familiares, y éstas a su vez predisponen al trabajador sobre los estresores laborales. Este



fenómeno se conoce como generalización por desplazamiento (spillover) entre los diferentes roles personales<sup>7</sup>.

Selye describió el GAS como un proceso en tres etapas:

1. **Alarma de reacción**: cuando el cuerpo detecta el estímulo excitatorio externo
2. **Adaptación o resistencia**: cuando el cuerpo toma contramedidas defensivas hacia el agente agresor
3. **Agotamiento**: cuando comienzan a agotarse las defensas del cuerpo porque el estresor se prolonga en el tiempo, se produce una pérdida de los recursos adaptativos del organismo y se producen alteraciones en el organismo.

Hablamos de eustrés si la respuesta favorece la adaptación, o de distrés si la respuesta no favorece o dificulta la adaptación al factor estresante. Un ejemplo sería la reacción ante un depredador al acecho: si corremos, estamos teniendo una respuesta de eustrés (resultado positivo: logramos huir), si nos paralizamos, presas del terror, estamos teniendo una respuesta de distrés (resultado negativo: somos devorados). En ambos casos ha habido estrés. Cuando la respuesta al estrés se prolonga demasiado tiempo y alcanza la fase de agotamiento, estaremos ante un caso de distrés.

El estrés puede contribuir, directa o indirectamente, a la aparición de trastornos generales o específicos del cuerpo y de la mente.

En primer lugar, esta situación hace que el organismo se ponga en guardia, prepara el cuerpo para la acción defensiva. La respuesta se centra en el estímulo potencialmente lesivo. Por este motivo se activan los sentidos, se aceleran el pulso y la respiración y se tensan los músculos. Esta respuesta denominada *reacción de lucha o huida* es importante, nos defiende contra situaciones amenazantes. Biológicamente implica:

- **Sistema Nervioso Autónomo (SNA)<sup>8</sup>**: se favorece el predominio del sistema nervioso simpático (vasoconstricción periférica, midriasis, taquicardia, taquipnea, ralentización de la motilidad intestinal, etc.). El sistema nervioso parasimpático que promueve el crecimiento y el almacenamiento de energía se ve inhibido (Tabla 1).

**Tabla 1. Sistema Nervioso Autónomo**

Órgano	SNA Simpático	SNA Parasimpático
Ojo	Pupila dilatada  Enfoque para visión lejana	Pupila contraída  Enfoque para visión cercana
Corazón	Aumento de la fuerza de contracción y de la frecuencia cardíaca	Disminución de la fuerza de contracción y de la frecuencia cardíaca
Pulmones	Dilatación de las vías respiratorias	Constricción de las vías respiratorias
Digestivo	Disminución del tono intestinal y del peristaltismo, aumento del tono esfinteriano (la mayor parte de las veces), glucogenólisis (hígado y músculo)	Aumento del tono intestinal y del peristaltismo, relajación del tono esfinteriano (la mayor parte de las veces), gluconeogénesis hepática
Médula suprarrenal	Secreción aumentada	Ningún efecto
Metabolismo basal	Aumentado hasta el 100%, con aumento de glucosa y lípidos en sangre (lipólisis)	Ningún efecto
Músculo	Aumento de la fuerza y de la glucogenólisis	Ningún efecto
Piel	Constricción  Piloerección	Ningún efecto

- **Eje hipofisiosuprarrenal (HSP):** está compuesto por el hipotálamo y la hipófisis, estructuras ubicadas en la base del cerebro y las glándulas suprarrenales, que se encuentran sobre el polo superior de cada riñón y están integradas por la médula y la corteza suprarrenales. Este eje funciona de vínculo entre el sistema endocrino y el sistema nervioso, y se estimula por las agresiones físicas y/o psíquicas o emocionales (cascada neurohormonal). Al activarse, el hipotálamo secreta la hormona CRF (factor liberador de corticotropina), que actúa sobre la hipófisis y provoca la secreción de la hormona adrenocorticotropa (ACTH) y hormona antidiurética (ADH). Esta secreción incide sobre las glándulas suprarrenales y estimula la producción de cortisol, adrenalina y noradrenalina entre otras, que pasan al torrente circulatorio y producen múltiples incidencias orgánicas. Este sistema se regula por retroalimentación negativa, lo que significa que el cortisol circulante se une a receptores en hipotálamo e hipófisis frenando la liberación de dichas hormonas y volviendo al organismo al estado basal.

Debemos tener en consideración que los episodios cortos o infrecuentes de estrés representan poco riesgo. Además, no todos los estresores producen el mismo patrón de respuesta, al igual que no todas las personas

responden al mismo estresor de la misma manera, y es conocido que el factor psicológico representa un papel definitivo en el desarrollo de la respuesta. El cuerpo desarrolla estos mecanismos para aumentar las probabilidades de supervivencia frente a una amenaza a corto plazo, pero no para ser mantenidos indefinidamente.

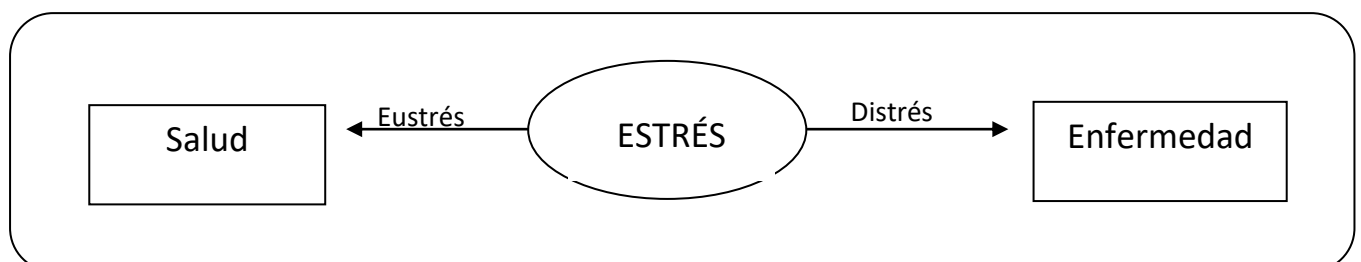
Pero si las situaciones estresantes se suceden sin adaptación o resolución (*distrés*), el cuerpo se encuentra ante un estado de alerta constante, provocando un desgaste fisiológico que puede conllevar un daño físico. En esta situación, la capacidad para recuperarse y defenderse se puede ver seriamente comprometida, aumentando el riesgo de lesión o enfermedad.

La psiconeuroinmunología lleva años estudiando la posible relación entre el estrés (*distrés*) y la inmunodepresión. La liberación de hormonas de estrés podría inhibir la maduración de los linfocitos, encargados de la inmunidad específica. El SNA tiene efectos inmunomoduladores, la activación simpática tiene efecto inmunosupresor, por lo que se podría afirmar que el sistema inmunológico es sensible a los cambios de las circunstancias vitales y a las actitudes de las personas.

El cortisol es la hormona por excelencia del estrés. El aumento de cortisol es una de las respuestas más claras ante cualquier situación estresante. Si este aumento es mantenido en el tiempo, se observará una activación de interleucinas y citosinas que contribuyen a reducir la actividad de los linfocitos T4 evitando el freno sobre las células tumorales. Si bien no se puede establecer una relación directa entre estrés e inmunosupresión, las investigaciones sugieren que el estrés podría favorecer afecciones en pacientes predisponentes<sup>9,10</sup>. En una entrevista realizada en julio del 2017 por elperiódico.com al oncólogo Pere Gascón, exponente internacional en la investigación que vincula el sistema nervioso y el cáncer, éste declaró: "El estrés emocional crónico puede poner en marcha el proceso que inicia un cáncer".

Si observamos las reacciones psicológicas que causa el estrés, veremos respuestas emocionales como abatimiento, tristeza, irritabilidad, apatía, indiferencia, inestabilidad emocional, etc.

### Ilustración 1.



En resumen, ante una situación de estrés obtendremos cambios neuroendocrinos, inmunológicos, vegetativos y conductuales. El estrés en sí mismo no es una enfermedad, pero la vulnerabilidad o la resistencia individual al estrés puede marcar una diferencia (Ilustración 1.).

### **1.1.3. Estrés laboral**

El estrés puede ser ocasionado por problemas personales o laborales. Es evidente que la institución no puede proteger a sus trabajadores contra el estrés personal o doméstico, pero sí contra aquel producido por su ambiente laboral.

El estrés de trabajo se puede definir como un conjunto de reacciones nocivas, tanto físicas como emocionales, que concurren cuando las exigencias del trabajo superan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador. El concepto de estrés del trabajo muchas veces se confunde con el de desafío (los retos), pero ambos conceptos son diferentes. El desafío nos vigoriza psicológica y físicamente, y nos motiva a aprender habilidades nuevas y llegar a dominar nuestros trabajos o profesiones. Cuando nos encontramos ante un desafío, nos sentimos

relajados y satisfechos. El desafío se puede considerar un ingrediente importante del trabajo sano y productivo. Pero desgraciadamente, existe confusión entre estrés y presión o reto, y esto se utiliza para disculpar prácticas gerenciales inadecuadas.

Según como sean vividos, resueltos y afrontados, los momentos estresantes en el trabajo, se determinará nuestra respuesta individual:

-Adaptativa: consiguiendo un aprendizaje y una satisfacción

-Desadaptativa: llegando a desgaste e insatisfacción.

Se considera que el estrés laboral afecta negativamente a la salud psicofisiológica de los trabajadores y a la eficacia de las entidades para las que trabajan. Los principales motivos que generan estrés en el trabajo son:

-Existencia de presiones y exigencias que superan los conocimientos y capacidades del trabajador.

-La falta de ocasiones para tomar decisiones o ejercer control

-La falta de apoyo por parte del equipo.

En el 1987 Peter Warr<sup>11</sup> describió nueve características laborales que influyen en el grado de salud mental del trabajador (Cuadro 1), y estableció



así, el modelo vitamínico de estrés laboral, según el cual, a partir de cierto grado o límite aunque aumenten o mejoren los factores laborales de salario/seguridad laboral/valoración-posición social/claridad ambiental no mejora la salud del trabajador. Cuando el resto de variables del cuadro aumentan en exceso se produce un daño en el trabajador.

### Cuadro 1.

<b>Características del trabajo relacionadas con la salud mental laboral según Warr 1987.</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Autonomía, posibilidad de control de las actividades y situaciones</li><li>2. Uso de capacidades, posibilidad de utilizar las habilidades que se poseen así como de desarrollar otras</li><li>3. Objetivos externos, participación en la generación de objetivos específicos en función del propio rol personal</li><li>4. Variedad de tarea</li><li>5. Claridad ambiental, claridad del entorno laboral en cuanto a la información sobre su rendimiento</li><li>6. Salario, disponibilidad económica</li><li>7. Seguridad física</li><li>8. Relaciones interpersonales, oportunidad de establecer coaliciones, apoyo social, modelos de comportamiento, etc</li><li>9. Posición o valoración social de nuestro puesto</li></ol>

Si especificamos en el ámbito sanitario, según Mingote<sup>7</sup>, sería necesario incluir un décimo factor considerado fundamental: la calidad de la supervisión.

Desde las perspectivas actuales, se podrían considerar más importantes los recursos destinados al afrontamiento del estrés que los agentes estresantes en sí, entendiendo estos recursos como personales e institucionales.

El estrés laboral se puede manifestar por tres tipos de síntomas y enfermedades:

1. **Emocionales o psicológicos:** ansiedad, hostilidad, depresión, irritabilidad, culpa, vergüenza...
2. **Físicos u orgánicos:** cefaleas, úlceras gastroduodenales, hipertensión, trastornos musculoesqueléticos (lumbalgia), insomnio, temblor...
3. **Conductuales:** absentismo, falta de compromiso laboral, mala tolerancia a la crítica, siniestralidad, baja productividad, frecuente cambio de trabajo...

Como hemos dicho, el estrés laboral también afecta a las entidades aumentando el absentismo, disminuyendo la productividad y el rendimiento, aumentando las prácticas poco seguras (y secundariamente la tasa de accidentes), produciéndose efectos negativos en el reclutamiento de personal y deteriorando la imagen institucional (tanto entre sus empleados como de cara al exterior).

Hoy en día se considera que el estrés es el segundo motivo de los problemas de salud laboral y el 28% de todos ellos. El estrés laboral es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) una epidemia global, siendo el único riesgo ocupacional que puede afectar al ciento por ciento de los trabajadores. La crisis económica y el impacto que ha tenido en las condiciones laborales no ayudan a reducir los factores estresantes, si bien no hay que olvidar, que no son el único factor a tener en cuenta.

Existe jurisprudencia que considera las secuelas derivadas del estrés laboral como una enfermedad del trabajo. Una sentencia del Tribunal Superior de Justicia (TSJ) de Extremadura en 2010 asumió como accidente laboral un suicidio motivado por “la obsesión por conservar el puesto de trabajo”. Y posteriormente se condenó al Servicio Andaluz de Salud a reconocer a un médico una incapacidad como consecuencia de la ansiedad derivada por problemas informáticos. Hace apenas cinco años, en el 2015, el

TSJ del País Vasco sentenció que la incapacidad temporal de una trabajadora por un síndrome de ansiedad y depresión derivado de un conflicto prolongado con su superior jerárquico debía considerarse accidente de trabajo, ya que la patología le sobrevino por la “situación de tensión” por motivos exclusivamente laborales, debido al “incivismo organizacional” de su jefe.

Por lo tanto, los tribunales avalan el accidente laboral “mental” como enfermedad.

#### **1.1.4. Estrés laboral del médico**

En la primera edición del Tratado de Medicina Interna (Dr. Harrison) se lee:

“No cabe mayor suerte, responsabilidad u obligación en el destino de un hombre que convertirse en médico. Para atender a los que sufren, el médico debe poseer habilidades técnicas, conocimiento científico y calor humano.”

Exhortaciones como éstas, encumbran y alejan la figura del médico de la cotidiana realidad, actuando como esclavizadores y predisponiendo a

un desgaste prematuro. De hecho, se estima que entre un 10 y un 20% de los médicos podrían estar emocionalmente perturbados<sup>7</sup>.

La interacción médico-paciente puede distinguirse según dos tipos de conducta: la conducta instrumental, que requiere habilidad técnica ya que está orientada a la tarea diagnóstica y terapéutica de la enfermedad, y la conducta expresiva o social, que se focaliza en las relaciones interpersonales y requiere competencias psicosociales. La conducta instrumental también es conocida como operante, y se basa en que es más probable que el sujeto repita una acción o conducta que desencadene un efecto positivo que una que conlleve un efecto negativo. Se considera que estas dos conductas son básicas en toda profesión de matiz asistencial, por eso estas dos conductas se han de aunar en pro de una medicina competente y humanitaria.

El estrés laboral del médico depende tanto de características organizativas como personales, ya que éste resulta cuando las demandas laborales superan los recursos de afrontamiento de los que se dispone. Estos recursos implican los conocimientos teóricos, las habilidades técnicas y su actitud social para poder establecer relaciones cooperativas. En cuanto a los estresores organizacionales, Mingote<sup>7</sup> reconoce 8 en la vida profesional del médico:

1. **Bajo salario:** conlleva una pérdida de estatus social reforzando una imagen profesional negativa
2. **Ausencia de una adecuada planificación del desarrollo profesional:** integración teórico-práctica, formación psicosocial...
3. **Sobrecarga cuantitativa y cualitativa del Trabajo:** el trabajo es demasiado complejo por la gran sofisticación y avances científicos (muchas veces sin existir una formación adecuada previa). Debemos tener en cuenta en este mismo apartado el exceso de trabajo respecto al tiempo para llevarlo a cabo
4. **Incertidumbre de la práctica clínica:** existe una gran importancia en la toma de decisiones por sus repercusiones, las expectativas sociales de los resultados son muy elevadas
5. **Pérdida de control del médico actual sobre la gestión de los recursos sanitarios:** conlleva falta de autonomía y frustración ocupacional
6. **Estresores psicosociales:** se vive un entorno de constante escrutinio debido a una tanatofobia generalizada
7. **Interferencias del trabajo en la vida personal y familiar:** la elevada exigencia de dedicación a la profesión sin una adecuada

compensación económica lleva a la pérdida de disponibilidad familiar, valoración social y poder adquisitivo.

8. **Arquitectura sanitaria:** los hospitales son un ejemplo de disfuncionalidad, se han quedado obsoletos con hacinamiento de pacientes, colas en comedores, masificación de consultas...

Los factores personales de protección también están documentados dentro de los recursos adaptativos vitales, denominados “**Fuerzas Saludables**” por Mingote; encontramos cinco:

1. Sentido del humor, capacidad de anticipación, creatividad
2. Comprensión emocional personal y social
3. Eficiente regulación de la autoestima personal
4. Mente abierta a las nuevas vivencias, ya sean satisfactorias o frustrantes
5. Establecer relaciones personales sanas (soporte social)

En una revisión realizada por Aguado & Co.<sup>12</sup> sobre el estrés en el personal médico hospitalario se concluye que en la mayoría de estudios revisados existe un nivel de estrés elevado. Este nivel es mayor en los trabajadores de áreas como urgencias, oncología, anestesia y cuidados intensivos, donde se podría considerar que existen circunstancias especiales

como mayor carga de trabajo, responsabilidad, fatiga o situaciones de emergencia.

### **1.1.5. Medición del estrés. Índice de Reactividad al Estrés (IRE).**

La medida del estrés no se puede realizar con ningún parámetro simple. Hay escalas que emplean indicadores médicos como puede ser el uso de servicios médicos, la enfermedad coronaria, etc.. También hay escalas psicométricas. Una combinación de estos datos tanto sintomáticos como conductuales al estrés es la escala de la que vamos a hacer uso en este estudio, el Índice de Reactividad al Estrés (IRE) de González de Rivera<sup>6,13</sup>, Catedrático de Psiquiatría y Psicología médica, Doctor en Medicina y Especialista en Medicina Interna y Psiquiatría.

El Índice de Reactividad al Estrés de González de Rivera (IRE) es una escala autoaplicada que permite la cuantificación válida y fiable de la respuesta individual de estrés como variable de rasgo bastante estable a lo largo del tiempo<sup>7</sup>.

El estrés es una respuesta automática del organismo ante situaciones que exigen un mayor esfuerzo de lo ordinario o en las que puede suceder



algo peligroso, nocivo o desagradable. El IRE mide los factores internos de estrés, y evalúa la varianza de la respuesta de estrés debida a factores de la persona (aunque se acepta que el organismo es un intermediario entre la estimulación medioambiental y la respuesta ante ésta).

Cada persona desarrolla una serie de reacciones características ante el estrés. El IRE es, como su nombre indica, un Índice de Reactividad frente al Estrés compuesto por 32 ítems que definen el conjunto de pautas habituales de respuesta de cuatro escalas distintas ante dichas situaciones: cognitiva, emocional, vegetativa y conductual. Está desarrollado para la cuantificación de las respuestas subjetivas ante situaciones de estrés<sup>5</sup>. Se evalúan reacciones habituales al estrés y no dependientes del estado en el momento de realización del test.

Cada ítem puntúa como un punto cuando estas respuestas son habituales, es decir, positivas ante situaciones que generan estrés al encuestado, por lo que la respuesta es dicotómica y no se gradúa el valor de la respuesta. El valor global de la respuesta se obtiene sumando todos los ítems positivos. El valor máximo posible del cuestionario es por tanto 32, ya que es el número de ítems a responder. Según considera el autor, la puntuación de corte es 9, de tal manera que un valor superior a 9 indica un probable trastorno de estrés<sup>7,15</sup> con todo lo que ello implica.

## 1.2. Síndrome de Burnout

El Síndrome de Burnout (SB), también conocido como el Síndrome de desgaste o agotamiento profesional, es un síndrome clínico descrito por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger<sup>16</sup>, psiquiatra que trabajaba como voluntario en la Free Clinic de Nueva York, una clínica de desintoxicación para toxicómanos. Freudenberger observó que un año después de empezar a trabajar en la clínica, la mayoría de los profesionales sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, así como desmotivación, falta de interés por el trabajo y síntomas de ansiedad y depresión. El tipo de trabajo que realizaban carecía de horario fijo con jornadas laborales muy extensas, con un salario bajo y un contexto social muy exigente, tenso y comprometido. Estas personas iban modificando su conducta para volverse poco comprensivas, insensibles, cínicas o incluso agresivas en su trato diario con los pacientes, e incluso llegando a culpar al propio paciente de los problemas que padecía.

Freudenberger eligió la palabra "burnout" para describir a dicha situación, palabra que utilizaban también para referirse a los efectos del consumo crónico de las sustancias tóxicas de abuso. Burnout se puede traducir como estar quemado, consumido o apagado. Esta palabra también se usaba de forma habitual en el campo deportivo o artístico para referirse a aquellos

sujetos que no obtenían los resultados esperados pese al esfuerzo realizado.

A su vez, Christina Maslach<sup>17,18</sup>, psicóloga social, estudiaba las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de ayuda a personas. Eligió también el mismo término que utilizaban de forma coloquial los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo. Maslach decidió emplear esta misma expresión por su gran aceptación social: los afectados se sentían fácilmente identificados con este feliz término descriptivo y no estigmatizador como con los diagnósticos psiquiátricos.

### **1.2.1. Definición del término Burnout**

Freudenberger (1974) lo define como sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador<sup>16</sup>.

Más tarde Maslach (1976) lo describió como el proceso gradual de pérdida de responsabilidad personal, y desinterés cínico entre compañeros de trabajo<sup>18</sup>.

Spaniol y Caputo (1979) definieron el burnout como el síndrome derivado de la falta de capacidad para afrontar las demandas laborales o personales<sup>19</sup>.

Pines, Aaronson y Kafry (1981) propusieron una definición más amplia y no restringida a las profesiones de ayuda, lo asemejaron a un estado de agotamiento emocional, mental y físico producido por la implicación crónica de la persona en el trabajo durante largos periodos de tiempo en situaciones emocionalmente demandantes<sup>20</sup>.

Existen múltiples definiciones, pero la definición más aceptada es la de Maslach y Jackson (1981) que lo definieron como una respuesta al estrés laboral crónico que conlleva encontrarse emocionalmente agotado, el desarrollo de actividades y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (considerados actitudes de despersonalización), y la aparición de procesos de devaluación del propio rol profesional<sup>21</sup>.

En España, Vega, Péres Urdániz y Fernández Cantí<sup>22</sup>, utilizan la expresión de Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) para referirse al mismo concepto, aunque nosotros seguiremos refiriéndonos a él como Síndrome de Burnout.

En este estudio aceptamos la definición de Maslach y Jackson, entendiendo que el burnout se configura como un síndrome tridimensional caracterizado por<sup>7</sup>:

- a. **Agotamiento emocional:** refiriéndonos a la disminución o pérdida de recursos emocionales
- b. **Despersonalización o deshumanización:** consistente en el desarrollo de actitudes negativas, insensibilidad y cinismo en el trato de las personas que reciben nuestro trabajo
- c. **Reducida realización personal:** definida como una tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y con baja autoestima personal.

### 1.2.2. Fisiopatología

Dicho síndrome o estado psicológico aparece cuando fracasan los mecanismos compensatorios de adaptación frente a situaciones laborales con un estrés mantenido. Por lo tanto, el SB es una respuesta inapropiada a un estrés laboral crónico que afecta tanto al profesional como a su desarrollo asistencial. Es la consecuencia del fracaso individual de adaptación por

desgaste o agotamiento de los recursos psicológicos del trabajador para el afrontamiento de las demandas que requiere el trabajo a realizar, en resumen, excesivas demandas laborales y limitados recursos de afrontamiento.

Las consecuencias han sido detalladas por diferentes autores<sup>7,21,23,24</sup> y se pueden agrupar en cinco factores comunes en casi todas las definiciones:

- 1) **Síntomas Emocionales:** Depresión, indefensión, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia, acusaciones a los clientes/pacientes, supresión de sentimientos.
- 2) **Síntomas Cognitivos:** Pérdida de significado, pérdida de valores, desaparición de expectativas, modificación de auto-concepto, pérdida de autoestima, desorientación cognitiva, pérdida de la creatividad, distracción, cinismo, criticismo generalizado.
- 3) **Síntomas Conductuales:** Evitación de responsabilidades, absentismo laboral e intenciones de abandonar la organización, desvalorización, auto-sabotaje, desconsideración hacia el propio trabajo, conductas inadaptadas, desorganización, sobreimplicación, evitación de decisiones, aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.

- 4) **Síntomas Sociales:** Aislamiento y sentimientos de fracaso, evitación de contactos, conflictos interpersonales, malhumor familiar, formación de grupos críticos, evitación profesional.
- 5) **Síntomas Psicosomáticos:** Cefaleas, dolores osteomusculares, quejas psicosomáticas, pérdida de apetito, cambios de peso, disfunciones sexuales, problemas de sueño, fatiga crónica, enfermedades cardiovasculares, alteraciones gastrointestinales, aumento de ciertas determinaciones analíticas (colesterol, triglicéridos, glucosa, ácido úrico, etc.).

Tampoco hay que olvidar que existen factores ambientales, culturales y personales que pueden influir tanto en el desarrollo como en la prevención del Burnout<sup>25</sup>. En las primeras publicaciones realizadas, se destacó más la importancia de las diferencias individuales respecto a la influencia de las condiciones de trabajo. Personalidades con matices perfeccionistas, idealistas e ingenuas, con gran entrega al trabajo y que desean obtener una buena opinión de sí mismos son las más propensas de padecerlo<sup>7</sup>. El SB es más frecuente en jóvenes, ya que la satisfacción laboral suele aumentar con la edad. También es conocido que las mujeres presentan más estrés laboral que los hombres, y que los solteros son más proclives al desgaste profesional.

### 1.2.3. Burnout del médico

Inicialmente fue conceptualizado como un estado psicológico en personas que trabajan en contacto con gente que sufre (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc.). Inicialmente se asoció a trabajos de servicios sociales con relación continua de ayuda (profesiones sin duda, más expuestas a riesgos psico-emocionales<sup>23</sup>). Posteriormente se ha detectó en todo tipo de profesiones, sobre todo en aquellos profesionales que mantienen un contacto continuado con personas (profesores, policías, trabajadores sociales, etc.)<sup>26</sup>.

Dublin y Spiegelman<sup>27</sup> en el 1974 destacaron que “es notable descubrir que los hombres y mujeres de la profesión médica, dedicados a mejorar la salud de los demás, fracasan en proteger la suya”. En el 1959, Dowling expone lo que llama el triple signo de “ignorancia, indiferencia y falta de cuidado” del colectivo médico frente a su propia salud<sup>28</sup>. Los problemas emocionales de los médicos han sido con frecuencia ocultados y mal afrontados<sup>7</sup>.

La atención al paciente es la primera causa de estrés y a la vez de satisfacción personal. El médico se identifica con la angustia y ansiedad del paciente y sus familiares frente a perspectivas diagnóstico-terapéuticas no



siempre satisfactorias. El tipo de trabajo realizado expone al médico a un gran número de factores considerados de riesgo a nivel psicosocial, como el contacto con la muerte, las situaciones de sufrimiento, las jornadas laborales extensas o los horarios irregulares. Todo ello hace que los factores de riesgo del burnout en el personal sanitario estén más ligados con el ambiente psicosocial del trabajo que con los factores personales<sup>24,26,29,30</sup>.

Son numerosos los estudios que relacionan la profesión médica con alcoholismo, adicción a drogas, conflictos matrimoniales, depresión y suicidio. El estrés, ligado a la práctica médica, podría precipitar un trastorno mental en aquellos profesionales predispuestos. De hecho, se reconoce que la presión psicológica a la que está sometido un médico es superior a la de otras profesiones con igual nivel de ocupación<sup>31</sup>. La prevalencia de tentativa de suicidio es mayor en el colectivo médico que en la población general<sup>32</sup> y las tasas en cuanto a enfermedad vascular, cirrosis hepática y accidentes de tráfico son tres veces más altas entre médicos que en la población general<sup>33,34,35,36</sup>.

Debemos considerar también el género como factor importante. En nuestro colectivo profesional, las mujeres son más susceptibles que los hombres a padecer trastornos ansiosos, alimentarios, somatizaciones y del estado de ánimo<sup>7</sup>. Las doctoras presentan niveles más altos de estrés

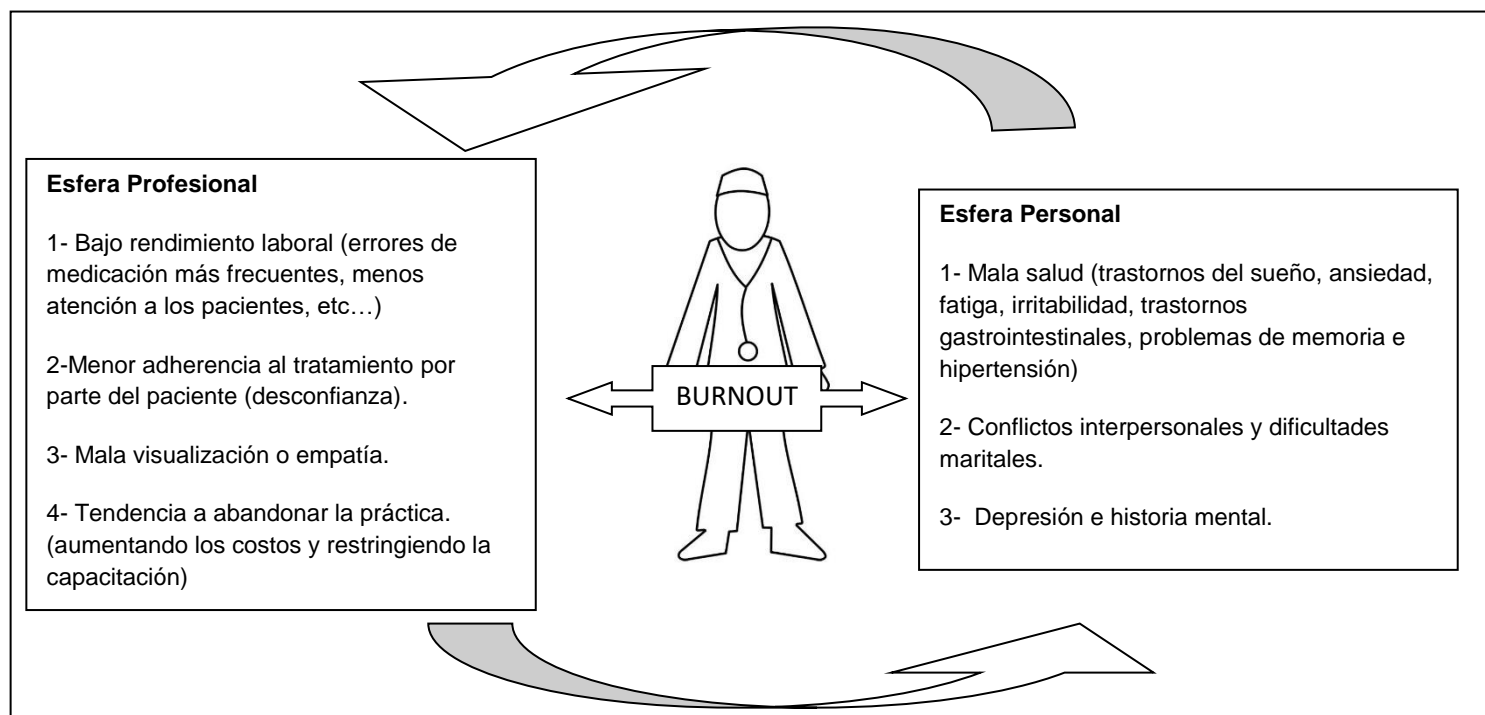
emocional, siendo un grupo de mayor riesgo para padecer depresión y suicidio, sobre todo las solteras<sup>37</sup>. Este aumento de estrés podría relacionarse con el rol que viven las mujeres entre los requerimientos profesionales y los de su vida personal y familiar<sup>7</sup>.

El rol de las mujeres profesionales frente al estrés fue estudiado por Cartwright<sup>38</sup>, que describió tres estilos de afrontar el estrés por las médicas:

1. Aquellas “supermujeres” que abarcan tanto las demandas personales como profesionales. Dependiendo de sus recursos y habilidades pueden sufrir deterioro de su salud si sus esfuerzos adaptativos fracasan, o tener un enriquecimiento personal y un mayor desarrollo creativo si triunfan en su adaptación a los diferentes roles.
2. Las que se centran en su papel familiar y actividades sociales. Estas profesionales limitan sus objetivos profesionales y ambiciones en pos de un beneficio familiar y/o social.
3. Las que se centran en su papel profesional. Son mujeres dedicadas exclusivamente a su profesión, no suelen tener pareja ni hijos, y es su desarrollo profesional el que les proporciona la mayor satisfacción personal.

El efecto deletéreo que supone el Burnout médico para el paciente ha sido estudiado, discutido e investigado por la literatura médica durante muchos años<sup>39,40,41,42,43,44,45</sup>. Los síntomas varían en función de la severidad y del tipo de persona, pero ejerce sus efectos negativos en dos esferas, la personal y la profesional<sup>24</sup>. El bienestar del paciente y el bienestar profesional están altamente interconectados y pueden representar un ciclo, en el que uno influye en el otro de una manera positiva o negativa (Ilustración 2).

**Ilustración 2. Consecuencias profesionales y personales del Burnout.**



Cada especialidad médica posee características propias en cuanto a la relación con el paciente, la toma de decisiones y el reconocimiento profesional<sup>46</sup>. Tanto los anestesiólogos como los médicos intensivistas están expuestos a este riesgo aumentado secundariamente a su posición de primera línea frente al cuidado del paciente crítico. De hecho, en la revisión realizada por Rama-Maceiras et al<sup>24</sup>, casi el 50% de los anestesiólogos obtuvieron resultados positivos en algunos de los dominios de burnout en diferentes encuestas, y un tercio de ellos presentaban niveles altos de Burnout. La Anestesiología es una especialidad que se ha intentado relacionar de forma independiente con el abuso de alcohol, drogas y suicidio, por lo tanto, lo podríamos considerar un grupo especialmente susceptible de padecer Burnout<sup>47,48,49</sup>. Las potenciales consecuencias del abuso de drogas por parte del colectivo médico son graves tanto para el profesional como para el paciente<sup>49,50</sup>.

#### **1.2.4. Medición del Burnout. Maslach Burnout Inventory.**

Maslach y Jackson crearon un cuestionario de medida<sup>17</sup> para el SB: el Maslach Burnout Inventory (MBI), que es el que vamos a utilizar en este estudio y está considerado el *Gold Standard* para identificar el SB<sup>29</sup>, siendo

el cuestionario más utilizado en todo el mundo para evaluar el burnout. El MBI fue adaptado a la lengua española por Moreno, Oliver y Aragonese<sup>51</sup>.

El MBI es un cuestionario autoaplicado que la mayoría de personas pueden rellenar en 10 o 15 min. Consta de 22 ítems con respuesta según una escala de tipo Likert en la que se expresa el grado de acuerdo o desacuerdo con el ítem en cuestión con valores que van del 1 al 7. El test define los tres aspectos del SB: el agotamiento emocional (AE), la despersonalización (D) y la realización personal (RP), mediante afirmaciones sobre sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo habitual. El AE se evalúa mediante 9 ítems, la D lo hace con 5 ítems y 8 para la RP (Tabla 2. Dimensiones del MBI y sus puntuaciones.). La puntuación se calcula con un simple sumatorio de las respuestas en cada dimensión. La presencia de Burnout elevado se define siguiendo los mismos criterios empleados en trabajos previos<sup>52,53</sup>, aquellas puntuaciones superiores a 26 puntos en la dimensión de Agotamiento Emocional y/o más de 9 puntos en Despersonalización, excluyendo la dimensión de Realización Personal por tratarse de una esfera muy influenciada por factores ajenos al ámbito laboral.

**Tabla 2. Dimensiones del MBI y sus puntuaciones.**

<b>Escala</b>	<b>Nº ítems evaluados</b>	<b>Puntuación máxima</b>
<b>AE</b>	9	63
<b>D</b>	5	35
<b>RP</b>	8	56

### **1.3. Calidad de vida profesional**

Dado que el estrés laboral incide directamente en la satisfacción del profesional y en su percepción de la calidad de vida en el trabajo, y que uno de los factores condicionantes básicos de la productividad es el grado de bienestar o satisfacción que los profesionales tienen con su trabajo, es lógico pensar que el grado de calidad de los servicios sanitarios que se ofrecen en un Sistema de Salud está relacionado con el grado de satisfacción de sus profesionales<sup>54</sup>. Por tanto la satisfacción laboral dentro de las organizaciones sanitarias es un objetivo imprescindible para la consecución de la calidad global necesaria en nuestro sistema sanitario. La calidad de vida en el trabajo es una dimensión valiosa, y un objetivo ineludible por ser una garantía del capital humano y por haber demostrado su influencia sobre los resultados de la práctica profesional<sup>55</sup>.

#### **1.3.1. Definición del término Calidad de Vida Profesional**

Existen múltiples definiciones, pero la más completa quizás sea la de García Sánchez en el 1993<sup>56</sup>, que define el concepto como una experiencia de bienestar derivada del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas o las cargas del medio (o de la profesión), y los recursos (ya sean psicológicos, organizacionales o relacionales) de los que se dispone para

afrontar dichas demandas<sup>54,57</sup> De este modo, la Calidad de Vida Profesional (CVP) puede ser considerada una actitud frente al trabajo y la vida, ya que es el sujeto el que evalúa de forma positiva o negativa.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), fundada en el 1919, define el trabajo como “el conjunto de actividades humanas, remuneradas o no, que producen bienes o servicios en una economía, o que satisfacen las necesidades de una comunidad o proveen los medios de sustento para los individuos”

Por ello, la Calidad de Vida Profesional debe ser medida con precisión y exactitud, a la vez que supervisada.

En el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid<sup>58</sup> se realizó un estudio sobre estrés laboral, satisfacción y calidad de vida laboral. En cuanto al género, no se encontraron diferencias significativas en estos 3 ítems, aunque destacó una mayoría de mujeres en servicios centrales así como un menor número de guardias (datos que podrían haber influido en los resultados obtenidos). Se observó que las mujeres eran menos competitivas y que a la vez, tenían una mejor calidad de relaciones interpersonales laborales.



### **1.3.2. Medición de la Calidad de vida profesional. Calidad de Vida Profesional-35.**

Existen varias herramientas de medida de la calidad de vida profesional validadas en lengua castellana y en nuestro entorno, en el ámbito médico, pero dentro de las diferentes escalas empleadas, la más utilizada hasta el momento es el cuestionario de Calidad de Vida Profesional de 1998<sup>56,59,60</sup>. Su autora es Carmen Cabezas<sup>59</sup>, Licenciada en Medicina y Cirugía, Especializada en Medicina de Familia y Comunitaria y en Medicina Preventiva y Salud Pública. El cuestionario de Calidad de Vida Profesional, también llamado CVP-35, está validado en entornos diferentes del sistema de salud de ámbito nacional y es ampliamente utilizado. Se ha evaluado tanto su validez y fiabilidad intrasujeto<sup>60,61</sup> como su relación con otros cuestionarios relacionados con el estrés profesional<sup>62</sup>.

El cuestionario CVP-35, está construido tomando como referencia el PQL-35 questionnaire de Robert Karasek y bajo el marco teórico del modelo de Karasek (demandas-control). Este modelo de demandas-control se basa en características psicosociales del trabajo, las demandas psicológicas que éste plantea y una cierta combinación de control de las tareas y uso de las capacidades (la llamada latitud de toma de decisiones). La “latitud de toma de decisiones” se entiende como la aptitud del trabajador para controlar sus

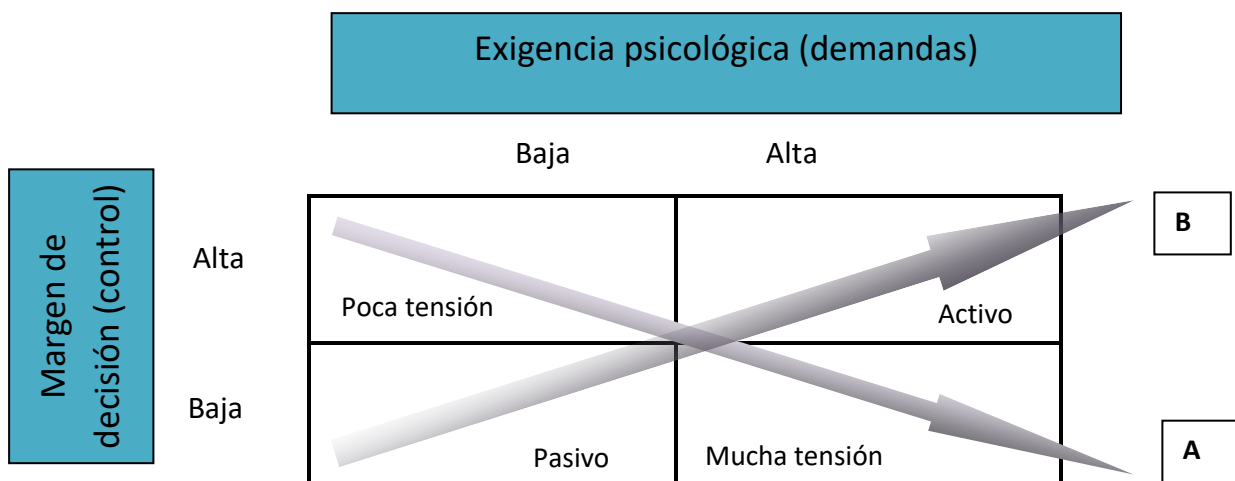
actividades y la utilización de sus capacidades, no para controlar a otras personas. El modelo trabaja con la idea de que las situaciones laborales que se caracterizan por un escaso control y unas altas demandas, están relacionadas con incomodidad laboral. Resaltando también, la influencia de las características del ámbito laboral como los perfiles o requerimientos del trabajo, y la posición respecto a la toma de decisiones dentro de la organización (latitud) con la capacidad para afrontar el estrés laboral<sup>63</sup>.

Bajo el modelo de demandas-control, propuesto por Karasek (Ilustración 3. Modelo Demanda/Control de R.Karasek.), la satisfacción laboral se define en contraposición al concepto de estrés laboral, que supone un desequilibrio percibido entre la demanda y la capacidad de respuesta del individuo en condiciones en las que el fracaso ante esa demanda supone importantes consecuencias<sup>59</sup>. Por tanto, la satisfacción laboral se puede definir como el grado de conformidad del empleado respecto a su entorno y condiciones de trabajo.

Este modelo de demandas/control también explica que las situaciones de escasa exigencia y escaso control provocan un entorno de trabajo muy poco “motivador” que conduce a un “aprendizaje negativo” o a una pérdida gradual de las capacidades adquiridas con anterioridad. Esta teoría de que las exigencias del entorno pueden conceptualizarse tanto en términos

positivos como negativos es congruente con la idea explicada anteriormente de que hay un estrés “bueno” (eustrés) y un estrés “malo” (distrés).

### Ilustración 3. Modelo Demanda/Control de R.Karasek.



**A:** Riesgo de tensión psicológica y/o enfermedad física

**B:** Motivación de aprendizaje para desarrollar nuevas pautas de comportamiento

La percepción de la satisfacción laboral, medida como la calidad de vida en el trabajo, se considera una dimensión valiosa en sí misma y a la vez, un objetivo imprescindible de la intervención de la organización por ser una garantía del mantenimiento del capital humano, y por haber demostrado su incidencia sobre los resultados de la práctica profesional<sup>60,64</sup>.

El cuestionario CVP-35 realiza una medida multidimensional de la calidad de vida profesional. Consta de 35 preguntas, que se responden en una escala de 1 a 10, y da una medida resumen de la percepción de la calidad de vida profesional. Cada ítem es valorado en una escala cuantitativa de 1 a 10, a la que se superponen las categorías: “Nada” (Valores 1 y 2), “Algo” (Valores 3, 4,5) “Bastante” (Valores 6, 7,8) “Mucho” (Valores 9 y 10). El cuestionario valora 3 dimensiones: el Apoyo directivo (AD), las Cargas en el trabajo (CT) y la Motivación Intrínseca (MI). Además consta de 1 ítem que valora la Calidad de Vida Profesional Percibida(CVP)<sup>54,59,65</sup>.

Las cargas en el trabajo o demandas en el trabajo se valoran mediante 11 ítems referentes a la percepción que el trabajador tiene de las demandas del puesto de trabajo. Éstas incluyen indicadores como la cantidad de trabajo, las prisas y la sensación de agobio, la presión recibida por la cantidad de trabajo o para mantener la calidad del mismo. También se incluyen los conflictos con otras personas del trabajo, la falta de tiempo para la vida personal (conciliación familiar), la incomodidad física en el trabajo, la carga de responsabilidad o las interrupciones innecesarias, entre otros aspectos.

El Apoyo directivo se valora mediante 13 ítems. Hace referencia al soporte emocional de los directivos a las personas que trabajan en la institución bajo su cargo. En esta dimensión, se tiene en cuenta la posibilidad de comunicación (expresar lo que se siente y necesita), la satisfacción con el sueldo recibido, el reconocimiento del esfuerzo realizado, la oportunidad de ser promocionado, el apoyo de los jefes directos y compañeros. También se incluye el feedback de los resultados del trabajo, la autonomía o libertad de decisión, la variedad de trabajo y la posibilidad de ser creativo, entre otros aspectos.

Y por último, la Motivación Intrínseca se valora mediante 10 ítems. Esta dimensión es debida a factores internos que determinan satisfacción profesional del trabajador. Se evalúa el tipo de trabajo que se realiza, la motivación experimentada, la exigencia de capacitación, el apoyo familiar y las ganas de ser creativo, así como la capacitación que recibe y el apoyo del equipo.

La puntuación se obtiene haciendo la media aritmética de cada dimensión, por lo que su puntuación máxima coincide con el número de ítems de cada dimensión (Tabla 3. Valoración del CVP-35.).

**Tabla 3. Valoración del CVP-35.**

<b>Escala</b>	<b>Nº ítems evaluados</b>	<b>Puntuación máxima</b>
<b>AD</b>	13	13
<b>CT</b>	11	11
<b>MI</b>	10	10
<b>CVPP</b>	1	1

De este modo, la satisfacción de los individuos en su trabajo es una de las variables más importantes relacionadas con el comportamiento organizacional y la calidad de vida<sup>54,65</sup>. La Administración sanitaria tiene un gran interés por mejorar la calidad de los servicios prestados a la población y el grado de satisfacción del paciente. Sin embargo hace poco hincapié en conocer la satisfacción de sus trabajadores y la calidad de vida profesional, a pesar de que el bienestar laboral de los profesionales influye en la efectividad de su trabajo<sup>61</sup>, ya que los trabajadores tienden a dar calidad a los clientes/pacientes en el mismo grado en que la perciben, es decir, tal y como son tratados por la organización en la que trabajan<sup>66</sup>.

## 1.4. El médico residente. Residencia de Anestesiología

La motivación para estudiar Medicina se puede considerar compleja, y nos lleva a una carrera universitaria y personal ardua y prolongada. Durante la carrera no hay formación en materia psicosocial ni entrenamiento en habilidades sociales, por ejemplo, cómo enfocar la a veces inevitable muerte del paciente, el manejo de errores médicos o dar información a pacientes o familiares. Firth ya en el 1987<sup>67</sup> apunta como principales estresores de los estudiantes de Medicina la comunicación con el enfermo, la relación con los médicos (humillaciones delante de sus compañeros) y la sensación de fracaso médico ante la muerte. Existe una disociación teórico-práctica que puede generar estrés y frustración, derrumbando las expectativas creadas y la autoestima personal. Por ello, una buena competencia psicosocial debería ser una cualidad personal, así como un rasgo distintivo de la profesión médica<sup>7</sup>.

### **1.4.1. Médico Interno Residente (MIR)**

La formación especializada médica mediante un contrato laboral tiene sus precedentes en el Hospital Clínico de Barcelona, en torno a los años 60. Posteriormente, en los 70, se crea un programa de formación con adquisición de responsabilidades y capacidad de forma progresiva y tutelada, denominado MIR (Médico Interno Residente), que solo es posible realizarlo en aquellos centros debidamente acreditados por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España para asegurar una adecuada formación especializada. Esta formación, pasa a ser la única vía de acceso a la formación especializada en 1984<sup>68</sup> y ha formado médicos especialistas con un alto nivel de capacitación. No obstante, después de más de 30 años de uso, según Torres<sup>69</sup> “en los últimos años se ha producido una serie de cambios, tanto en lo que hace referencia a la propia sociedad, como a las necesidades sanitarias de la población, a la organización del modelo sanitario o a las expectativas de los propios MIR, que cuestionan este sistema de formación tal como fue concebido. La duración del programa de formación depende de la especialidad en concreto pero oscila entre dos y cinco años.

Médico interno residente (MIR) es el sistema de formación de especialistas médicos que existe en España desde el año 1976, bajo el



sistema de un contrato de prácticas especial de formación posgraduada universitaria. Se accede a través de una oposición, conocida como examen MIR, en la que el expediente académico se pondera con un 10% mientras que el examen contabiliza el 90%. Existe una sola convocatoria anual para acceder a la formación especializada.

Los examinados disponen de 5 horas para completar una prueba de 225 preguntas tipo test, con 4 opciones, y 10 preguntas de reserva, haciendo un total de 235 preguntas. Por lo tanto, es una nota únicamente de tipo cognoscitivo lo que polariza el enfoque del estudiante durante su carrera. Los graduados/licenciados de Medicina ocupan las plazas de formación en régimen de residencia de cada especialidad médica.

#### **1.4.2. Estrés, Burnout y Calidad de vida profesional del residente**

El colectivo de jóvenes médicos residentes ha superado con gran esfuerzo un examen MIR con la esperanza de completar una especialidad y de conseguir una estabilidad laboral. Fernández-Llamazares et al<sup>70</sup> muestran que el grado de satisfacción de los médicos residentes por la elección de la especialidad y del hospital es relativamente baja. De hecho, entre el 30% y

el 45% de los residentes no volverían a estudiar la carrera de Medicina, considerando que existe una desproporción entre el esfuerzo que se realiza y lo que se obtiene, y que supone un sacrificio familiar no reconocido<sup>71</sup>. Pujol Farríols<sup>72</sup> explica el desconocimiento que durante la formación pregraduada tiene el futuro médico de la realidad asistencial cotidiana, la mayoría de las veces, fruto de una enseñanza excesivamente teórica, donde el primer contacto con la realidad, tiene lugar en las primeras guardias de la residencia.

En el periodo formativo MIR se ha comunicado una tasa de depresión del 25% al 30%<sup>7</sup>, a parte del aumento de conductas adictivas, somatizaciones y conflictos familiares. Si además tenemos en cuenta los factores demográficos y las características laborales (jornadas laborales extenuantes sin horario fijo, presión asistencial, etc) y económicas, podríamos considerar a los médicos residentes como los de mayor riesgo de padecer estrés y SB, debido también a la alta carga asistencial que soportan<sup>52,73</sup> y al incierto futuro laboral al que actualmente se enfrentan teniendo en cuenta la precariedad laboral y socioeconómica que reina en nuestra sociedad en estos momentos. Los resultados de Fernández-Llamazares<sup>70</sup> concluyen que el grupo menos satisfecho lo constituyen los residentes de cuarto año, ya que conocen la realidad existente como para valorarla.

El período formativo MIR no solo ha de tener en cuenta conocimientos teóricos y habilidades prácticas o aspectos técnicos, debería de enseñar recursos para poder hacer frente al impacto psicosocial al que se enfrenta la profesión médica.

Según la literatura consultada, la prevalencia de SB en residentes varía de un 69,7%<sup>53</sup> a un 44%<sup>74</sup> en hospitales nacionales de tercer nivel, valores comparables con el resto de estudios publicados tanto en el ámbito nacional como en el internacional<sup>25,39,46,52,53,74,75</sup>. El desgaste profesional se da con más frecuencia en los jóvenes (con la edad aumenta la satisfacción laboral, y ésta es un predictor de longevidad<sup>7</sup>). La mayoría de residentes son jóvenes y solteros, siendo este estado civil más proclive al desarrollo de estrés y SB.

En cuanto a la calidad de vida profesional, Fernández Martínez<sup>65</sup>, encuentra que es mala, a parte de un bajo apoyo directivo. Los residentes cuentan con una motivación intrínseca media para afrontar las altas cargas de trabajo.

La formación como especialista comporta un período largo con una necesidad continua de actualización de conocimientos y habilidades cada vez más exigentes mientras se mantiene un contacto directo con situaciones de gran impacto emocional. Los residentes tienen además una elevada

exigencia y una crítica y comparación constante con sus co-residentes, con poco tiempo para relaciones familiares, actividades lúdicas o recreativas.

### **1.4.3.MIR de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor**

El MIR de Anestesiología cuenta con 4 años de formación supervisada para alcanzar los conocimientos y la práctica necesaria para desarrollar su especialidad. Hay una formación médica genérica, a parte de la propia de Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor, ya sea agudo o crónico, por lo que requiere una visión global del paciente a parte del conocimiento de técnicas propias. Es una especialidad que incluye muchas áreas de actuación además del quirófano, entre las que están el tratamiento del dolor y el manejo de cuadros clínicos críticos y situaciones de emergencia dentro y fuera de los hospitales.

La especialidad convive con situaciones adicionales de estrés provenientes de la falta de sueño por las guardias, un ambiente laboral en constante cambio (diferentes equipos quirúrgicos, reconversión del plan quirúrgico según circunstancias, diferentes tipos de pacientes con diferentes necesidades con poco tiempo de planificación de estrategias

anestesiológicas, etc.), ambientes con contaminación sonora (equipos quirúrgicos y de aspiración, electrocauterios, monitores y alarmas, ventiladores), exposición a la radiación, calor o frío excesivo, y largas horas en salas quirúrgicas mal diseñadas<sup>76</sup>. Otros factores son la falta de control de la carga de trabajo y la dificultad de comunicación con el equipo quirúrgico, sin olvidar la supeditación a la agenda de los cirujanos<sup>47</sup>.

Uno de los rasgos distintivos de la especialidad de Anestesiología es la toma rápida de decisiones en situaciones críticas y llevar a cabo con rapidez y seguridad las acciones necesarias. La inducción del paciente en una anestesia o coma farmacológico conlleva una gran responsabilidad por parte del anestesiólogo, y aunque se siga una rutina, se pueden producir desviaciones de ésta que no dependen de la actuación del anestesiólogo, pero sí de sus decisiones para enfrentarlas y reconducir de nuevo la situación.

En la anestesia, la mayor parte de la actividad tiene lugar durante la inducción y la emergencia. Durante la operación, suele haber un período de menor actividad para el anestesiólogo y la tarea principal es en esos momentos supervisar el bienestar fisiológico del paciente. Sin embargo, más de la mitad de los eventos adversos reportados ocurren durante este período<sup>77</sup>, por ello es necesaria una vigilancia sostenida. Los pacientes, los

familiares y la institución demandan seguridad a la vez que profesionalidad, y los errores no son tolerados, lo que provoca una situación de alerta constante por parte del anesthesiologo.

Se han realizado diferentes estudios buscando los probables estresores que podrían favorecer el Burnout del anesthesiologo. En un estudio sobre anesthesiologos belgas<sup>47</sup> se observó la falta de control laboral (horas extras, dificultad para poder tomar un descanso, falta de tiempo para actividades no clínicas, etc.) y la dificultad en la comunicación con los cirujanos como principales factores de estrés. Los finlandeses<sup>78</sup> encontraron el control laboral y las guardias localizables como principales factores de estrés. El ambiente laboral y la organización del trabajo se consideraban importantes, además de problemas organizacionales.

Kinzi<sup>79</sup> expone la incapacidad para controlar el trabajo como factor de estrés y observa que aumenta el riesgo de agotamiento. También concluye que el género femenino es más sensible a sufrir estrés por la falta de control que el masculino.

Larsson y sus colegas<sup>80</sup>, entrevistaron a residentes de Anestesiología y destacaron cinco temas como estresantes: las altas exigencias, un papel

difícil de desempeñar, un sentimiento de insuficiencia, la falta de apoyo y el sentirse solo e indefenso.

Los residentes son el futuro de nuestra profesión. Debemos formar médicos especialistas competentes tanto a nivel cognitivo como afectivo. Debemos facilitar la apropiada adquisición de conocimientos y su modo de uso. A la vez, facilitaremos la capacidad de integración que conlleva la síntesis y el análisis de las diferentes situaciones junto con la deducción de conclusiones. Es indispensable que presenten habilidades relacionales, que sean capaces de comunicarse tanto con pacientes como con colegas de otras especialidades, éticos, que tengan paciencia, empatía y voluntad de saber hacer, sabiendo que lo hacen bien.

## **2. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN**





El estrés laboral es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) una epidemia global. Es el único riesgo ocupacional que puede afectar al cien por cien de los trabajadores y genera alteración del estado de salud, ausentismo, disminución de la productividad y del rendimiento individual, y aumento de enfermedades y accidentes.

Debido al estrés laboral, el Síndrome de Burnout parece estar muy patente dentro del colectivo médico de nuestra sociedad y está influenciado por múltiples factores.

Actualmente se observa una importante fuga de profesionales médicos al extranjero, sobre todo de residentes que finalizan su formación. Este hecho podría estar condicionado por el aumento de dicho síndrome y la actual situación socioeconómica, con reformas laborales y recortes sanitarios que empeoran la calidad de vida y desprestigian a nuestros profesionales.

Si conocemos y estudiamos cuál es la situación del Síndrome de Burnout en nuestros residentes y la calidad de su vida profesional, podremos analizar y entender mejor cuáles son los mecanismos de aparición y qué medidas correctoras aplicar para afrontarlos y así poder minimizar sus efectos deletéreos.

Teniendo en cuenta la situación socioeconómica y sanitaria vivida y la implicación que ésta puede tener más que nunca en nuestro ámbito sanitario, tanto a nivel profesional como asistencial, es conveniente evaluar nuestra prevalencia de Burnout, para poder analizar cuáles son los factores más favorecedores y que medidas correctoras sería posible aplicar para afrontarlos minimizando así sus efectos nocivos. Dado que los residentes constituyen el futuro de nuestra profesión, nos hemos centrado en ellos. Están en un período de formación que los expone a un alto nivel de estrés laboral, es primordial conocer la prevalencia del estrés para poder poner remedio y así formar médicos especialistas competentes con recursos que les ayuden a enfrentar los retos de la profesión.

### **3.HIPÓTESIS**



**La hipótesis de nuestro estudio es que existe una alta prevalencia del Burnout, del nivel de Estrés y una baja Calidad de Vida Profesional en los residentes de Anestesiología de Cataluña**



## **4. OBJETIVOS**





El objetivo general de este trabajo fue evaluar la prevalencia del Síndrome de Burnout, el nivel de estrés y la calidad de vida profesional actual de los residentes de Anestesiología en Cataluña.

#### **4.1. Objetivos Principales**

1. Evaluar la prevalencia de Burnout en los residentes de Anestesiología en Cataluña.
2. Evaluar el nivel de estrés de los residentes de Anestesiología en Cataluña
3. Evaluar la calidad de vida profesional de los residentes de Anestesiología en Cataluña

#### **4.2. Objetivos Secundarios**

1. Analizar las características sociodemográficas de los residentes de Anestesiología en Cataluña.
2. Establecer, si fuese el caso, la existencia de factores sociodemográficos y profesionales que puedan haber influido en los resultados obtenidos.



## 5. METODOLOGÍA



## **5.1 Información general**

### **5.1.1 Tipo de estudio**

Metodológicamente, se ha realizado un estudio observacional, transversal y prospectivo de los residentes censados que cursan la especialidad de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor en la Comunidad Autónoma de Cataluña durante los años 2012-2013-2014, con el consentimiento y el apoyo tanto de la Sociedad Catalana de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SCARTD) como de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares (ACMCB).

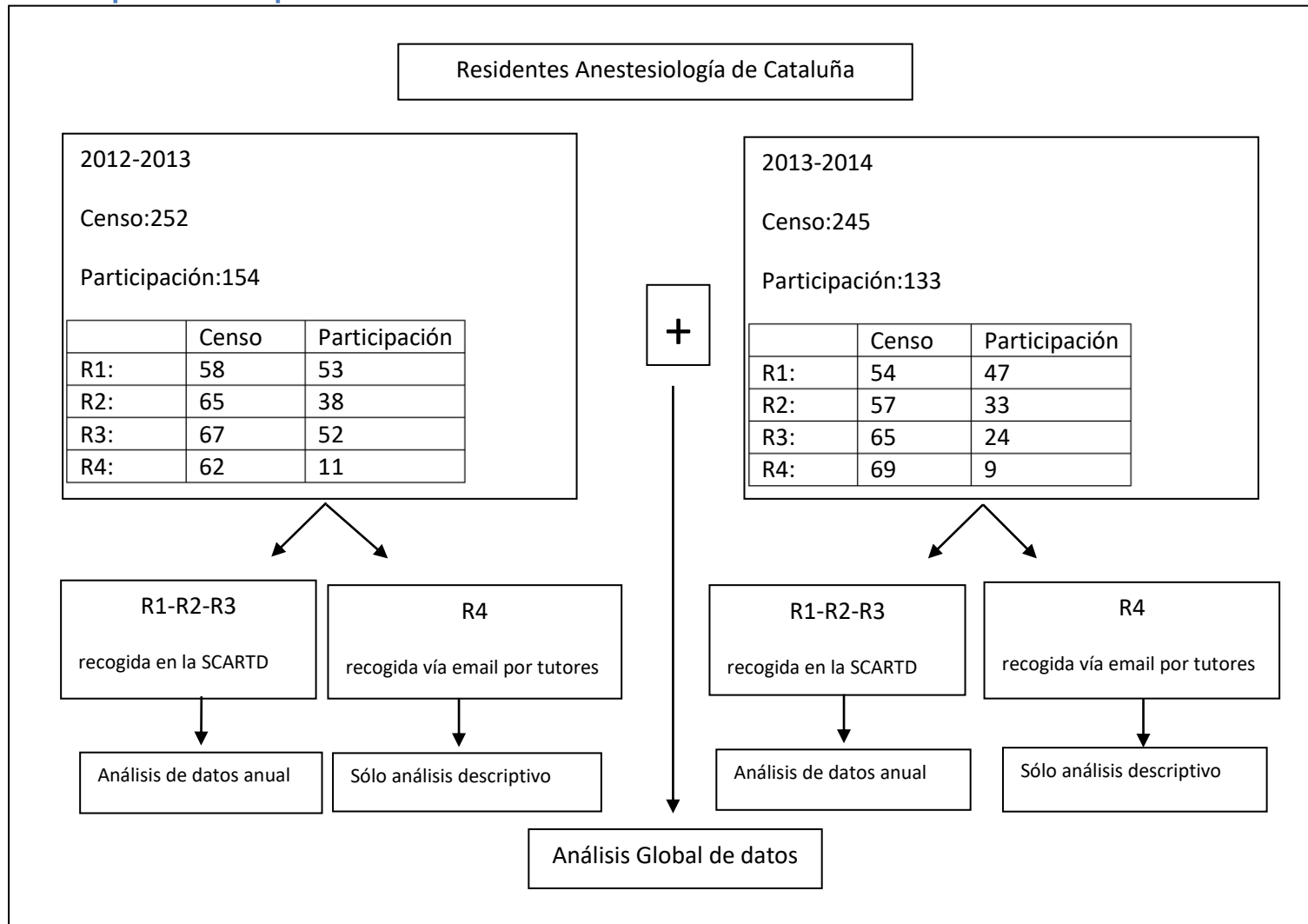
### **5.1.2 Lugar del estudio**

La recogida de los cuestionarios se ha llevado a cabo en la sede que la ACMCB tiene en Barcelona. En dicha sede, los residentes de Anestesiología reciben clase de forma periódica el primer lunes de cada mes siguiendo el calendario escolar habitual de septiembre a Junio.

Las clases son impartidas por adjuntos de anestesiología especialistas en diferentes temas, perteneciendo los adjuntos a los diferentes hospitales reconocidos para la formación de médicos residentes de Anestesiología de

toda Cataluña. Reciben clase solo los residentes de primer, segundo y tercer año. A aquellos residentes que no acudían a clase (residentes de cuarto año) se les facilitaron los cuestionarios vía email a través de los diferentes tutores docentes de cada centro hospitalario. El esquema general del estudio se puede observar en el esquema 1

## Esquema 1. Esquema General del Estudio





### **5.1.3 Tiempo de estudio**

El estudio se inició en septiembre del 2012, en que se hizo la primera recogida de cuestionarios. La segunda recogida tuvo lugar al año siguiente, en septiembre del 2013.

### **5.1.4 Consideraciones generales**

Los cuestionarios se recogieron de forma anónima durante las clases de la ACMCB a la que todos los residentes de primer, segundo y tercer año están convocados, así que la participación dependió de la asistencia de ese día a clase. Dado que los residentes de cuarto año no asisten a clase, se contactó con los tutores responsables de los diferentes hospitales facilitándoles los cuestionarios. La respuesta dependió tanto de la colaboración de los tutores como de los residentes. La recogida de estos cuestionarios se realizó tanto vía mail como por recogida personal.

## **5.2 Medición de las variables del estudio**

Se preparó un total de cuatro cuestionarios (Sociodemográfico, Inventario de Burnout de Maslach, Índice de Reactividad al Estrés y Calidad de Vida Profesional) las características de los cuales se detalla a continuación.

Los diferentes formularios de recogida de datos se pueden observar en los anexos 1, 2, 3 y 4 para el Cuestionario sociodemográfico, IRE-32, MBI y CVP-35 respectivamente.

### **5.2.1 Cuestionario SocioDemográfico**

Inicialmente se preparó un test sociodemográfico que contenía las siguientes variables:

- 1.- Fecha de nacimiento (durante el primer año se indicaba poner día/mes/año, viendo que con ese dato se podía vulnerar el anonimato, durante el segundo año sólo se pidió el año de nacimiento)
- 2.- Género (hombre / mujer)
- 3.- Situación conyugal (con pareja / sin pareja)
- 4.- Convivencia (se ha tenido en cuenta si viven con sus padres, en un piso compartido, con pareja o solos)

- 5.- Hijos (se estableció si no tenían hijos, si sólo tenían uno o más de uno)
- 6.- Situación laboral (se decidió ampliar esta variable con residente, eventual, interino, asalariado y estatutario para poder emplear el test posteriormente en un colectivo más grande)
- 7.- Tipo de centro hospitalario (clasificados como hospital comarcal o básico de nivel A, hospital general de distrito o referencia de nivel B, y hospital de alta tecnología o regional de nivel C)
- 8.- Promedio de horas laborales semanales (sin guardias)
- 9.- Promedio de guardias mensuales
- 10.- Libranza post-guardia (respuesta dicotómica no/sí)
- 11.- Complementación laboral con otros trabajos (respuesta dicotómica no/sí)

Después del primer año de recogida y tras el análisis de los primeros datos, se retira la variable 6, que valoraba el tipo de trabajador y se simplifica en residentes de primer, segundo, tercer y cuarto año. También se añadieron nuevas variables demográficas que creímos interesantes a fin de

poder dar más luz sobre las posibles causas y repercusiones del SB. Dichas variables las detallamos a continuación:

12.- Lugar de nacimiento (clasificado en Cataluña/resto de España/otro país)

13.- Tiempo viviendo en Cataluña (contabilizado en el momento de realizar el test en meses y años)

14.- Práctica de ejercicio de forma semanal (respuesta dicotómica no/sí)

15.- Consumo de tabaco (respuesta dicotómica no/sí)

16.- Consumo de alcohol semanalmente en días laborables (respuesta dicotómica no/sí)

17.- Consumo de drogas durante la residencia (marihuana, cocaína, ...) (respuesta dicotómica no/sí) y en caso afirmativo si se ha producido durante el último mes (respuesta dicotómica no/sí)

18.- Consumo de ansiolíticos durante la residencia (respuesta dicotómica no/sí) y en caso afirmativo si se ha producido durante el último mes (respuesta dicotómica no/sí)

19.- Realización de tutorías de forma rutinaria (respuesta dicotómica no/sí)

20.- Denegación de cursos de formación por motivos económicos o presión asistencial (respuesta dicotómica no/sí)

21.-La percepción de recibir una buena formación complementaria (respuesta dicotómica no/sí)

22.- Cual sería considerado el salario mensual bruto justo (desde los 2000 hasta los 4000 euros)

23.- Cual es el salario bruto mensual actual (desde los 2000 a los 4000 euros)

### **5.2.2 Cuestionario MBI (Inventario de Burnout de Maslach)**

Consta de 22 ítems con respuesta según una escala de tipo Likert en la que se expresa el grado de acuerdo o desacuerdo con el ítem en cuestión con valores que van del 1 al 7. Dichos ítems están divididos en tres dimensiones, 9 de ellos hace referencia al Cansancio Emocional, 5 a la Despersonalización y 8 a la Realización Personal.

Se define presencia de Burnout elevado, siguiendo los mismos criterios empleados en trabajos previos <sup>(6,11)</sup>, aquellas puntuaciones superiores a 26 puntos en la dimensión de Agotamiento Emocional y/o más de 9 puntos en Despersonalización, excluyendo la dimensión de Realización Personal por tratarse de una esfera muy influenciada por factores ajenos al ámbito laboral.

A continuación, detallamos las preguntas del MBI agrupadas por las dimensiones explicadas:

➤ Preguntas MBI pertenecientes a la dimensión de Agotamiento Emocional:

- 1.- Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado
- 2.- Al final de la jornada me siento agotado
- 3.- Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo
- 6.- Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí
- 8.- Me siento “quemado” por el trabajo
- 13.- Me siento frustrado por mi trabajo

14.- Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro

16.- Trabajar en contacto con los pacientes me produce bastante estrés

20.- En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades

➤ Preguntas MBI pertenecientes a la dimensión de Despersonalización:

5.- Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos

10.- Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo

11.- Me preocupa que el trabajo me esté endureciendo emocionalmente

15.- Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender

22.- Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas

➤ Preguntas MBI pertenecientes a la dimensión de Realización Personal:

4.- Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes

7.- Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes

9.- Siento que mediante el trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros

12.- Me encuentro con mucha vitalidad

17.- Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes

18.- Me encuentro animado después de trabajar con pacientes

19.- He realizado muchas cosas que merecen la pena en este Trabajo

21.- Siento que sé tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo

### **5.2.3 Cuestionario IRE (Índice de Reactividad al Estrés)**

Consta de 32 ítems siendo la respuesta dicotómica, presencia o ausencia del ítem cuestionado. La presencia se considera como positivo en la puntuación y la ausencia no contabiliza. La puntuación final se obtiene haciendo un sumatorio de todas las respuestas positivas.



Teniendo en cuenta las consideraciones del autor, la puntuación de corte es 9, de tal manera que un valor superior a 9 indica un probable trastorno de estrés.

➤ Preguntas del IRE32

- 1.-Inquietud, incapacidad para relajarse y estar tranquilo
- 2.-Pérdida de apetito
- 3.-Desentenderse del problema y pensar en otra cosa
- 4.-Ganas de suspirar, opresión en el pecho, sensación de ahogo
- 5.-Palpitaciones, taquicardia
- 6.-Sentimientos de depresión y tristeza
- 7.-Mayor necesidad de comer, aumento del apetito
- 8.-Temblores, tics o calambres musculares
- 9.-Aumento de actividad
- 10.-Náuseas, mareos, inestabilidad
- 11.-Esfuerzo por razonar y mantener la calma
- 12.-Hormigueo o adormecimiento en las manos, la cara, etc

- 13.-Molestias digestivas, dolor abdominal, etc
- 14.-Dolores de cabeza
- 15.-Entusiasmo, mayor energía o disfrutar con la situación
- 16.-Ganas de orinar con frecuencia
- 17.-Rascarse, morderse las uñas, frotarse, etc
- 18.-Sentimientos de agresividad o aumento de irritabilidad
- 19.-Diarrea
- 20.-Beber; fumar o tomar algo (chicle...)
- 21.-Necesidad de estar solo sin que nadie le moleste
- 22.-Aumento de apetito sexual
- 23.-Ansiedad, mayor predisposición a miedos, temores, etc
- 24.-Tendencia a comprobar repetidamente si todo está en orden
- 25.-Agotamiento o excesiva fatiga
- 26.-Aprensión, sensación de estar poniéndose enfermo
- 27.-Pérdida de apetito sexual o dificultades sexuales

28.-Mayor dificultad en dormir

29.-Somnolencia o mayor necesidad de dormir

30.-Necesidad de estar acompañado y ser aconsejado

31.-Tendencia a echar la culpa a alguien de algo

32.-Disminución de la actividad

#### **5.2.4 Cuestionario CVP**

Consta de 35 ítems con respuesta según una escala tipo Likert en la que se expresa el grado de acuerdo o desacuerdo con el ítem en cuestión con valores que van del 1 al 10.

Dichos ítems están divididos en 4 dimensiones que evalúan el apoyo directivo (13 ítems), las cargas de trabajo (11 ítems), la motivación intrínseca (10 ítems) y la calidad de vida profesional global percibida (1 ítems).

A continuación, detallamos las preguntas del CVP-35 agrupadas por las dimensiones explicadas:

- Preguntas de la Dimensión de Apoyo Directivo:

- 2.-Satisfacción con el tipo de trabajo
- 3.- Satisfacción con el sueldo
- 4.-Posibilidad de promoción
- 5.-Reconocimiento de mi esfuerzo
- 10.- Apoyo de mis jefes
- 11.- Apoyo de mis compañeros
- 14.- Posibilidad de ser creativo
- 16.- Recibo información de los resultados de mi trabajo
- 20.- Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito
- 22.- Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto
- 23.-Tengo autonomía o libertad de decisión
- 28.- Variedad en mi trabajo
- 30.- Es posible que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas

➤ Preguntas de la Dimensión de Cargas de Trabajo:

- 1.-Cantidad de trabajo que tengo
- 6.-Presión que recibo para mantener la cantidad de mi trabajo
- 7.-Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo
- 8.- Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo
- 17.- Conflictos con otras personas de mi trabajo
- 18.- Falta de tiempo para mi vida personal
- 19.- Incomodidad física en el trabajo
- 21.- Carga de responsabilidad
- 24.- Interrupciones molestas
- 25.- Estrés (esfuerzo emocional)
- 33.- Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud
- 35.- Apoyo de los compañeros (si tiene responsabilidad)

➤ Preguntas de la Dimensión de Motivación Intrínseca:

- 9.- Motivación (ganas de esforzarme)

12.- Apoyo de mi familia

13.- Ganas de ser creativo

15.- Desconecto al acabar la jornada laboral

26.- Capacitación necesaria para hacer mi trabajo

27.- Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual

29.- Mi trabajo es importante para la vida de otras personas

31.- Lo que tengo que hacer queda claro

32.- Me siento orgulloso de mi trabajo

➤ Preguntas de la Dimensión de Calidad de Vida Profesional Global

Percibida:

34.- Calidad de vida de mi trabajo

### 5.3 Análisis estadístico

Para realizar el análisis estadístico de los datos se empleó el programa informático PASW Statistics 18<sup>®</sup>. Las variables cualitativas se expresaron en porcentajes y las cuantitativas como media  $\pm$  desviación estándar. Las diferencias entre grupos se estudiaron con la prueba T de Student para aquellos grupos con respuesta dicotómica y el análisis de la variancia ANOVA para la comparación entre variables continuas y aquellas variables categóricas de más de dos grupos. El Test de la  $X^2$  se eligió para aplicar en las comparaciones entre variables categóricas, o en su defecto el Test Exacto de Fisher para aquellas tablas con valores esperados inferiores a 5. Las comparaciones entre variables continuas se realizaron mediante la Correlación de Spearman. Se consideró que una diferencia era estadísticamente significativa cuando se obtuviese una  $p < 0.05$ .

Se ha realizado un análisis descriptivo de cada año de estudio y un análisis global. Igualmente se ha buscado relación entre las diferentes variables sociodemográficas y las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios, tanto de forma anual como global.

## **6. RESULTADOS**





## 6.1 Datos Cuestionario sociodemográfico

Según el censo de la SCARTD 252 residentes cursaron la especialidad durante el año lectivo 2012-2013 y durante el año 2013-2014, la recogida global fue de 267 cuestionarios, 154 durante el primer año y 113 durante el segundo año de estudio, con lo que se obtuvo un ratio de respuesta del 61,1% durante el año 2012-2013 y del 46,1% durante el 2013-2014. Las características demográficas comunes se recogen en la tabla 4.

Como se puede observar, los residentes de cuarto año tuvieron una muy baja participación, quizás debido a que al no asistir a las clases en la ACMCB tenían que contestar vía mail a través de sus tutores, debido a ello la participación y recogida resultó sesgada. Por dicho motivo, los residentes de cuarto año se descartaron en los análisis posteriores.

A pesar de que la mayoría de los residentes, un 63,4%, tiene pareja, solo un 9,1% tiene un hijo o más. La mayor parte de los encuestados (65,4%) está cursando su residencia en un hospital de tercer nivel. También destaca que solo un 0,8% de los residentes manifestó no librar las guardias, y solo un 2,3% de ellos reconoció complementar su formación con otro trabajo. Dichas variables también han sido descartadas para las

comparaciones posteriores por su baja incidencia. En cuanto a las horas laborales semanales, se objetiva un promedio de 40,6 horas.

Comparando los resultados obtenidos durante los dos años de estudio, no se encontraron diferencias significativas. Tampoco se hallaron diferencias significativas teniendo en cuenta el nivel hospitalario o el año de residencia respecto al resto de variables sociodemográficas.

**Tabla 4. Datos sociodemográficos.**

<b>Variables Sociodemográficas</b>	<b>2012-2013</b>	<b>2013-2014</b>	<b>Global</b>	<b>p</b>
Género (n[%])				
Hombre	60 (39,0%)	47 (41,6%)	107 (40,1%)	0,665
Mujer	94 (61,0%)	66 (58,4%)	160 (59,9%)	
Edad	28,75±3,55	28,30±2,80	28,56±3,25	0,271
Situación conyugal (n[%])				
Sin pareja	53 (34,4%)	44 (39,6%)	97 (36,6%)	0,384
Con pareja	101 (65,5%)	67 (60,4%)	168 (63,4%)	
Domicilio (n[%])				
Paterno	17 (11,0%)	15 ( 13,3%)	32 (12%)	0,900
Solo	34 (22,1%)	23 ( 20,4%)	57 (21,3%)	
Piso compartido	39 (25,3%)	31 (27,4%)	70 (26,2%)	
En pareja	64 (41,6%)	44 (38,9%)	108 (40,4%)	
Hijos (n[%])				
No	136 (88,9%)	105 (93,8%)	241 (90,9%)	0,343
Un hijo	10 (6,5%)	5 ( 4,5%)	15 (5,7%)	
Más de un hijo	7 (4,5%)	2 (1,8%)	9 (3,4%)	
Año de residencia (n[%])				
Primer año	53 (34,4%)	47 (41,6%)	100 (37,5%)	0,168
Segundo año	38 (24,7%)	33 (29,2%)	71 (26,6%)	
Tercer año	52 (33,8%)	24 (21,2%)	76 (28,5%)	
Cuarto año	11 (7,1%)	9 (8,0%)	20 (7,5%)	
Centro de formación (n[%])				
Nivel A	14 (9,1%)	8 (7,1%)	22 (8,3%)	0,701
Nivel B	38 (24,7%)	32 ( 28,6%)	70 (26,3%)	
Nivel C	102 (66,2%)	72 ( 64,3%)	174 (65,4%)	
Promedio de horas laborales semanales (Media±DS)	40,60±3,40	41,23±13,90	40,60±9,39	0,385
Promedio de guardias mensuales (Media±DS)	4,26 ± 0,99	4,34 ± 1,01	4,29±1,00	0,523
Libranza post-guardia [ n(%) ]				
-No	1 (0,7%)	1 (0,9%)	2 (0,8%)	0,829
-Sí	152 (99,3%)	112 (99,1%)	264 (99,2%)	
Complemento con otros trabajos [ n(%) ]				
-No	149 (97,4%)	111 (98,2%)	260 (97,7%)	0,647
-Sí	4 (2,6%)	2 (1,8%)	6 (2,3%)	

La encuesta sociodemográfica se amplió en el segundo año tras contactar con la Fundación Galatea del COMB, y decidir que había variables que podían influir en la gestión emocional del estrés o en la calidad de vida profesional, tales como el consumo de tabaco, alcohol o tóxicos, la realización de ejercicio de forma rutinaria, etc. Estas variables se añadieron al cuestionario sociodemográfico durante el segundo año de recogida por lo que no son comparables con el primer año de recogida. En la tabla 5 podemos observar el análisis descriptivo de dichas variables que sólo se recogieron durante el segundo año.

No se han encontrado diferencias significativas entre la práctica de ejercicio físico, el consumo de tabaco o el consumo de alcohol y el año de residencia o el nivel del centro hospitalario. Aunque el consumo de tóxicos es bajo, de un 9,2%, el 40% se da en residentes de primer año, y el 60% de los que consumen pertenecen a un hospital de tercer nivel. Respecto al consumo de ansiolíticos el 44,4% de este, pertenece a los residentes de primer año, y el 66% de los consumidores cursan la residencia en hospitales terciarios. Pese a estos resultados tampoco se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el año de residencia o el nivel hospitalario y el consumo de tóxicos o ansiolíticos.

Si observamos si se deniega formación respecto al año de residencia, veremos que a medida que avanza la residencia se deniega la formación con una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,00$ ). Esta diferencia no es significativa si tenemos en cuenta el centro hospitalario de formación; a ello hay que sumar que la mitad (56%) piensa que su formación complementaria no es suficiente.

**Tabla 5. Datos sociodemográficos añadidos en el 2013-2014**

VARIABLES	2013-2014
Ejercicio físico semanalmente [ n(%) ]	
-No	37 ( 33,3% )
-Sí	74 ( 66,7% )
Fumador [ n(%) ]	
-No	80 ( 70,8% )
-Sí	33 ( 29,2% )
Toma de alcohol semanalmente (días laborables) [ n(%) ]	
-No	79 ( 69,9% )
-Sí	33 ( 30,1% )
Consumo de tóxicos [ n(%) ]	
-No	99 ( 90,8% )
-Sí	10 ( 9,2% )
Consumo de ansiolíticos [ n(%) ]	
-No	102 ( 91,9% )
-Sí	9 ( 8,1% )
Realización de tutorías/sesiones rutinariamente [ n(%) ]	
-No	23 ( 20,7% )
-Sí	88 ( 79,3% )
Denegación de formación por motivos económicos o presión asistencial [ n(%) ]	
-No	61 ( 56,0% )
-Sí	47 ( 43,1% )
Lugar de nacimiento [ n(%) ]	
-Cataluña	37 ( 32,7% )
-Resto España	20 ( 17,7% )
-Extranjero	56 ( 49,6% )
Creas que tu formación complementaria es suficiente [ n(%) ]	
-No	61 ( 56,0% )
-Sí	47 ( 43,1% )
Salario bruto mensual considerado justo [ n(%) ]	
-1000-1500	1 ( 1% )
-1500-2000	13 ( 12,5% )
-2000-2500	48 ( 46,2% )
-2500-3000	28 ( 26,9% )
-3000-3500	7 ( 6,7% )
-3500-4000	7 ( 6,7% )
Salario bruto mensual real [ n(%) ]	
-1000-1500	24 ( 23,3% )
-1500-2000	50 ( 48,5% )
-2000-2500	21 ( 20,4% )
-2500-3000	6 ( 5,8% )
-3000-3500	6 ( 5,8% )

## 6.2 Datos Cuestionario Maslach Burnout Inventory

Se descartaron aquellos cuestionarios que no estaban completos en su totalidad. En la siguiente tabla (Tabla 6) observamos el número de cuestionarios válidos, así como las pérdidas.

**Tabla 6. Pérdidas y cuestionarios válidos.**

	2012-2013		2013-2014		Global	
Dimensión	Válidos	Pérdidas	Válidos	Pérdidas	Válidos	Pérdidas
AE	152	2	100	13	252	15
D	152	2	107	6	259	8
RP	152	2	103	10	255	12

Las puntuaciones globales, y el desglose anual, obtenidas en el cuestionario de Maslach se recogen en la Tabla 7 y Gráfico 1. De forma global, el 46,4% de los residentes encuestados presentaron unos niveles altos de AE y el 51% de D. Destaca así mismo que el 71,8% de los residentes encuestados tiene una alta puntuación en RP, es decir, la mayoría se sienten realizados en su práctica laboral diaria. No se hallaron

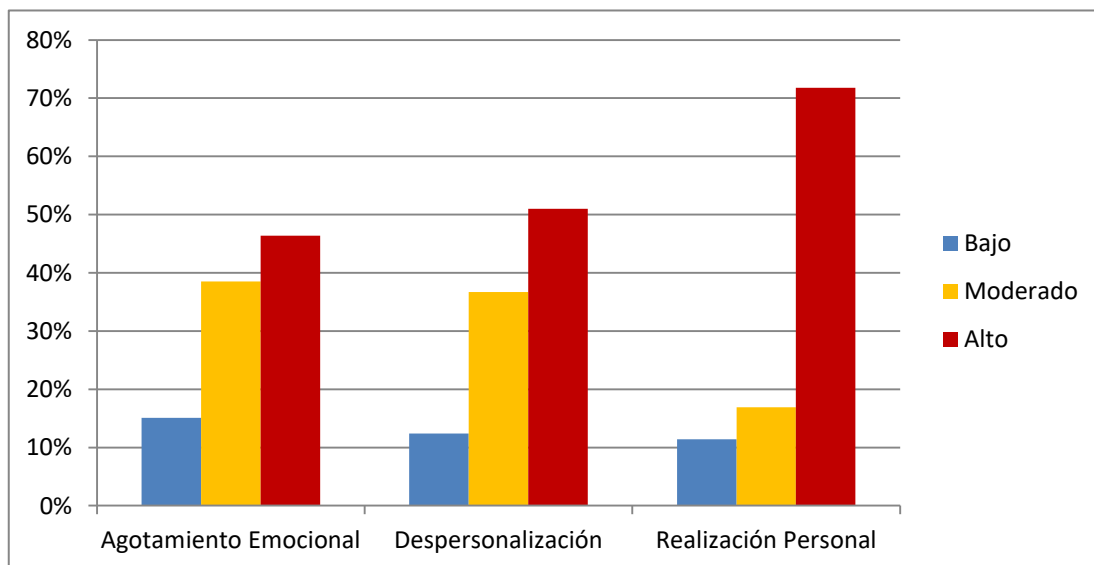


diferencias significativas en cuanto a las puntuaciones de las diferentes dimensiones durante los dos años que duró el estudio.

**Tabla 7. Dimensiones del MBI.**

Dimensión del MBI	Valor 2012-2013	Valor 2013-2014	p	Global
Agotamiento Emocional (Media $\pm$ SD) (n [ % ])	27,28 $\pm$ 8,92	27,53 $\pm$ 9,73	0,832	27,38 $\pm$ 9,23
Bajo ( $\leq$ 18 puntos)	21 (13,8%)	17 (17%)		38 (15,1%)
Medio (19-26 puntos)	56 (36,8%)	41 (41%)		97 (38,5%)
Alto ( $\geq$ 27 puntos)	75 (49,3%)	42 (42%)		117 (46,4%)
Despersonalización (Media $\pm$ SD) (n [ % ])	11,60 $\pm$ 5,83	11,17 $\pm$ 5,67	0,563	11,42 $\pm$ 5,76
Bajo ( $\leq$ 5 puntos)	19 (12,5%)	13 (21,1%)		32 (12,4%)
Medio ( 6-9 puntos)	52 (34,2%)	43 (40,2%)		95 (36,7%)
Alto ( $\geq$ 10 puntos)	81 (53,3%)	51 (47,7%)		132 (51,0%)
Realización Personal (Media $\pm$ SD) (n [ % ])	42,54 $\pm$ 7,55	43,17 $\pm$ 7,42	0,507	42,80 $\pm$ 7,49
Bajo ( $\leq$ 33 puntos)	17 (11,2%)	12 (11,7%)		29 (11,4%)
Medio ( 34-39 puntos)	26 (17,1%)	17 (16,5%)		43 (16,9%)
Alto ( $\geq$ 40 puntos)	109 (71,7%)	74 (71,8%)		183 (71,8%)

**Gráfico 1. Resultado Global de Dimensiones del MBI.**



En la siguiente tabla (Tabla 8) y Gráfico 2 y 3, de acuerdo con la definición establecida anteriormente, el 63,4% de los residentes, encuestados se encuentran en situación de Burnout ya que presentaron unos niveles altos de AE y D. Podemos observar que durante el primer año de recogida el Burnout fue más elevado que durante el segundo, 66,4% frente a 58,8%.

También hemos analizado los niveles de Burnout presentes en los diferentes años de residencia. Destacan diferencias estadísticamente significativas de presencia de Burnout entre el primer y tercer año durante los dos años de recogida, así como en la valoración global. Si bien no se

obtuvieron diferencias significativas entre segundo y tercer año analizando los datos anualmente, sí que se han hallado diferencias en la valoración global ( $p=0,024$ ). Este resultado, junto con el hecho de no encontrar diferencias significativas entre el primer y segundo año de residencia, nos sugiere una probable tendencia a padecer burnout a medida que transcurre la residencia y aumentan por tanto las responsabilidades.

**Tabla 8. Prevalencia del Síndrome de Burnout.**

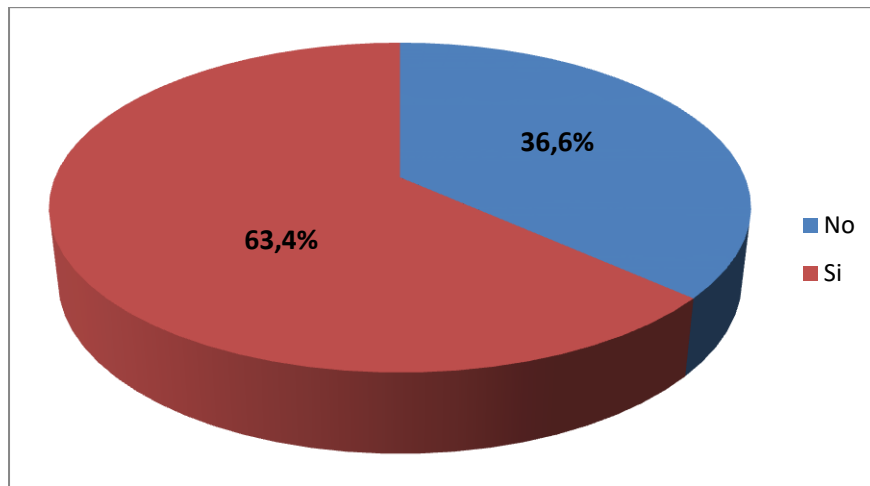
Variable	Valor 2012-2013	Valor 2013-2014	p	Global
Presencia de Burnout (n [ % ])			0,216	
No	51 (33,6%)	42 (41,2%)		93 (36,6%)
Sí	101 (66,4%)	60 (58,8%)		161 (63,4%)
Residentes de primer año (n [ % ])			0,323	
No	23 (43,4%)	22 (53,7%)		45 (47,9%)
Sí	30 (56,6%)	19 (46,3%)		49 (52,1%)
Residentes de segundo año (n [ % ])			0,701	
No	15 (40,5%)	14 (45,2%)		29 (42,6%)
Sí	22 (59,5%)	17 (54,8%)		39 (57,4%)
Residentes de tercer año (n [ % ])			0,733	
No	12 (23,5%)	6 (27,3%)		18 (24,7%)
Sí	39 (76,5%)	16 (72,7%)		55 (75,3%)
Residentes de cuarto año (n [ % ])			1,000	
No	1 (9,1%)	0 (0,0%)		1 (5,3%)
Sí	10 (90,9%)	8 (100%)		18 (94,7%)

2012-2013: R1-R2  $p=0,079$ ; R1-R3  $p=0,032$ ; R2-R3  $p=0,088$

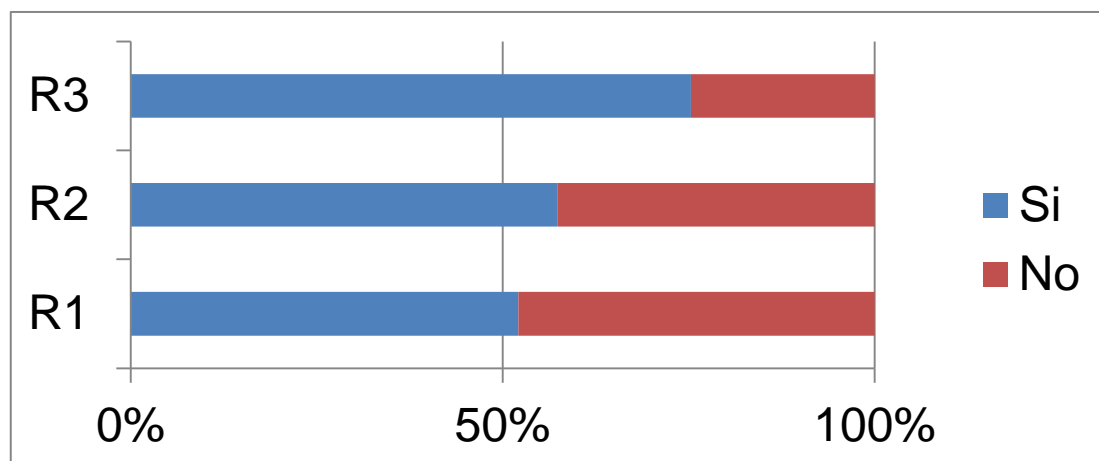
2013-2014: R1-R2  $p=0,475$ ; R1-R3  $p=0,045$ ; R2-R3  $p=0,186$

Global: R1-R2  $p=0,510$ ; R1-R3  $p=0,002$ ; R2-R3  $p=0,024$

**Gráfico 2. Prevalencia del Síndrome de Burnout.**



**Gráfico 3. Prevalencia del Síndrome de Burnout según el año de residencia.**



En las siguientes tablas (9, 10 y 11) observamos los resultados de comparar las diferentes variables sociodemográficas y las tres dimensiones que explora el MBI. En esta comparación se excluyeron la libranza de la guardia y la complementación de la formación con otro empleo por que como ya hemos explicado anteriormente no son grupos comparables por el escaso número de respuestas positivas. Por otro lado, aunque se muestran los resultados descriptivos pertenecientes a los residentes de cuarto año, estos datos no se han utilizado en el examen estadístico debido a la escasa tasa de respuesta. Respecto a la variable que hace referencia a los hijos, aunque también se muestran los datos descriptivos, para el análisis estadístico se han unificado los grupos de “un hijo” y “más de un hijo” en un solo grupo debido al bajo número de respuestas positivas a la variable “más de un hijo”.

En la primera (Tabla 9), que muestra los datos correspondientes al año lectivo de formación 2012-2013, se obtuvo una diferencia significativa en las dimensiones de Agotamiento Emocional y Despersonalización en función del año de residencia ( $p=0.016$  y  $p=0.020$  respectivamente). Dado que contamos con una baja participación de residentes de cuarto año (sólo 11 de ellos participaron), si eliminamos a éstos de la comparación y comparamos los grupos según el año de residencia, observamos que en la dimensión de AE y D existe una diferencia significativa ( $p=0,004$  y  $p= 0,005$

respectivamente) entre residentes de primer año y de tercer año. No se objetivan diferencias significativas entre primer y segundo año, ni entre segundo y tercer año, aunque numéricamente destaca una tendencia.

En cuanto a la dimensión de RP, destaca una  $p = 0,087$ , pero si evaluamos según el año de residencia, encontramos un aumento de la RP entre residentes de segundo y tercer año con una diferencia ( $p=0,034$ ) que no se observaba entre residentes de primer y segundo o primer y tercer año, así como tampoco en la valoración global por año de residencia.

Así mismo, podemos intuir una mayor predisposición a padecer D en el género femenino ( $p=0,068$ ), así como a padecer AE a mayor número de guardias ( $p=0,069$ ), aunque estas diferencias no sean estadísticamente significativas.

En la tabla correspondiente al segundo año de recogida (Tabla 10) observamos una diferencia estadísticamente significativa en la categoría de RP teniendo en cuenta el lugar de convivencia. Si analizamos más profundamente este dato comparando los diferentes lugares de convivencia, destaca que esta disminución de puntuación en la dimensión de Realización Personal se debe a vivir en el domicilio paterno, ya que se obtiene significación si se comparan las puntuaciones de aquellos residentes que

viven en el domicilio paterno y aquellos que viven solos, comparten piso o viven en pareja ( $p = 0,041$ ;  $p = 0,010$ ;  $p = 0,000$  respectivamente). Mientras que el resto de comparaciones no obtiene significación estadística. También observamos significación estadística en cuanto al número de guardias mensuales y la puntuación de Agotamiento Emocional, a mayor número de guardias mayor es el AE que padece el profesional ( $p=0,016$ ). En cuanto a la realización personal, parece que cierto número de guardias ayuda a sentirse realizado en el trabajo, pero este sentimiento mengua si ese número resulta excesivo, al igual que pasa con las horas laborales semanales.

En la siguiente tabla (Tabla 11) tenemos el resultado global de los dos años de recogida. Volvemos a obtener una diferencia significativa tanto en AE como en D según el año de residencia. El agotamiento emocional vuelve a ser significativo entre R1-R3 con una  $p= 0,002$ . La Despersonalización se hace manifiesta entre R1-R2 y R1-R3 ( $p= 0,023$  y  $0,003$  respectivamente) y parece que esta tendencia también se muestra entre R2-R3 aunque sin llegar a valores significativos ( $p=0,079$ ). La convivencia vuelve a ser significativa en cuanto a la dimensión de realización personal. El hecho de vivir en el domicilio paterno parece desfavorecer la RP (padres vs piso compartido:  $p= 0,004$ ; padres vs pareja:  $p= 0,000$ ; padres vs sólo:  $p= 0,036$ ), y parece que el hecho de vivir en pareja favorece a su vez la

D ( $p= 0,036$ ). Respecto a las horas laborales semanales, el aumento de las horas de trabajo disminuye la RP ( $p= 0,027$ ). En cuanto a las horas de guardia, vemos que elevadas guardias mensuales aumentan el AE ( $p= 0,003$ ), y aunque no de manera significativa se observa cierta tendencia a la D al aumentar el número de guardias ( $p=0,053$ ) y disminución de la RP ( $p=0,053$ )



MASLACH BURNOUT INVENTORY 2012-2013												
Variables	Agotamiento Emocional			p	Despersonalización			p	Realización Personal			p
	Bajo	Moderado	Alto		Bajo	Moderado	Alto		Alto	Moderado	Bajo	
Sexo (n[%])				0,260				0,068				0,343
Hombre	11 (18,6%)	23 (39,0%)	25 (42,4%)		7 (11,9%)	14 (23,7%)	38 (64,4%)		42 (71,2%)	8 (13,6%)	9 (15,3%)	
Mujer	10 (10,8%)	33 (35,5%)	50 (53,8%)		12 (40,9%)	38 (73,1%)	43 (53,1%)		67 (72,0%)	18 (19,4%)	8 (8,6%)	
Situación conyugal (n[%])				0,708				0,641				0,844
Sin pareja	9 (17,0%)	19 (35,8%)	25 (47,2%)		6 (11,3%)	16 (30,2%)	31 (58,5%)		37 (69,8%)	9 (17,0%)	7 (13,2%)	
Con pareja	12 (12,1%)	37 (37,4%)	50 (50,5%)		13 (13,1%)	36 (36,4%)	50 (50,5%)		72 (72,1%)	17 (17,2%)	10 (10,1%)	
Domicilio (n[%])				0,990				0,598				0,083
Paterno	3 (17,6%)	6 (35,3%)	8 (47,1%)		2 (11,8%)	3 (17,6%)	12 (70,6%)		9 (52,9%)	4 (23,5%)	4 (23,5%)	
Solo	5 (15,2%)	12 (36,4%)	16 (48,5%)		3 (9,1%)	11 (33,3%)	19 (57,6%)		23 (69,7%)	6 (18,2%)	4 (12,1%)	
Piso compartido	6 (15,4%)	14 (35,9%)	19 (48,7%)		6 (15,4%)	12 (30,8%)	21 (53,8%)		32 (82,1%)	2 (5,1%)	5 (12,8%)	
En pareja	7(11,1%)	24 (38,1%)	32 (50,8%)		8 (12,7%)	26 (41,3%)	29 (46,0%)		45 (71,4%)	14 (22,2%)	4 (6,3%)	
Hijos (n[%])				0,859				0,314				0,210
No	20 (14,9%)	47 (35,1%)	67 (50,0%)		15 (11,2%)	45 (33,6%)	74 (55,2%)		97 (72,4%)	21 (15,7%)	16 (11,9%)	
Un hijo	1 (10,0%)	5 (50%)	4 (40,0%)		3 (30,0%)	4 (40,0%)	3 (30,0%)		8 (80,6%)	2 (20,0%)	0 (0,0%)	
Más de un hijo	0 (0,0%)	3 (42,9%)	4 (57,1%)		1 (14,3%)	2 (28,6%)	4 (57,1%)		3 (42,9%)	3 (42,9%)	1 (14,3%)	
Año de residencia (n[%])				0,016*				0,020*				0,087
Primer año	14 (26,4%)	21 (39,6%)	18 (34,0%)		12 (22,6%)	22 (41,5%)	19 (35,8%)		40 (75,5%)	7 (13,2%)	6 (11,3%)	
Segundo año	4 (10,8%)	15 (40,5%)	18 (48,6%)		3 (8,1%)	15 (40,5%)	19 (51,4%)		26 (70,3%)	10 (27,0%)	1 (2,7%)	
Tercer año	3 (5,9%)	17 (33,3%)	31 (60,8%)		3 (5,9%)	15 (29,4%)	33 (64,7%)		33 (64,7%)	8 (15,7%)	10 (19,6%)	
Cuarto año (*)	0 (0%)	3 (27,3%)	8 (72,7%)		1 (9,1%)	0 (0,0%)	10 (90,9%)		10 (90,9%)	1 (9,1%)	0 (0,0%)	
Centro de formación (n[%])				0,348				0,473				0,169
Nivel A	0 (0,0%)	8 (61,5%)	5 (38,5%)		0 (0,0%)	5 (38,5%)	8 (61,5%)		12 (92,3%)	0 (0,0%)	1 (7,7%)	
Nivel B	6 (15,8%)	14 (36,8%)	18 (47,4%)		7 (18,4%)	14 (36,8%)	17 (44,7%)		28 (73,7%)	4 (10,5%)	6 (15,8%)	
Nivel C	15 (14,9%)	34 (33,7%)	52 (51,5%)		12 (11,9%)	33 (32,7%)	56 (55,4%)		69 (68,3%)	22 (21,8%)	10 (9,9%)	
Promedio de horas laborales semanales (Media±DS)				0,166				0,332				0,580
	39,10±2,26	40,66±4,49	39,88±2,64		39,11±1,18	40,47±4,06	40,03±3,26		39,88±3,30	40,50±2,25	40,59±5,27	
Promedio de guardias mensuales (Media±DS)				0,069				0,259				0,238
	3,85±0,93	4,20±1,09	4,41±0,920		4,17±0,618	4,10±1,08	4,38±1,01		4,32±1,00	4,24±0,97	3,88±1,00	

Tabla 9. Comparación de las variables sociodemográficas y las dimensiones del Burnout 2012-2013.

MASLACH BURNOUT INVENTORY 2013-2014														
Variables	Agotamiento Emocional				p	Despersonalización				p	Realización Personal			p
	Bajo	Moderado	Alto			Bajo	Moderado	Alto			Alto	Moderado	Bajo	
Sexo (n[%])					0,778					0,715				0,728
Hombre	8 (19,0%)	18 (42,9%)	16 (38,1%)			4 (9,1%)	18 (40,9%)	22 (50,0%)		29 (70,7%)	6 (14,6%)	6 (14,6%)		
Mujer	9 (15,5%)	23 (39,7%)	26 (44,8%)			9 (14,3%)	25 (39,7%)	29 (46,0%)		45 (72,6%)	11 (17,7%)	6 (9,7%)		
Situación conyugal (n[%])					0,639					0,595				0,451
Sin pareja	6 (15,0%)	19 (47,5%)	15 (37,5%)			5 (11,6%)	15 (34,9%)	23 (53,5%)		27 (67,5%)	7 (17,5%)	6 (15,0%)		
Con pareja	10 (17,2%)	22 (37,9%)	26 (44,8%)			8 (12,9%)	27 (43,5%)	27 (43,5%)		47 (77,0%)	9 (14,8%)	5 (8,2%)		
Domicilio (n[%])					0,763					0,592				0,002*
Paterno	4 (28,6%)	4 (28,6%)	6 (42,9%)			1 (6,7%)	4 (26,7%)	10 (66,7%)		7 (46,7%)	1 (6,7%)	7 (46,7%)		
Solo	4 (18,2%)	10 (45,5%)	8 (36,4%)			3 (13,0%)	9 (39,1%)	11 (47,8%)		12 (60,0%)	6 (30,0%)	2 (10,0%)		
Piso compartido	3 (11,5%)	13 (50,0%)	10 (38,5%)			2 (6,9%)	12 (41,4%)	15 (51,7%)		22 (78,6%)	4 (14,3%)	2 (7,1%)		
En pareja	6 (15,8%)	14 (36,8%)	18 (47,4%)			7 (17,5%)	18 (45,0%)	15 (37,5%)		33 (82,5%)	6 (15,0%)	1 (2,5%)		
Hijos (n[%])					0,252					0,151				0,563
No	16 (17,2%)	40 (43,0%)	37 (39,8%)			13 (13,1%)	42 (42,4%)	44 (44,4%)		69 (71,9%)	15 (15,6%)	12 (12,5%)		
Un hijo	0 (0,0%)	1 (20,0%)	4 (80,0%)			0 (0,0%)	1 (20,0%)	4 (80,0%)		3 (60,0%)	2 (40,0%)	0 (0,0%)		
Más de un hijo <sup>(*)</sup>	1 (50,0%)	0 (0,0%)	1 (50,0%)			0 (0,0%)	2 (100%)	2 (100%)		2 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Año de residencia (n[%])					0,304					0,094				0,454
Primer año	7 (17,1%)	22 (53,7%)	12 (29,3%)			8 (18,2%)	20 (45,5%)	16 (36,4%)		31 (73,8%)	6 (14,3%)	5 (11,9%)		
Segundo año	6 (20,0%)	12 (40,0%)	12 (40,0%)			1 (3,1%)	17 (53,1%)	14 (43,8%)		22 (71,0%)	3 (9,7%)	6 (19,4%)		
Tercer año	4 (18,2%)	6 (27,3%)	12 (54,5%)			4 (17,4%)	6 (26,1%)	13 (56,5%)		16 (72,7%)	5 (22,7%)	1 (4,5%)		
Cuarto año <sup>(*)</sup>	0 (0,0%)	1 (14,3%)	6 (85,7%)			0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (100%)		5 (62,5%)	3 (37,5%)	0 (0,0%)		
Centro de formación (n[%])					0,222					0,877				0,706
Nivel A	1 (16,7%)	0(0,0%)	5 (83,3%)			1 (14,3%)	3 (42,9%)	3 (42,9%)		5 (71,4%)	1 (14,3%)	1 (14,3%)		
Nivel B	4 (15,4%)	12 (46,2%)	10 (38,5%)			5 (16,7%)	12 (40%)	13 (43,3%)		18 (64,3%)	5 (17,9%)	5 (17,9%)		
Nivel C	12 (17,9%)	29 (43,3%)	26 (38,8%)			7 (10,1%)	28 (40,6%)	34 (49,3%)		50 (74,6%)	11 (16,4%)	6 (9,0%)		
Promedio de horas laborales semanales (Media±DS)	39,88±4,09	39,33±4,28	43,93±21,85		0,330	40,38±3,20	39,05±4,32	43,78±19,98		0,272	39,64±4,06	49,41±33,91	41,25±2,6	0,040*
Promedio de guardias mensuales (Media±DS)	4,00±1,06	4,10±1,02	4,64±0,879		0,016*	4,62±1,04	4,07±1,14	4,45±0,879		0,106	4,15±1,00	5,06±0,90	4,17±0,937	0,003*

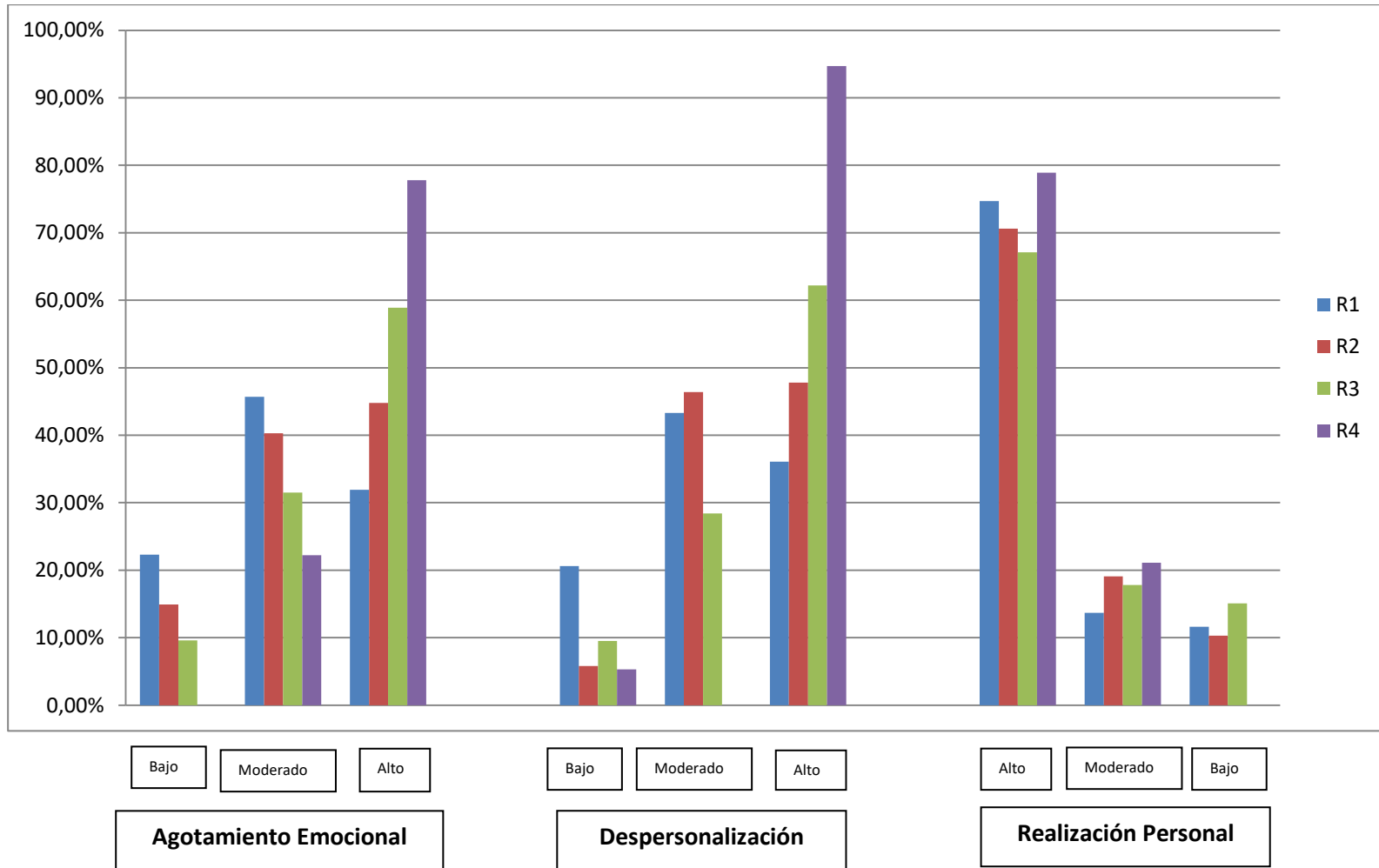
Tabla 10. Comparación de las variables sociodemográficas y las dimensiones del Burnout 2013-2014

Variables	MASLACH BURNOUT INVENTORY global														
	Agotamiento Emocional				p	Despersonalización				p	Realización Personal				p
	Bajo	Moderado	Alto			Bajo	Moderado	Alto			Alto	Moderado	Bajo		
Sexo (n[%])				0,225				0,169				0,257			
Hombre	19 (18,8%)	41 (40,6%)	41 (40,6%)		11 (10,7%)	32 (31,1%)	60 (58,3%)		71 (71,0%)	14 (14,0%)	15 (15,0%)				
Mujer	19 (12,6%)	56 (37,1%)	76 (50,3%)		21 (13,5%)	63 (40,4%)	72 (46,2%)		112 (72,3%)	29 (18,7%)	14 (9,0%)				
Situación conyugal (n[%])				0,703				0,422				0,494			
Sin pareja	15 (16,1%)	38 (40,9%)	40 (43,0%)		11 (11,5%)	31 (32,3%)	54 (56,3%)		64 (68,8%)	16 (17,2%)	13 (14,0%)				
Con pareja	22 (14,0%)	59 (37,6%)	76 (48,4%)		21 (13,0%)	63 (39,1%)	77 (47,8%)		119 (74,4%)	26 (16,3%)	15 (9,4%)				
Domicilio (n[%])				0,874				0,313				0,001*			
Paterno	7 (22,6%)	10 (32,3%)	14 (45,2%)		3 (9,4%)	7 (21,9%)	22 (68,8%)		16 (50,0%)	5 (15,6%)	11 (34,4%)				
Solo	9 (16,4%)	22 (40,0%)	24 (43,6%)		6 (10,7%)	20 (35,7%)	30 (53,6%)		35 (66,0%)	12 (22,6%)	6 (11,3%)				
Piso compartido	9 (13,8%)	27 (41,5%)	29 (44,6%)		8 (11,8%)	24 (35,3%)	36 (52,9%)		54 (80,6%)	6 (9,0%)	7 (10,4%)				
En pareja	13(12,9%)	38 (37,6%)	50 (49,5%)		15 (14,6%)	44 (42,7%)	44 (42,7%)		78 (75,7%)	20 (19,4%)	5 (4,9%)				
Hijos (n[%])				0,864				0,728				0,259			
No	36 (15,9%)	87 (38,3%)	104 (45,8%)		28 (12,0%)	87 (37,3%)	118 (50,6%)		166 (72,2%)	36 (15,7%)	28 (12,2%)				
Un hijo	1 (6,7%)	6 (40,0%)	8 (53,3%)		3 (20,0%)	5 (33,3%)	7 (46,7%)		11 (73,3%)	4 (26,7%)	0 (0,0%)				
Más de un hijo	1 (11,1%)	3 (33,3%)	5 (55,6%)		1 (11,1%)	2 (22,2%)	6(66,7%)		5 (55,6%)	3 (33,3%)	1 (11,1%)				
Año de residencia (n[%])				0,011*				0,002*				0,759			
Primer año	21 (22,3%)	43 (45,7%)	30 (31,9%)		20 (20,6%)	42 (43,3%)	35 (36,1%)		71 (74,7%)	13 (13,7%)	11(11,6%)				
Segundo año	10 (14,9%)	27 (40,3%)	30 (44,8%)		4 (5,8%)	32 (46,4%)	33 (47,8%)		48 (70,6%)	13 (19,1%)	7 (10,3%)				
Tercer año	7 (9,6%)	23 (31,5%)	43 (58,9%)		7 (9,5%)	21 (28,4%)	46 (62,2%)		49 (67,1%)	13 (17,8%)	11 (15,1%)				
Cuarto año (*)	0 (0,0%)	4 (22,2%)	14 (77,8%)		1 (5,3%)	0 (0,0%)	18 (94,7%)		15 (78,9%)	4 (21,1%)	0 (0,0%)				
Centro de formación (n[%])				0,821				0,513				0,255			
Nivel A	1 (5,3%)	8 (42,1%)	10 (52,2%)		1 (5,0%)	8 (40,0%)	11 (55,0%)		17 (85,0%)	1 (5,0%)	2 (10,0%)				
Nivel B	10 (15,6%)	26 (40,6%)	28 (43,8%)		12 (17,6%)	26 (38,2%)	30 (44,1%)		46 (69,7%)	9 (13,6%)	11 (16,7%)				
Nivel C	27 (16,1%)	63 (37,5%)	78 (46,4%)		19 (11,2%)	61 (35,9%)	90 (52,9%)		119 (70,8%)	33 (19,6%)	16 (9,5%)				
Promedio de horas laborales semanales (Media±DS)	39,45±3,19	40,10±4,43	41,36±13,41	0,470	39,63±2,51	39,83±4,22	41,47±12,7	0,362	39,79±3,61	44,2±21,97	40,86±4,24	0,027*			
Promedio de guardias mensuales (Media±DS)	3,92±0,98	4,16±1,06	4,50±0,906	0,003*	4,35±0,839	4,09±1,10	4,41±0,957	0,053	4,25±1,00	4,57±1,02	4,00±0,964	0,053			

**Tabla 11. Comparación de las variables sociodemográficas y las dimensiones del Burnout Global**

A continuación, podemos observar el Gráfico 4 donde se representan las diferentes dimensiones en función del año de residencia. Hemos de recordar que el cuarto año ha sido excluido del estudio por ser un grupo muy pequeño, por ello no está presente en dicha gráfica.

Gráfico 4. Dimensiones del Síndrome de Burnout según el año de residencia.



El análisis de las variables añadidas en la recogida del segundo año de estudio lo vemos en la Tabla 12. La realización de ejercicio físico de forma periódica o el consumo tabaco parece no influir en las puntuaciones de las diferentes dimensiones del test de MBI. En cambio, el consumo de alcohol y ansiolíticos tienen una relación estadísticamente significativa con puntuaciones más altas de AE. Mientras que el consumo de otros tóxicos (tipo marihuana, cocaína, etc) parece disminuir la RP. A nivel formativo, aunque el hecho de tener o no tutorías o sesiones regularizadas no afecta, sí que lo hace la denegación de cursos o de formación por presión asistencial, aumentando la despersonalización y el agotamiento emocional.

Para finalizar el análisis del test de MBI, en la tabla 12 se muestran los resultados de la presencia de Burnout según las diferentes variables sociodemográficas recogidas. Hemos de recordar que se ha establecido la presencia de Burnout ante la obtención de puntuaciones altas en las dimensiones de Despersonalización y Agotamiento Emocional. De este modo, encontramos que el número de guardias, la denegación de cursos y la sensación de no estar bien formado o actualizado se relaciona de forma significativa con padecer Burnout. También se relaciona con la toma de ansiolíticos, pero no se puede establecer con los datos obtenidos que su consumo elevado en los casos de Burnout sea por esta misma causa.

**Tabla 12. Prevalencia del síndrome de Burnout según las variables sociodemográficas.**

Variables	Malach Burnout Inventory		
	Presencia de Burnout		p
	No	Si	
Género (n[%]) Hombre Mujer	35 (34,7%) 58 (37,9%)	66 (65,3%) 95 (62,1%)	0,690
Situación conyugal (n[%]) Sin pareja Con pareja	32 (34,0%) 60 (38,0%)	62 (66,0%) 98 (62,0%)	0,589
Domicilio (n[%]) Paterno Solo Piso compartido En pareja	8 (25,0%) 23 (41,1%) 20 (30,8%) 42 (41,6%)	24 (75,0%) 33 (58,8%) 45 (69,2%) 59 (58,4%)	0,226
Hijos (n[%]) No Un hijo Más de un hijo	84 (36,8%) 7 (46,7%) 1 (11,1%)	144 (63,2%) 8 (53,3%) 8 (88,9%)	0,228
Centro de formación (n[%]) Nivel A Nivel B Nivel C	6 (31,6%) 26 (40,0%) 61 (36,1%)	13 (68,4%) 39 (60,0%) 108 (63,9%)	0,754
Promedio de horas laborales semanales (Media±DS)	39,82±3,93	41,08±11,65	0,316
Promedio de guardias mensuales (Media±DS)	4,11±1,06	4,37±0,95	0,044*
Ejercicio Físico semanal (n[%]) No Sí	15 (45,5%) 18 (54,5%)	26 (38,8%) 41 (62,1%)	0,666
Fumador (n[%]) No Sí	32(45,1%) 10 (32,3%)	39 (54,9%) 21 (67,7%)	0,277
Consumo alcohol semanal (n[%]) No Sí	32 (45,7%) 10 (31,3%)	38 (54,3%) 22 (68,8%)	0,198
Consumo tóxicos semanal (n[%]) No Sí	40 (44,9%) 1 (11,1%)	49 (55,1%) 8 (88,9%)	0,075

Consumo ansiolíticos semanal (n[%]) No Sí	42 (46,2%) 0 (0,0%)	49 (53,8%) 9 (100,0%)	0,009*
Tutorías/sesiones rutinarias (n[%]) No Sí	8 (36,4%) 34 (43,6%)	14 (63,6%) 44 (56,4%)	0,629
Denegación de cursos (n[%]) No Sí	26 (57,8%) 13 (26,0%)	19 (42,2%) 37 (74,0%)	0,002*
Formación complementaria suficiente (n[%]) No Sí	16 (30,2%) 24 (54,5%)	37 (69,8%) 20 (45,5%)	0,017*



### 6.3 Datos Cuestionario Índice de Reactividad al Estrés

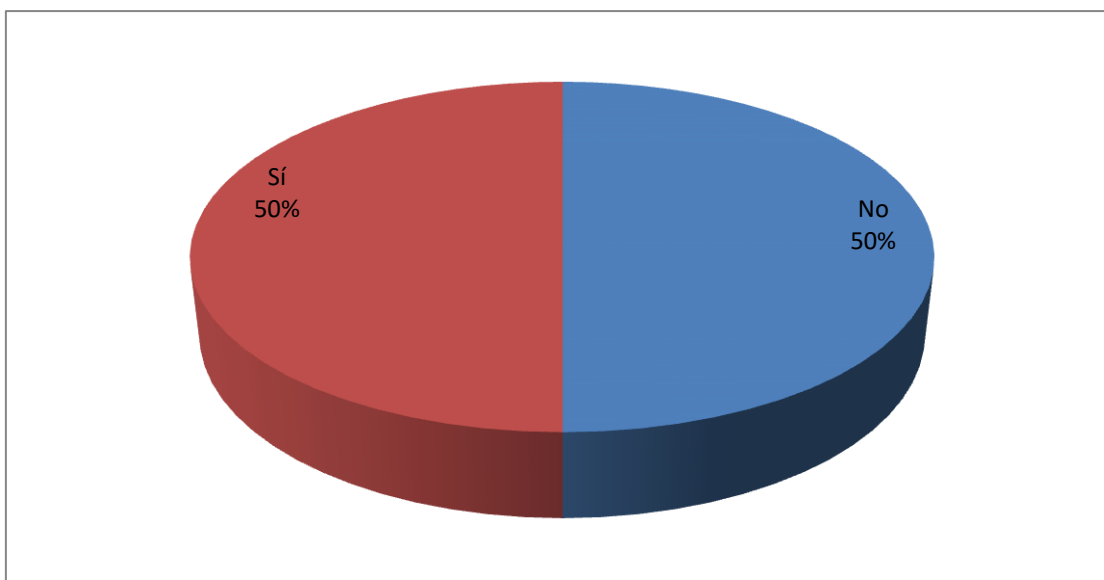
Se recogió un total de 250 cuestionarios completados correctamente, con una pérdida de 8 cuestionarios durante el primer año y 9 durante el segundo, ya que al no estar completos se descartaron para los análisis estadísticos.

En la tabla 13 se recogen las puntuaciones del Índice de Reactividad al Estrés. Como podemos observar, destaca una puntuación media global de 10,18 y que un 50% de los encuestados presenta un Probable Trastorno de Estrés (Gráfico 5). Parece que la situación de estrés aumenta durante el segundo año de estudio, aunque no de forma estadísticamente significativa, haciendo aumentar la media global.

**Tabla 14. Resultados del test Índice de Reactividad al Estrés.**

Índice de Reactividad al Estrés				
Año de recogida	2012-2013	2013-2014	Global	p
Puntuación global (Media $\pm$ SD)	9,93 $\pm$ 5,12	10,52 $\pm$ 5,26	10,18 $\pm$ 5,18	0,377
Probable Trastorno de Estrés (n[%])				
No	76 (52,1%)	49 (47,1%)	125 (50,0%)	0,441
Sí	70 (47,9%)	55 (52,9%)	125 (50,0%)	

**Gráfico 5. Resultado Global del test Índice de Reactividad al Estrés.**



Analizando este probable Trastorno de Estrés (PTE) con las variables recogidas en nuestro estudio (Tabla 14), observamos que, durante el primer año de recogida, existe una relación significativa entre el año de residencia y la probabilidad de sufrir estrés, tanto en puntuación general ( $p=0,020$ ) como en la presencia o no de PTE ( $p=0,011$ ). En un análisis más exhaustivo del PTE objetivamos diferencias significativas entre residentes de primer y segundo año, y entre los de primer y tercer año ( $p=0,034$  y  $p=0,004$  respectivamente), pero no entre segundo y tercer año. El número de guardias también se relaciona con la reactividad al estrés, tanto en la puntuación global ( $p=0,029$ ) como con la presencia del PTE,  $p=0,008$ .

Durante el segundo año de recogida (Tabla 15) el género marca una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a padecer un PTE con una  $p$  de  $0,013$ , el 62,9% de las mujeres residentes de nuestro estudio presentan un PTE frente el 38,1% de los hombres. En cuanto al centro de formación destaca que a menor nivel de complejidad hospitalaria más probabilidad de padecer un PTE, con una  $p$  de  $0,005$ . Por último, la cantidad de guardias vuelven a marcar una diferencia, con una  $p$  de  $0,049$ .

De forma global (Tabla 16 y Gráfico 6), analizando los datos recogidos de forma conjunta, observamos que tanto el género como el año de residencia, el número de guardias y el centro hospitalario formativo interfieren en la

probabilidad de padecer un Probable Trastorno de Estrés. Comparando los diferentes años de residencia, objetivamos diferencias significativas entre residentes de primer y segundo año, y entre los de primer y tercer año ( $p=0,047$  y  $p=0,015$  respectivamente), pero no entre segundo y tercer año, igual que durante el primer año de recogida.

**Tabla 14. Relación entre IRE y variables epidemiológicas durante 2012-2013.**

Variables	Índice de Reactividad al Estrés 2012-2013				
	Puntuación	p	Probable Trastorno de Estrés		p
			No	Si	
Género (Media±DS)/ (n[%])					
Hombre	9,05±5,58	0,108	32 (58,2%)	23 (41,8%)	0,249
Mujer	10,46±4,78		44 (48,4%)	47 (51,6%)	
Situación conyugal (Media±DS) / (n[%])					
Sin pareja	10,49±5,56	0,351	26 (53,1%)	23 (46,9%)	0,863
Con pareja	9,65±4,488		50 (51,5%)	47 (48,5%)	
Domicilio (Media±DS)/ (n[%])					
Paterno	9,75±5,77	0,664	10 (62,5%)	6 (37,5%)	0,726
Solo	10,70±5,54		15 (45,5%)	18 (54,5%)	
Piso compartido	10,26±5,36		18 (51,4%)	17 (48,6%)	
En pareja	9,39±4,632		33 (53,2%)	29 (76,8%)	
Hijos (Media±DS)/ (n[%])					
No	9,99±5,21	0,456	68 (52,7%)	61 (47,3%)	0,923
Un hijo	10,44±5,15		4 (44,4%)	5 (55,6%)	
Más de un hijo	7,57±3,21		4 (57,1%)	3 (42,9%)	
Año de residencia (Media±DS)/ (n[%])					
Primer año	8,24±4,87	0,020*	35 (68,6%)	16 (31,4%)	0,011*
Segundo año	10,17±4,90		16 (45,7%)	19 (54,3%)	
Tercer año	11,32±5,12		20 (40,0%)	30 (60,0%)	
Cuarto año <sup>(*)</sup>	10,80±5,43		5 (50%)	5 (50,0%)	
Centro de formación (Media±DS)/ (n[%])					
Nivel A	10,67±5,88	0,316	6 (50,0%)	6 (50,0%)	0,659
Nivel B	10,89±5,17		17 (45,9%)	20 (54,1%)	
Nivel C	9,47±5,00		53 (54,6%)	44 (45,4%)	
Promedio de horas laborales semanales (R Pearson)/ (Media±DS)	0,025	0,767	40,03±3,23	40,24±3,782	0,719
Promedio de guardias mensuales (R Pearson)/ (Media±DS)	0,182	0,029*	4,05±1,10	4,50±0,864	0,008*

<sup>(\*)</sup>Cuarto año: no participa en la estadística de comparación de grupos por su baja n, pero se adjuntan los datos descriptivos obtenidos. En la variable Hijos, sólo hay una persona que tenga más de un hijo, por lo que no se puede calcular una DS, de manera que eliminamos este grupo en la comparación.

**Tabla 15. Relación entre IRE y variables epidemiológicas durante 2013-2014.**

Variables	Índice de Reactividad al Estrés 2013-2014				
	Puntuación	p	Probable Trastorno de Estrés		P
			No	Si	
Género (Media±DS)/ (n[%])					
Hombre	9,50±5,04	0,104	26 (61,9%)	16 (38,1%)	0,013*
Mujer	11,21±5,33		23 (37,1%)	39 (62,9%)	
Situación conyugal (Media±DS) / (n[%])					
Sin pareja	10,82±5,02	0,588	19 (48,7%)	20 (51,3%)	0,792
Con pareja	10,24±5,39		29 (46,0%)	34 (54,0%)	
Domicilio (Media±DS)/ (n[%])					
Paterno	12,64±4,62	0,157	5 (37,5%)	9 (64,3%)	0,149
Solo	11,78±5,00		6 (33,3%)	12 (66,7%)	
Piso compartido	9,27±5,02		19 (63,3%)	11 (36,7%)	
En pareja	10,17±5,60		19 (45,2%)	23 (54,8%)	
Hijos (Media±DS)/ (n[%])					
No	10,41±5,27	0,136	48 (49,0%)	50 (51,0%)	0,059
Un hijo	14,00±3,54		0 (0,0%)	5 (100,0%)	
Más de un hijo	4±.....		1 (100,0%)	0 (0,0%)	
Año de residencia (Media±DS)/ (n[%])					
Primer año	9,58±4,76	0,187	22 (51,2%)	21 (48,8%)	0,799
Segundo año	11,13±5,43		14 (43,8%)	18 (56,3%)	
Tercer año	11,64±5,90		10 (45,5%)	12 (54,5%)	
Cuarto año <sup>(*)</sup>	10,00±5,28		3 (49,2%)	4 (57,1%)	
Centro de formación (Media±DS)/ (n[%])					
Nivel A	13,14±4,98	0,053	1 (14,3%)	6 (85,7%)	0,005*
Nivel B	11,87±5,44		9 (30,0%)	21 (70,0%)	
Nivel C	9,58±5,06		39 (59,1%)	27 (40,9%)	
Promedio de horas laborales semanales (R Pearson)/ (Media±DS)	0,176	0,075	39,96±3,64	42,25±19,42	0,422
Promedio de guardias mensuales (R Pearson)/ (Media±DS)	0,194	0,049*	4,14±1,04	4,45±1,02	0,126

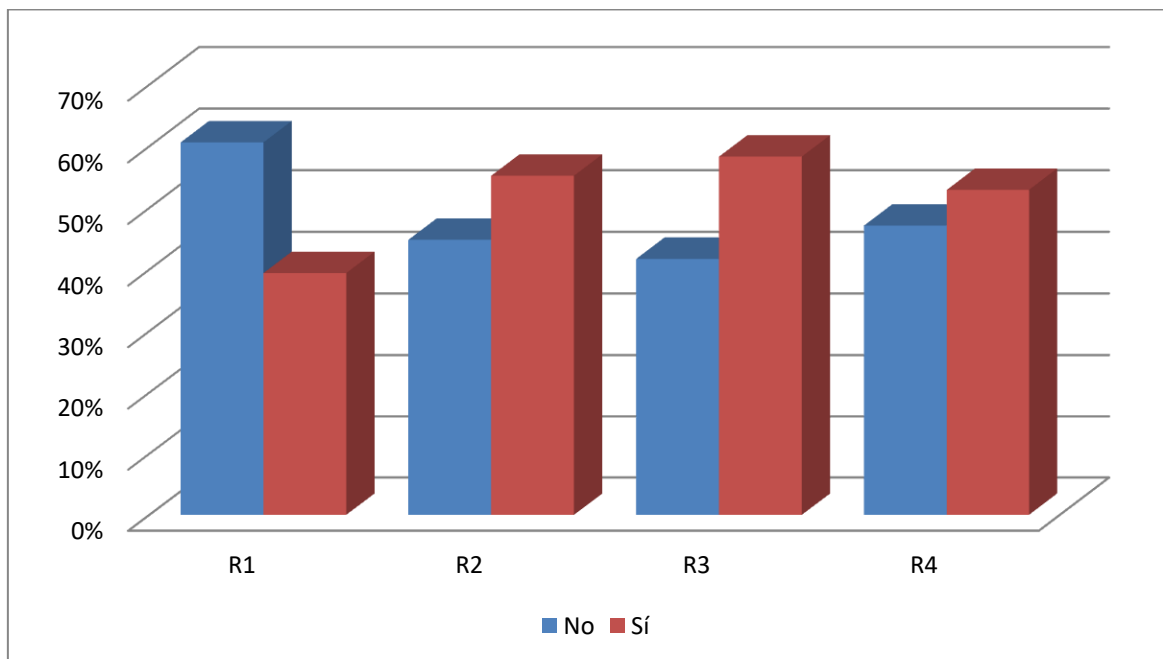
<sup>(\*)</sup>Cuarto año: no participa en la estadística de comparación de grupos por su baja n, pero se adjuntan los datos descriptivos obtenidos. En la variable Hijos, sólo hay una persona que tenga más de un hijo, por lo que no se puede calcular una DS, , de manera que eliminamos este grupo en la comparación.

**Tabla 16. Relación entre IRE y variables epidemiológicas Global.**

Variables	Índice de Reactividad al Estrés Global				
	Puntuación	p	Probable Trastorno de Estrés		p
			No	Si	
Género (Media±DS)/ (n[%])					
Hombre	9,25±5,33	0,024*	58 (59,8%)	39 (40,2%)	0,014*
Mujer	10,76±5,01		67 (43,8%)	86 (56,2%)	
Situación conyugal (Media±DS) / (n[%])					
Sin pareja	10,64±5,32	0,272	45 (51,1%)	43 (48,9%)	0,791
Con pareja	9,88±5,08		79 (49,4%)	81 (50,6%)	
Domicilio (Media±DS)/ (n[%])					
Paterno	11,10±5,38	0,294	15 (50,0%)	15 (50,0%)	0,418
Solo	11,08±5,33		21 (41,2%)	30 (58,8%)	
Piso compartido	9,80±5,19		37 (56,9%)	28 (43,1%)	
En pareja	9,70±5,02		52 (50,0%)	52 (50,0%)	
Hijos (Media±DS)/ (n[%])					
No	10,17±5,23	0,135	116(51,1%)	111 (48,9%)	0,200
Un hijo	11,71±4,83		4 (28,6%)	10 (71,4%)	
Más de un hijo	7,13±3,23		5 (62,5%)	3 (37,5%)	
Año de residencia (Media±DS)/ (n[%])					
Primer año	8,85±4,84	0,004*	57 (60,6%)	37 (39,4%)	0,030*
Segundo año	10,63±5,15		30 (44,8%)	37 (55,2%)	
Tercer año	11,42±5,33		30 (41,7%)	42 (58,3%)	
Cuarto año <sup>(*)</sup>	10,18±5,18		8 (47,1%)	9 (52,9%)	
Centro de formación (Media±DS)/ (n[%])					
Nivel A	11,58±5,56	0,025*	7 (36,8%)	12 (63,2%)	0,025*
Nivel B	11,33±5,28		26 (38,8%)	41 (61,2%)	
Nivel C	9,52±5,01		92 (56,4%)	71 (43,6%)	
Promedio de horas laborales semanales (R Pearson)/ (Media±DS)	0,119	0,062	40,00±3,38	41,14±13,25	0,355
Promedio de guardias mensuales (R Pearson)/ (Media±DS)	0,187	0,003*	4,09±1,07	4,48±0,93	0,002*

<sup>(\*)</sup>Cuarto año: no participa en la estadística de comparación de grupos por su baja n, pero se adjuntan los datos descriptivos obtenidos. En la variable Hijos, sólo hay una persona que tenga más de un hijo, por lo que no se puede calcular una DS, de manera que eliminamos este grupo en la comparación.

**Gráfico 6. Relación IRE y año de residencia.**



El análisis de las variables añadidas en la recogida del segundo año de estudio lo vemos en la Tabla 17, donde observamos una relación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol semanalmente en días laborables y puntuación más alta en el IRE32. Otra variable que muestra una relación significativa con puntuaciones más altas en el test, es el consumo de ansiolíticos y el de otros tóxicos como cocaína o marihuana. La existencia de tutorías o sesiones regularizadas no afecta, mientras que sí lo hace la denegación de cursos o formación por presión asistencial, con una p de 0.007 en la puntuación del IRE 32 y 0.010 en cuanto a padecer un PTE.



**Tabla 17. Relación entre IRE y nuevas variables epidemiológicas**

Variables	Índice de Reactividad al Estrés Global				
	Puntuación	p	Probable Trastorno de Estrés		p
			No	Si	
Ejercicio Físico semanal (Media±DS)/ (n[%])					
No	10,29±4,57	0,830	18 (52,9%)	16 (47,1%)	0,400
Sí	10,53±5,51		30 (44,1%)	30 (55,9%)	
Fumador (Media±DS)/ (n[%])					
No	10,01±5,03	0,115	37(49,3%)	38 (50,7%)	0,466
Sí	11,83±5,67		12 (41,4%)	17 (58,6%)	
Consumo alcohol semanal (Media±DS)/ (n[%])					
No	9,77±4,72	0,024*	36(49,3%)	37 (50,7%)	0,490
Sí	12,29±6,06		13 (41,9%)	18 (58,1%)	
Consumo tóxicos semanal (Media±DS)/ (n[%])					
No	10,18±5,05	0,007*	46 (50,0%)	46 (50,0%)	0,272
Sí	15,38±5,98		2 (25,0%)	6 (75,0%)	
Consumo ansiolíticos semanal (Media±DS)/ (n[%])					
No	10,00±5,08	0,000*	49(51,6%)	46(48,4%)	0,013*
Sí	17,43±3,16		0(0,0%)	7(100,0%)	
Tutorías/sesiones rutinarias (Media±DS)/ (n[%])					
No	10,20±5,16	0,848	10(50,0%)	10(50,0%)	0,845
Sí	10,45±5,26		39(47,6%)	43(52,0%)	
Denegación de cursos (Media±DS)/ (n[%])					
No	8,91±4,76	0,007*	27(61,4%)	17(38,6%)	0,010*
Sí	11,76±5,38		19(35,2%)	35(64,8%)	
Formación complementaria suficiente (Media±DS)/ (n[%])					
No	10,78±5,47	0,497	27(49,1%)	28(50,9%)	0,730
Sí	10,07±4,99		21(45,7%)	25(54,3%)	

## 6.4 Datos Cuestionario Calidad de Vida Profesional

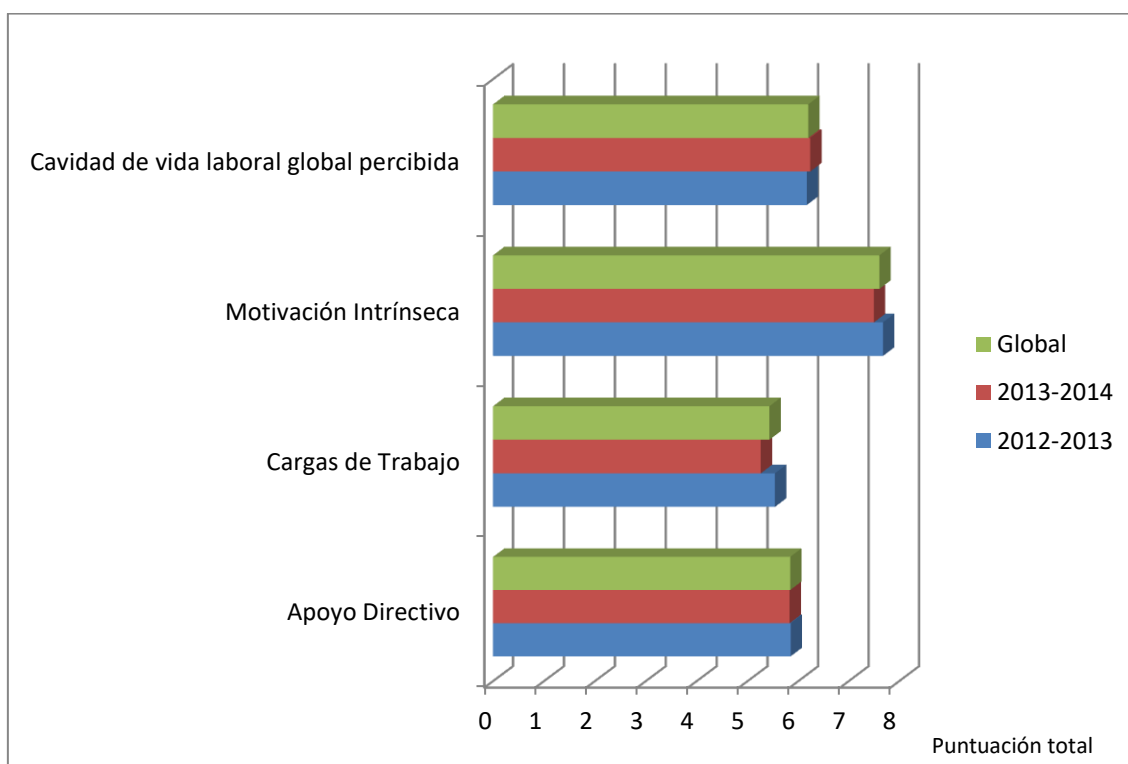
Se recogió un total de 232 cuestionarios completados correctamente, 140 durante el primer año y 92 durante el segundo. La pérdida fue de 14 cuestionarios y 17 cuestionarios en el primer y segundo año correspondientemente, que al no estar completos se descartaron para los análisis estadísticos. En cuanto a los residentes de 4º año sólo participaron 19, 11 durante el primer año y 8 en el segundo, por lo que se descartan para el estudio comparativo con las variables epidemiológicas.

Los datos analizados del cuestionario de CVP los encontramos en la tabla 18, y a continuación podemos observar los resultados obtenidos en el Cuestionario de Calidad de Vida Profesional según los diferentes ámbitos que abarca con una representación gráfica (Gráfico 7) de dichos resultados. En la siguiente tabla (Tabla 19) observamos los resultados de los ámbitos del test desglosados según el año de residencia. Esta tabla nos muestra que no hay diferencias significativas entre miembros de la misma promoción de residencia. Aunque sí que se observa cierta tendencia a la disminución de Motivación Intrínseca durante el segundo año de residencia, con una  $p= 0,059$ .

**Tabla 18. Resultados del test Calidad de Vida Profesional.**

<b>CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL</b>				
<b>Dimensiones</b>	<b>2012-2013</b>	<b>2013-2014</b>	<b>Global</b>	<b>p</b>
<b>Apoyo directivo</b> Media $\pm$ SD	5,85 $\pm$ 1,18	5,83 $\pm$ 1,17	5,84 $\pm$ 1,18	0,886
<b>Cargas de Trabajo</b> Media $\pm$ SD	5,54 $\pm$ 1,19	5,26 $\pm$ 1,24	5,43 $\pm$ 1,22	0,086
<b>Motivación Intrínseca</b> Media $\pm$ SD	7,68 $\pm$ 1,03	7,50 $\pm$ 1,00	7,61 $\pm$ 1,02	0,194
<b>Calidad de Vida Profesional Goblal Percibida</b> Media $\pm$ SD	6,17 $\pm$ 1,88	6,24 $\pm$ 1,94	6,20 $\pm$ 1,90	0,791

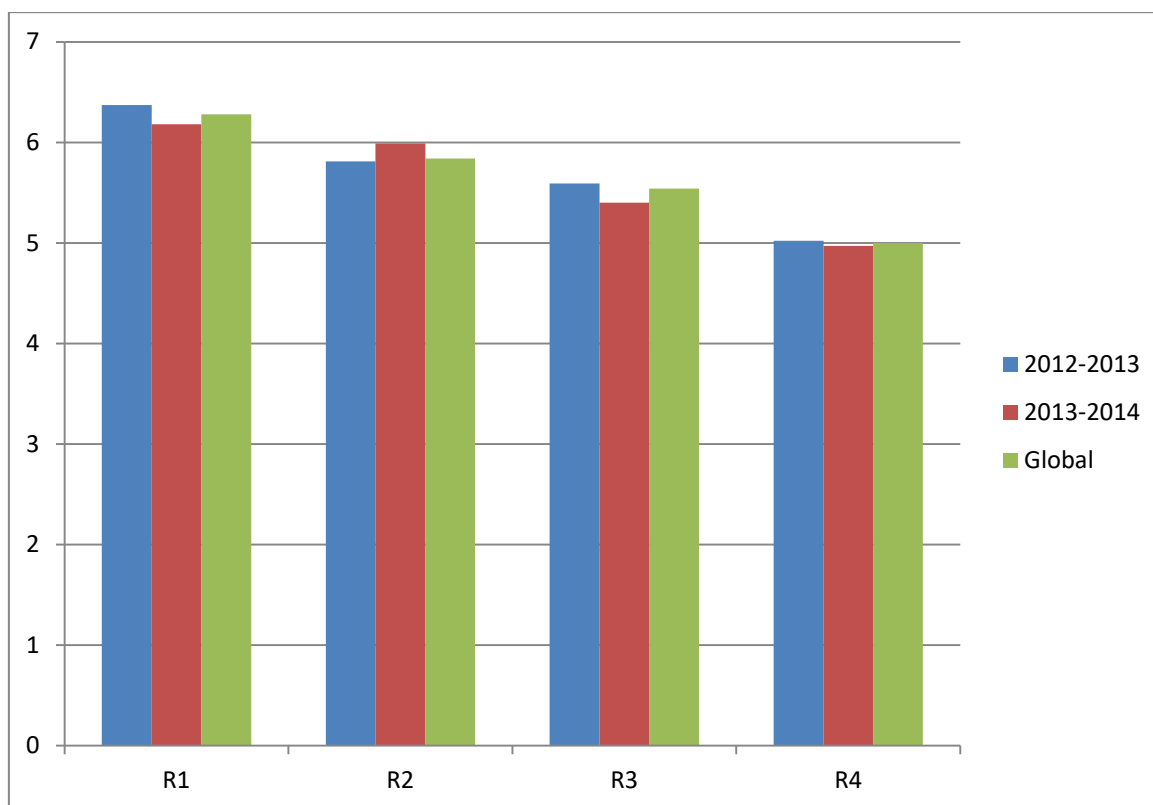
**Gráfico 7. Calidad de Vida Profesional.**



**Tabla 19. Dimensiones del CVP-35 según año de residencia.**

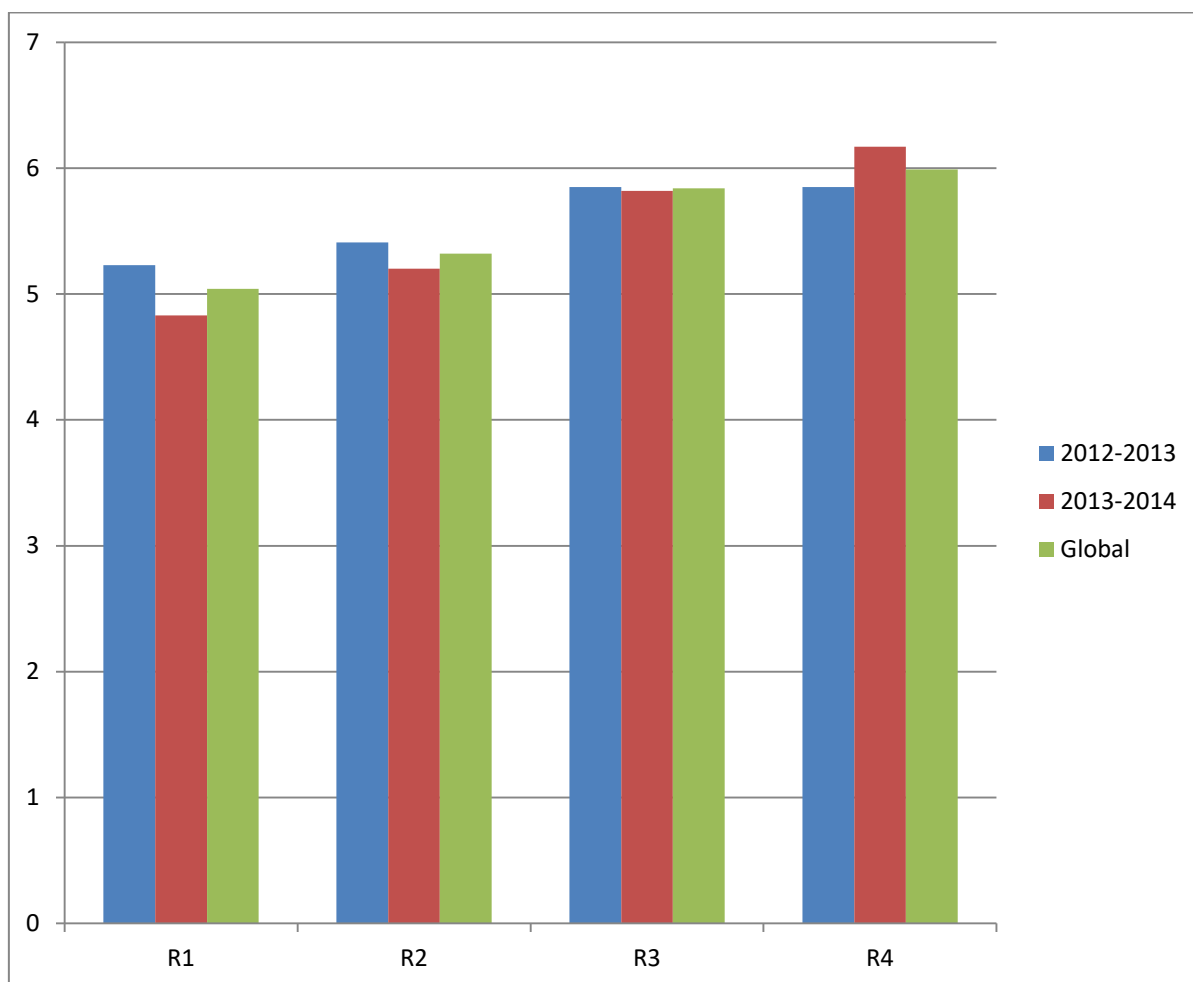
<b>Dimensiones</b>	<b>2012-2013</b>	<b>2013-2014</b>	<b>Global</b>	<b>p</b>
<b>Apoyo directivo</b> (Media $\pm$ SD)				
Residentes 1º año	6,37 $\pm$ 1,13	6,18 $\pm$ 1,05	6,28 $\pm$ 1,09	0,444
Residentes 2º año	5,81 $\pm$ 1,10	5,99 $\pm$ 1,04	5,84 $\pm$ 1,07	0,791
Residentes 3º año	5,59 $\pm$ 1,10	5,40 $\pm$ 0,98	5,54 $\pm$ 1,06	0,512
Residentes 4º año	5,02 $\pm$ 1,26	4,97 $\pm$ 1,87	5,00 $\pm$ 1,50	0,945
<b>Cargas de Trabajo</b> (Media $\pm$ SD)				
Residentes 1º año	5,23 $\pm$ 1,18	4,83 $\pm$ 1,14	5,04 $\pm$ 1,17	0,111
Residentes 2º año	5,41 $\pm$ 1,00	5,20 $\pm$ 0,89	5,32 $\pm$ 0,95	0,412
Residentes 3º año	5,85 $\pm$ 1,23	5,82 $\pm$ 1,34	5,84 $\pm$ 1,25	0,930
Residentes 4º año	5,85 $\pm$ 1,42	6,17 $\pm$ 1,59	5,99 $\pm$ 1,46	0,651
<b>Motivación Intrínseca</b> (Media $\pm$ SD)				
Residentes 1º año	7,91 $\pm$ 0,97	7,63 $\pm$ 1,01	7,78 $\pm$ 0,99	0,203
Residentes 2º año	7,93 $\pm$ 0,86	7,48 $\pm$ 0,95	7,74 $\pm$ 0,92	0,059
Residentes 3º año	7,33 $\pm$ 1,13	7,44 $\pm$ 0,73	7,36 $\pm$ 1,02	0,637
Residentes 4º año	7,55 $\pm$ 0,88	7,14 $\pm$ 1,66	7,37 $\pm$ 2,39	0,495
<b>Calidad de Vida Profesional Global Percibida</b> (Media $\pm$ SD)				
Residentes 1º año	6,67 $\pm$ 1,72	6,72 $\pm$ 1,79	6,69 $\pm$ 1,74	0,894
Residentes 2º año	6,29 $\pm$ 1,82	6,24 $\pm$ 1,54	6,27 $\pm$ 1,70	0,919
Residentes 3º año	5,76 $\pm$ 1,92	5,75 $\pm$ 2,10	5,75 $\pm$ 1,96	0,992
Residentes 4º año	5,64 $\pm$ 2,16	5,13 $\pm$ 2,80	5,42 $\pm$ 2,39	0,658

**Gráfico 8. Apoyo Directivo.**



En lo referente al Apoyo Directivo, podemos observar (Gráfico 8) una tendencia de la percepción de disminución del AD a medida que avanza la residencia con una diferencia significativa entre los residentes de primer año y tercer año durante los dos años de duración del estudio, así como en el análisis global de los datos ( $p= 0,001$ ;  $p= 0,007$ ;  $p= 0,000$ ). Esta diferencia también es manifiesta entre los R1-R2 durante el 2012-2013 y en el análisis global ( $p= 0,030$  y  $0,018$  respectivamente).

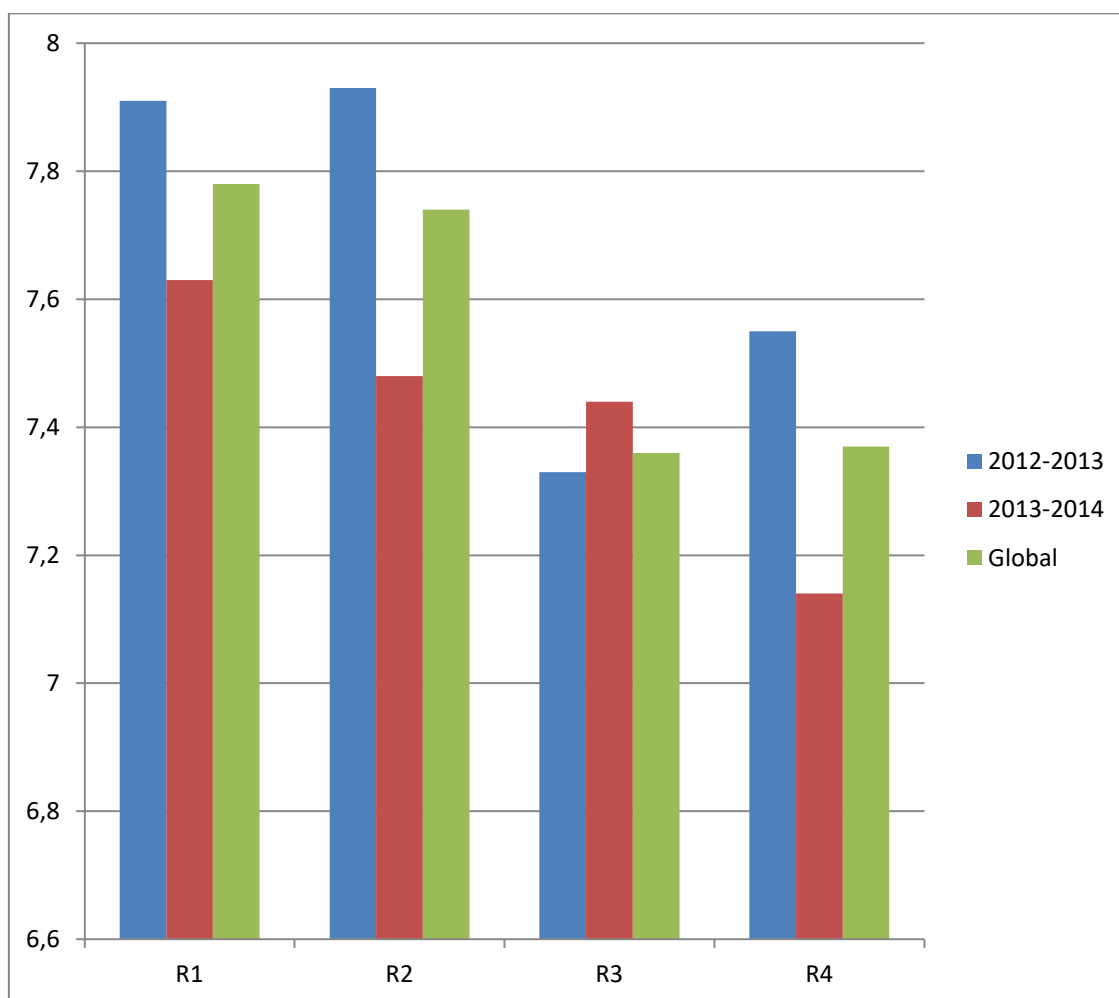
**Gráfico 9. Cargas de Trabajo.**



Las Cargas de Trabajo, por el contrario, parecen aumentar con el año de residencia (Gráfico 9), quizás por el aumento de responsabilidades. Este aumento también se manifiesta significativo entre R1 y R3 durante los dos años

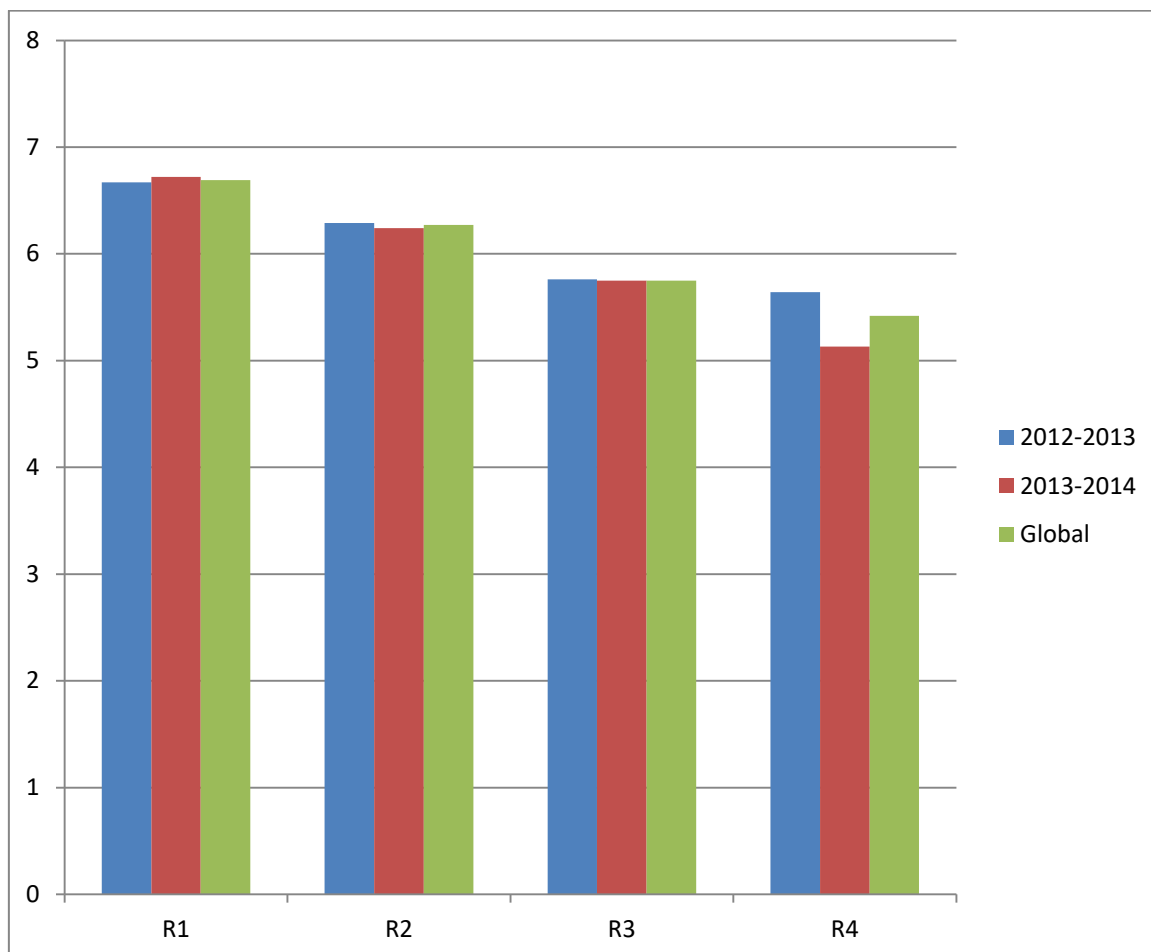
de recogida y en el análisis global ( $p=0,015$ ;  $p=0,004$ ;  $p=0,000$ ). Y entre R2-R3 en el análisis global con una  $p$  de 0,009.

**Gráfico 10. Motivación Intrínseca.**



La Motivación intrínseca muestra una disminución significativa entre R1-R3 y R2-R3 durante el primer año ( $p=0,009$ ;  $p= 0,010$ ) y el análisis global ( $p=0,011$ ;  $p= 0,029$ ), no así durante el segundo año de recogida (Gráfico 10).

**Gráfico 11. Calidad de vida laboral global percibida.**





La Calidad de vida global percibida (Gráfico 11) también parece disminuir con el avance de la formación con una tendencia a la disminución significativa en el primer año de recogida y en el análisis global ( $p=0,018$ ;  $p=0,002$ ). Durante el segundo año seguimos observando esta misma tendencia, aunque de manera no significativa ( $p=0,069$ ).

A continuación, presentamos los resultados correspondientes a la comparación de las variables epidemiológicas y los diferentes ámbitos del test de CVP (tabla 20, 21 y 22). Durante el año de recogida correspondiente al 2012-2013, (tabla 20), observamos que el año de residencia vuelve a ser un factor a tener en cuenta, ya que el Apoyo Directivo obtiene puntuaciones más bajas a medida que aumenta el año de residencia ( $p=0,001$ ). Las Cargas de Trabajo sin llegar a la significación estadística, muestran un aumento a medida que avanza el año de residencia ( $p=0,059$ ). Lo contrario ocurre con la Motivación Intrínseca ( $p=0,014$ ), al pasar los años de residencia, ésta disminuye. Estas diferencias son más notables entre los residentes de primer año y los de tercer año. En cuanto al resto de variables, el AD es más alto en aquellos trabajadores que no tienen pareja ( $p=0,019$ ), y los hijos parecen marcar una tendencia en cuanto al AD ( $p=0,061$ ), el hecho de tener hijos disminuye la sensación de AD, aun teniendo en cuenta que nuestra muestra cuenta con tan solo un 6,5% de encuestados con un hijo y 4,5% con dos o más

hijos. Con ello sí que obtenemos una disminución significativa entre no tener hijos y tener dos o más en cuanto a la Calidad de Vida Profesional Global Percibida ( $p= 0,044$ ).

En el segundo año de recogida de datos, 2013-2014 (tabla 21), las diferencias en cuanto a las variables hijos se encuentran entre no tener o tener un hijo en todas las dimensiones. Los hijos hacen que la sensación de Apoyo Directivo sea menor ( $p=0,007$ ), tengamos más Carga de trabajo ( $p=0,002$ ) y una percepción de calidad de vida laboral global más baja ( $p=0,044$ ). Entre los residentes se hallaron diferencias significativas en la dimensión de AD entre el 1 y 2 año de residencia ( $p= 0,018$ ) y entre 1 y 3 año con una  $p = 0,000$ . En cuanto a Cargas de trabajo hay diferencias significativas entre los de 1 y 3 año ( $p=0,000$ ) y entre 2 y 3º año ( $p=0,009$ ). En motivación intrínseca hay diferencias entre 1 y 3 año ( $p=0,011$ ) y entre 2 y 3 año ( $p=0,029$ ). Respecto a la calidad de vida profesional global percibida hay diferencias entre 1 y 3 año con una  $p=0,002$ . Si tenemos en cuenta el número de guardias, observamos que, a mayor número de guardias, menos AD ( $p=0,001$ ), más CT ( $p=0,001$ ) y menor CVPGP ( $p=0,005$ ). Con las horas laborales observamos prácticamente lo mismo, menos AD ( $p=0,028$ ), más CT ( $p=0,000$ ) y menor CVPGP ( $p=0,013$ ).

Observando los resultados del análisis global (Tabla 22) encontramos que el hecho de tener hijos vuelve a marcar la diferencia. Tener hijos disminuye el

AD( $p=0,010$ ), aumenta la CT ( $p=0,003$ ) y aunque no significativo, señala una tendencia a la disminución de la CVPGP ( $p=0,063$ ). Las horas laborales y número de guardias se ponen de nuevo de manifiesto disminuyendo el AD ( $p=0,000$  y  $p=0,019$  respectivamente), aumentando las CT ( $p=0,003$  y  $p=0,000$ ) y disminuyendo la CVPGP ( $p=0,063$  y  $p=0,021$ ).

**Tabla 20. Relación entre las diferentes dimensiones del test CVP y las variables epidemiológicas 2012-2013.**

Variables	CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL							
	Apoyo Directivo	p	Cargas de Trabajo	p	Motivación Intrínseca	p	Calidad de Vida Profesional Gobal percibida	p
Sexo (Media±DS)		0,652		0,343		0,642		0,860
Hombre	5,79±1,13		5,42±1,10		7,63±1,09		6,21±1,66	
Mujer	5,89±1,22		5,62±1,25		7,71±0,99		6,15±2,01	
Situación conyugal (Media±DS)		0,019*		0,285		0,958		0,176
Sin pareja								
Con pareja	6,16±1,15		5,40±1,17		7,68±1,11		6,46±1,76	
	5,68±1,17		5,62±1,21		7,69±0,98		6,01±1,93	
Domicilio (Media±DS)		0,172		0,587		0,797		0,890
Paterno	6,23±0,99		5,86±1,12		7,66±0,79		6,44±1,55	
Solo	5,82±1,22		5,52±1,22		7,58±1,15		6,27±1,82	
Piso compartido	6,06±1,16		5,37±1,21		7,82±0,97		6,14±1,86	
En pareja	5,61±1,21		5,58±1,20		7,65±1,07		6,06±2,04	
Hijos (Media±DS)		0,061		0,184		0,500		0,044*
No	5,93±1,19		5,47±1,16		7,71±1,00		6,31±1,79	
Un hijo	5,29±1,09		6,22±1,59		7,32±1,21		5,44±2,70	
Más de un hijo	5,08±0,90		5,68±1,10		7,51±1,35		4,71±1,80	
Año de residencia (Media±DS)		0,001*		0,059		0,014*		0,086
Primer año								
Segundo año	6,37±1,13		5,23±1,18		7,91±0,97		6,67±1,72	
Tercer año	5,81±1,10		5,41±1,00		7,93±0,86		6,29±1,82	
Cuarto año	5,59±1,10		5,85±1,23		7,33±1,13		5,76±1,92	
	5,02±1,26		5,85±1,42		7,55±0,88		5,64±2,16	
Centro de formación (Media±DS)		0,571		0,746		0,219		0,778
Nivel A								
Nivel B	5,80±0,95		5,78±0,89		7,79±0,90		6,46±2,02	
Nivel C	6,04±1,24		5,50±1,36		7,93±1,03		6,03±1,99	
	5,79±1,20		5,52±1,17		7,58±1,05		6,18±1,83	
Promedio de guardias mensuales (R Pearson)	-0,119	0,165	-0,065	0,449	-0,062	0,471	-0,115	0,179
Promedio de horas laborales semanales (R Pearson)	-0,102	0,232	0,112	0,192	-0,044	0,610	-0,078	0,364

**Tabla 21. Relación entre las diferentes dimensiones del test CVP y las variables epidemiológicas 2013-2014**

Variables	CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL							
	Apoyo Directivo	p	Cargas de Trabajo	p	Motivación Intrínseca	p	Calidad de Vida Profesional Gobal percibida	p
Sexo (Media±DS)		0,291		0,672		0,909		0,089
Hombre	5,99±1,18		5,19±1,11		7,52±0,92		6,67±2,00	
Mujer	5,72±1,16		5,31±1,33		7,49±1,06		5,96±1,86	
Situación conyugal (Media±DS)		0,235		0,962		0,209		0,066
Sin pareja								
Con pareja	5,67±1,25		5,28±1,40		7,38±1,12		5,82±2,08	
	5,97±1,11		5,23±1,21		7,64±0,89		6,58±1,79	
Domicilio (Media±DS)		0,813		0,402		0,658		0,812
Paterno	5,91±1,51		5,66±1,65		7,45±0,885		6,08±1,66	
Solo	5,88±1,17		5,06±1,14		7,41±1,16		6,26±2,10	
Piso compartido	5,64±1,05		5,05±1,19		7,38±0,99		6,00±2,00	
En pareja	5,91±1,16		5,38±1,15		7,68±0,88		6,47±1,94	
Hijos (Media±DS)		0,006*		0,004*		0,270		0,044*
No	5,88±1,12		5,16±1,18		7,54±0,96		6,26±1,88	
Un hijo	4,00±1,44		7,21±0,61		6,47±2,06		5,00±3,61	
Más de un hijo*	6,69±....		7,91±....		7,90±....		8,00±....	
Año de residencia (Media±DS)		0,012*		0,003*		0,616		0,095
Primer año								
Segundo año	6,18±1,05		4,83±1,14		7,63±1,01		6,72±1,79	
Tercer año	5,89±1,04		5,20±0,89		7,48±0,95		6,24±1,54	
Cuarto año	5,40±0,98		5,82±1,34		7,44±0,73		5,75±2,10	
	4,97±1,87		6,17±1,59		7,14±1,66		5,13±2,80	
Centro de formación (Media±DS)		0,880		0,201		0,218		0,608
Nivel A								
Nivel B	5,87±1,40		5,81±1,24		7,95±0,81		6,88±1,64	
Nivel C	5,72±1,27		5,41±1,38		7,27±1,11		6,08±1,91	
	5,86±1,13		5,08±1,12		7,56±0,97		6,25±1,99	
Promedio de guardias mensuales (R Pearson)	-0,353	0,001*	0,355	0,001*	-0,109	0,305	-0,291	0,005*
Promedio de horas laborales semanales (R Pearson)	-0,230	0,028*	0,461	0,000*	-0,116	0,270	-0,257	0,013*

**Tabla 22. Relación entre las diferentes dimensiones del test CVP y las variables epidemiológicas GLOBAL.**

Variables	CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL							
	Apoyo Directivo	p	Cargas de Trabajo	p	Motivación Intrínseca	p	Calidad de Vida Profesional Gobal percibida	p
Género (Media±DS)		0,756		0,309		0,758		0,217
Hombre	5,87±1,15		5,33±1,10		7,59±1,02		6,39±1,81	
Mujer	5,82±1,20		5,49±1,29		7,63±1,02		6,08±1,95	
Situación conyugal (Media±DS)		0,293		0,416		0,369		0,888
Sin pareja								
Con pareja	5,95±1,21		5,34±1,27		7,55±1,12		6,18±1,92	
	5,78±1,15		5,48±1,18		7,67±0,95		6,22±1,89	
Domicilio (Media±DS)		0,537		0,222		0,863		0,946
Paterno	6,09±1,23		5,77±1,36		7,57±0,82		6,44±1,55	
Solo	5,84±1,19		5,35±1,20		7,52±1,14		6,27±1,82	
Piso compartido	5,89±1,13		5,24±1,20		7,64±0,99		6,14±1,86	
En pareja	5,73±1,19		5,50±1,18		7,66±1,03		6,06±2,04	
Hijos (Media±DS)		0,010*		0,003*		0,214		0,063
No	5,91±1,16		5,65±1,18		7,64±0,98		6,29±1,82	
Un hijo	4,97±1,25		6,47±1,45		7,11±1,41		5,33±2,77	
Más de un hijo	5,28±1,01		5,95±1,29		7,56±1,26		5,13±2,03	
Año de residencia (Media±DS)		0,000*		0,000*		0,034*		0,005*
Primer año	6,28±1,09		5,04±1,17		7,78±0,99		6,69±1,74	
Segundo año	5,84±1,07		5,32±0,95		7,74±0,92		6,27±1,70	
Tercer año	5,54±1,06		5,84±1,25		7,36±1,02		5,75±1,96	
Cuarto año	5,00±1,50		5,99±1,46		7,37±1,24		5,42±2,39	
Centro de formación (Media±DS)		0,886		0,278		0,467		0,503
Nivel A								
Nivel B	5,82±1,11		5,79±1,01		7,85±0,79		6,62±1,86	
Nivel C	5,91±1,25		5,46±1,36		7,65±1,10		6,05±1,94	
	5,84±1,17		5,35±1,17		7,57±1,02		6,21±1,89	
Promedio de guardias mensuales (R Pearson)	-0,154	0,019*	0,255	0,000*	-0,074	0,265	-0,154	0,021*
Promedio de horas laborales semanales (R Pearson)	-0,238	0,000*	0,197	0,003*	-0,086	0,196	-0,078	0,364

Para finalizar, analizaremos las variables epidemiológicas añadidas el último año del estudio según el test de CVP. En la tabla 23 tenemos los resultados, donde observamos que el hecho de realizar ejercicio de forma periódica parece aumentar la MI pero sin llegar a ser significativo ( $p=0,069$ ). Tanto el consumo de tabaco como el de alcohol tienen puntuaciones más bajas en AD y MI con puntuaciones más altas en CT, aunque todo ello sin llegar a ser significativo. Si analizamos el consumo de otros tóxicos (marihuana, cocaína, etc) observamos el mismo comportamiento, pero esta vez con significación estadística en la MI, que baja la media 1 punto ( $p= 0,007$ ) y en la CVPGP con una disminución de la media de 1,64 puntos ( $p= 0,023$ ). El AD disminuye 0,82 puntos, pero con  $p= 0,058$  y las CT aunque disminuyen 0,27 puntos tampoco se objetiva significación estadística. El consumo de ansiolíticos sigue la misma línea, pero sólo obtenemos una  $p$  significativa en el ámbito de CT ( $p=0,010$ ).

Realizar tutorías o sesiones de forma rutinaria aumenta la sensación de apoyo directivo de forma significativa ( $p=0,038$ ), mientras que la denegación de cursos la disminuye ( $p=0,000$ ). La denegación de cursos también aumenta la carga de trabajo ( $p=0,010$ ) y disminuye la CVPGP ( $p=0,002$ ). Para finalizar, creer que se posee la formación adecuada para realizar un trabajo aumenta la sensación de recibir apoyo directivo ( $p=0,000$ ).

**Tabla 23. Relación entre las diferentes dimensiones del test CVP y nuevas variables epidemiológicas.**

Variables	CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL							
	Apoyo Directivo	p	Cargas de Trabajo	p	Motivación Intrínseca	p	Calidad de Vida Profesional Gobar percibida	p
Ejercicio (Media±DS)		0,358		0,703		0,069		0,800
No	5,66±1,02		5,19±1,21		7,22±0,84		6,16±2,08	
Sí	5,90±1,26		5,30±1,26		7,63±1,07		6,27±1,88	
Tabaco (Media±DS)		0,263		0,461		0,403		0,629
No	5,91±1,18		5,20±1,31		7,56±0,90		6,18±1,86	
Sí	5,60±1,15		5,42±1,042		7,36±1,25		6,40±2,16	
Alcohol (Media±DS)		0,374		0,292		0,153		0,702
No	5,90±1,23		5,17±1,31		7,60±0,99		6,29±1,90	
Sí	5,68±0,99		5,48±1,05		7,27±1,01		6,12±2,05	
Otros tóxicos(Media±DS)		0,058		0,557		0,007*		0,023*
No	5,91±1,18		5,25±1,29		7,61±1,01		6,39±1,89	
Sí	5,09±0,83		5,52±0,97		6,61±0,49		4,75±2,05	
Ansiolíticos (Media±DS)		0,266		0,010*		0,119		0,086
No	5,87±1,20		5,17±1,22		7,55±1,00		6,31±1,94	
Sí	5,35±0,89		6,42±1,18		6,93±1,06		5,00±1,63	
Tutorías/sesiones rutinarias (Media±DS)		0,038*		0,591		0,286		0,680
No	5,41±1,02		5,07±1,12		7,28±0,66		6,11±1,88	
Sí	6,01±1,20		5,25±1,20		7,57±1,08		6,32±1,92	
Denegación de cursos (Media±DS)		0,000*		0,010*		0,076		0,002*
No	6,37±0,87		4,90±1,18		7,74±0,99		6,95±1,74	
Sí	5,40±1,15		5,56±1,12		7,35±0,99		5,69±1,87	
Formación complementaria suficiente (Media±DS)		0,000*		0,886		0,109		0,352
No	5,49±1,22		5,28±1,26		7,37±1,05		6,10±2,06	
Sí	6,32±0,79		5,24±1,05		7,72±0,96		6,49±1,72	





## 7. DISCUSIÓN



Es indiscutible la existencia del síndrome de Burnout entre nuestra profesión. Fred y Scheid<sup>81</sup> publicaron en el 2018 un Burnout de la población general del 28% comparado con un Burnout en el colectivo médico del 45,5% al 54,4% aproximadamente. El principal hallazgo de este estudio es que el 63,4% de los residentes de Anestesiología de la SCARTD encuestados padece el síndrome de Burnout. Este resultado concuerda con el obtenido en un estudio realizado por Fontseca en el 2009<sup>53</sup> en residentes de muy diversas especialidades médicas del Hospital Clínic de Barcelona, hospital universitario de tercer nivel. Pero si nos centramos en estudios realizados en nuestra especialidad, Nyssen<sup>47</sup> en el 2003 observó que el 40,4% de los anestesiólogos (staff y residentes) encuestados presentaban un alto nivel de AE, e incluso, Morais<sup>75</sup> detectó el 57,9% de AE con un 90,9% de D, datos realmente impactantes. De los estudios más actuales, 2016, destaca Milenovic<sup>82</sup>, con un 52,7% de AE y un 12,2% de D en hospitales formativos de Serbia, y van de Wal<sup>83</sup>, con un 18% de Burnout en Holanda, 19,8% en adjuntos y 11,3% en residentes. Si analizamos nuestro ámbito nacional y nuestra especialidad tenemos un 19,5% de AE con un 31,7% de D en un hospital de tercer nivel (Fernández<sup>46</sup>) frente al 16,5% de AE y 50,2% de D en un estudio realizado en diversas especialidades médicas de forma conjunta (Escribà-Agüir<sup>84</sup>). Stehman (201) pone de manifiesto que el Burnout empieza de manera temprana, mostrando entre un 65-74% de los residentes de emergencias médicas con un alto criterio de Burnout.

Ahora bien, no disponemos de datos sobre la situación de Burnout de residentes de Anestesiología en Cataluña, y la mayoría de los estudios realizados se concentran habitualmente en personal hospitalario y adjuntos.

Walsh<sup>85</sup> observó que el 79% de los residentes de Anestesiología irlandeses sentían que la presión en el trabajo afectaba su salud y su desarrollo laboral.

Por ello creemos que el principal interés de este estudio es que analiza la situación de los residentes de un territorio determinado y delimitado, y por ende también analiza la formación de dicha especialidad. Aunque los estudios han demostrado que los residentes entran en su formación con perfiles de salud mental similares a sus padres, la presencia de Burnout y depresión se hace evidente durante la residencia<sup>586,87,88</sup>. En el trabajo de van der Wal<sup>83</sup> en Holanda, se recogen los cinco rasgos de personalidad establecidos y validados por la literatura por considerarse intrínsecos en el individuo (Apertura a la experiencia, Conciencia o Responsabilidad, Extraversión, Amabilidad y Neuroticismo o Inestabilidad emocional), concluyendo que el neuroticismo es el rasgo de personalidad más propenso dentro de los anesthesiólogos para padecer Burnout. El proceso de formación no ayuda a los futuros anesthesiólogos a desarrollar las habilidades necesarias para integrar sus responsabilidades personales y profesionales<sup>72,77,86</sup>. Se han presentado estudios que comparan el Burnout entre residentes y adjuntos, pero apenas hay literatura sobre su evolución durante el periodo formativo<sup>89</sup>. Niveles altos de estrés mantenidos y estrategias ineficaces tienen consecuencias como la desmoralización y el agotamiento<sup>24,90</sup>. A continuación podemos observar una tabla resumen del Burnout en la Anestesiología (Tabla 24).

**Tabla 24. Resumen del Burnout en la Anestesiología**

<b>Autor (año)</b>	<b>Estamento</b>	<b>Localización</b>	<b>n</b>	<b>AE alto</b>	<b>D alto</b>	<b>RP baja</b>
Nyssen <sup>47</sup> (2003)	Staff y Residentes	Bélgica	151	40%	NC	NC
Kluger <sup>91</sup> (2003)	Staff	Australia	422	20%	20%	36%
Palmer <sup>92</sup> (2005)	Staff	México	89	17%	10%	12,3%
Fernández <sup>46</sup> (2006)	Staff	España	41	19,5%	31,7%	41,4%
Morais <sup>75</sup> (2006)	Staff	Portugal	263	57,9%	90,9%	44,8%
Kluger <sup>93</sup> (2008)	Técnicos	Nueva Zelanda	154	48%	39%	58%
De Oliveira <sup>44</sup> (2013)	Residentes	USA	1508	41%	NC	NC
Milenovic <sup>82</sup> (2016)	Staff	Serbia	205	52,7%	12,2%	28,8%

NC: no consta.

En nuestro estudio, en primer lugar destaca un alto valor de Burnout (63,4%) y su relación con el año de residencia. Parece existir una tendencia positiva a obtener puntuaciones más altas en las dimensiones de AE y D a medida que transcurre la residencia. Desafortunadamente, la participación de residentes de cuarto año fue mínima, con lo cual no pudimos compararlos. Lo que sí que se objetivó es que existen diferencias significativas cuando comparamos los residentes de primer y tercer año, y segundo y tercer año. Creemos que no se obtubieron diferencias entre los de primer y segundo año

ya que entre los dos primeros años no hay un aumento de responsabilidad notable, son considerados residentes “pequeños” y el grado de responsabilidad no es demasiado alto y no varía sustancialmente. Es durante el tercer año cuando aumentan las responsabilidades y la autonomía. Turgut<sup>89</sup>, que analiza el Burnout de residentes de Anestesiología turcos en un hospital universitario, halla un AE más elevado en los residentes de 2º año comparado con los de 4º año y también un aumento de la D de los de 2º año respecto a los de 3º y 4º año. Estas diferencias con nuestro estudio se podrían deber a las variaciones en cuanto a la formación, pues la residencia en Turquía dura 5 años. En cuanto a la dimensión de RP no observamos diferencias remarcables, igual que Turgut<sup>89</sup>, y destaca que la mayor parte de nuestros residentes se sienten realizados en la práctica diaria de su trabajo. Este dato podría hacernos pensar que se minimizan con ello los posibles efectos secundarios de padecer Burnout.

Nuestros datos confirman que un promedio elevado de guardias mensuales podría afectar a la dimensión de AE, como ya demostró Fontseca<sup>53</sup> en 2009 al encontrar una diferencia estadísticamente significativa a sufrir Burnout en aquellos residentes que realizaban 5 guardias o más mensuales. Aunque no hemos encontrado esta relación con las horas laborales semanales, está recogido en la literatura<sup>24,44</sup> que el riesgo de Burnout se incrementa con jornadas laborales largas y con un insuficiente o deficiente tiempo de descanso. Lo que sí hemos obtenido es una disminución importante de la RP con el aumento de las horas laborales.

La literatura es ambigua en lo que concierne al género, la mayoría de estudios recogen que el género femenino presenta cierta tendencia a presentar

mayor AE y a desarrollar Burnout más fácilmente<sup>44,82,87,91,94</sup>, mientras que otros califican el género masculino como el más propenso a presentarlo<sup>95</sup>. Nosotros no hemos observado ninguna relación, quizás porque la asociación al género femenino se podría explicar por el conflicto que supone la conciliación familiar y laboral<sup>24</sup>, y dado que nuestra muestra es de residentes, solo un 40,4% vive con su pareja y el 90,9% no tiene hijos, lo que podría disminuir la presión de conciliación familiar. Turgut<sup>89</sup> tampoco encuentra relación con el género ni con otra variable sociodemográfica. Raymond<sup>83</sup> no encuentra relación entre el género y el AE, pero sí en cuanto a la dimensión de Despersonalización, que al igual que Escribà-Agüir<sup>84</sup> expone que el género femenino está menos predispuesto a padecer D.

Los datos obtenidos nos muestran que los residentes en el domicilio paterno se sienten menos realizados, dato apoyado en la literatura por West<sup>96</sup> y Wright<sup>97</sup> que encuentran que la pareja sentimental ayuda a la hora de no padecer D y que los anestesiólogos sin pareja están más expuestos al Burnout. Esto puede deberse a que el lado no profesional de la vida desempeña un papel protector y puede ser el mejor predictor de la satisfacción individual<sup>24,82,98</sup>.

Hemos visto que a medida que avanza la residencia, los residentes manifiestan que se deniegan cursos formativos por motivos económicos o presión asistencial ( $p=0,000$ ) sin relación con el nivel hospitalario donde se cursa la especialización. Esta denegación de formación se relaciona con mayores puntuaciones en la dimensión de AE y D, y por ello de Burnout. Recordemos que el 63,4% considera que no está bien formado y esto se refleja en que el 68,2% de los residentes que creen no estar bien formados, padecen Burnout. Estos datos son congruentes con la literatura, ya que la falta de



seguridad o de habilidades, ya sea por poca formación o poca experiencia, favorece la aparición de Burnout<sup>24,52,82,84</sup>.

El consumo periódico de alcohol y de ansiolíticos aumenta la puntuación de AE, aunque es el consumo de ansiolíticos el que se relaciona con el síndrome de Burnout. No podemos afirmar por falta de datos que la presencia de Burnout favorezca el consumo de ansiolíticos o viceversa. El consumo de otros tóxicos (como marihuana o cocaína) afecta a la dimensión de RP, obteniendo puntuaciones más bajas. La literatura recoge que existe una predisposición de los anestesiólogos al consumo de sustancias de abuso<sup>48,49</sup>. En nuestro estudio, el consumo de ansiolíticos y otros tóxicos ha sido superior al encontrado en el 2009 por la Fundación Galatea del COMB<sup>99</sup> (8,1% y 9,2% frente al 7,3% y 3,9% respectivamente. Esto debe alertarnos, ya que el Burnout está ampliamente relacionado con el abuso de sustancias tóxicas, pérdida de relación social y suicidio<sup>81,100</sup>.

En contraposición a los tóxicos y sustancias de abuso, existe el ejercicio físico, mundialmente conocido el "*Mens sana in corpore sano*"; nosotros no encontramos diferencias significativas entre la realización de ejercicio físico de forma frecuente y el burnout. Ochentel<sup>101</sup> presenta una revisión sistemática y un meta-análisis al respecto sin poder afirmar que el ejercicio físico disminuya o alivie el burnout. Debemos considerar que se analizan diferentes tipos de ejercicio, lo cual impide extraer conclusiones claras.

Destacamos que el 63,4% de los residentes encuestados padece el Síndrome de Burnout, por encima del resultado obtenido en el estudio realizado en el 2000 por Belloch<sup>74</sup> en residentes de especialidades médicas de un hospital universitario en Valencia y por encima también de los datos obtenidos

por Oliveiras<sup>44</sup> en 2013, que recoge un 41% de AE en los residentes de Anestesiología estadounidenses. Contra estos datos destaca Raymond<sup>83</sup> que halla un Burnout en los residentes de Anestesiología del 11,3%, pero hay que tener en cuenta que la prevalencia de Burnout de la población holandesa se encuentra en el 13%, siendo de las más bajas de Europa.

El Burnout afecta a nuestra vida personal, familiar y profesional, teniendo que considerar a los pacientes como víctimas secundarias del proceso<sup>81,100</sup>. Los estudios muestran una relación entre el Burnout y la seguridad del paciente, ya que implica una disminución en las habilidades personales y de trabajo en equipo<sup>102,103</sup>. Hay una insatisfacción por parte del paciente y un distanciamiento por parte del médico que se explican por la despersonalización y la fatiga emocional del médico que padece Burnout.

Cuando evaluamos la situación de estrés que viven nuestros residentes, observamos que la mitad de ellos padece un PTE, dato bastante alarmante. Este estrés se relaciona de forma significativa con el año de residencia, observando cómo a medida que los residentes avanzan en su año de formación y aumenta su responsabilidad laboral, también aumenta de forma significativa el nivel de estrés, igual que con los datos recogidos sobre el Burnout.

Estos datos no se pueden corroborar con la literatura existente, ya que no existen estudios previos al actual en el colectivo médico, pero concuerdan con los resultados obtenidos en el test de MBI.

Respecto al resto de variables sociodemográficas estudiadas, se observa una correlación positiva entre el número de guardias mensuales y la puntuación del test IRE ( $p= 0,003$ ), al aumentar las guardias mensuales,

aumenta la puntuación IRE. Esta relación se mantiene con la presencia de PTE, ya que existe una diferencia significativa entre el número de guardias mensuales entre los residentes con PTE y los que no ( $p= 0,002$ ). Este dato se apoya por el MBI, donde observábamos esta tendencia, ya que la media de guardias mensuales era más alta en aquellos residentes con alto cansancio emocional ( $p=0,003$ ).

También hemos observado una relación estadísticamente significativa entre el consumo de tóxicos (alcohol, marihuana y cocaína) y puntuaciones más altas de IRE, así como también el consumo de ansiolíticos. El consumo de tóxicos dentro de los especialistas es conocido <sup>48,49</sup>, pero no se puede asumir una casuística, ya que con los datos obtenidos es difícil saber si el estrés favorece el consumo o si el consumo previo favorece la aparición de estrés. Hace falta hacer un estudio más completo dirigido a este tema en particular.

El 43,1% de los residentes encuestados consideraba que se denegaban cursos por motivos económico o de presión asistencial, y esta denegación favorece la aparición de un PTE de forma significativa.

En tercer y último lugar tenemos el test de Calidad de Vida Profesional. A parte del estudio realizado por Fernández Martínez<sup>65</sup> en el 2007, no existen otros datos en nuestra población a estudio que midan mediante una herramienta validada (CVP-35) la calidad de vida profesional de los residentes.

La calidad de vida profesional global percibida por nuestros residentes es mayor que la encontrada en la literatura, un 6,20 frente al 4,15, de Fernández Martínez<sup>65</sup>. Cuando hablamos de apoyo directivo, la media se sitúa en 5,84, más alta que la del estudio comentado, 4,59; al igual que la motivación intrínseca (7,61 vs 6,22). Estas diferencias podrían justificarse porque a su vez

el ítem que valora la carga de trabajo es más bajo en nuestro residentes que en los de Fernández Martínez (5,43 vs 6,98), lo que podría facilitar que el resto de ítems tengan puntuaciones más altas. Igualmente, hay que añadir que no se han encontrado correlaciones entre los diferentes ítems analizados.

Cuando relacionamos estos ítems con nuestras variables demográficas vuelve a destacar el año de residencia. Los residentes sienten una disminución del apoyo directivo a medida que avanza su período de formación, diferencia significativa entre el primer y tercer año ( $p=0,000$ ). Esto mismo sucede con la motivación intrínseca, que muestra una reducción significativa entre el primer y tercer año ( $p=0,029$ ). Esto nos hace suponer que podría ser debido a un aumento de la carga de trabajo a medida que avanza el período formativo, ya que se encontraron diferencias significativas en el análisis global entre el primer y tercer año ( $p=0,000$ ), y entre el segundo y tercer año ( $p=0,009$ ). Todo ello hace que aunque los valores generales de calidad de vida profesional global percibida son altos teniendo en cuenta la literatura existente, tienen una tendencia a la baja a medida que avanza la formación.

La situación conyugal parece afectar al apoyo directivo percibido, ya que aquellos que tienen pareja se sienten menos apoyados que los que no tienen ( $p=0,019$ ), si bien esto podría interpretarse con el tópico de que es más fácil compaginar tu vida personal con el trabajo si no se tienen obligaciones familiares. Este dato se pone de manifiesto durante el primer año de recogida, pero no durante el segundo ni en el análisis global. Relacionado con este tema, encontramos una tendencia a disminuir la percepción de apoyo directivo a medida que se tienen hijos y al aumento de las CT ( $p=0,010$  y  $p=0,003$  respectivamente) que podría sugerirnos la misma teoría.

Las horas laborales y las guardias provocan la sensación de menor apoyo directivo y el aumento de las cargas de trabajo, lo que apoya que la CVPGP sea menor. Aunque estos datos van acorde con los encontrados en el IRE y en el MBI, Fernández Martínez<sup>65</sup> no encuentra relación.

El consumo de tóxicos (cocaína, marihuana, etc) disminuye la motivación intrínseca así como la CVP del residentes. La interpretación de este resultado se debe realizar con sumo cuidado ya que no disponemos de suficientes datos ni bibliografía anterior para su explicación.

En cuanto a la formación, vemos que está ligada significativamente al apoyo directivo. Ya que la denegación de cursos disminuye su puntuación, así como la realización de tutorías rutinarias la aumenta. De hecho, aquellos residentes que consideran que realizan una buena formación complementaria se sienten más apoyados por las jefaturas.

Una limitación de este estudio es no haber podido recoger una muestra válida de residentes de 4º año. El año final de la especialidad puede ser considerado el más duro por la responsabilidad asumida y la autocrítica en la propia formación de cara a la independencia profesional. Poder analizar los resultados del último año de residencia nos habría otorgado una visión general de la situación de nuestros residentes en toda su formación. Sería interesante haber pensado en recoger los diferentes rasgos de personalidad para relacionarlos con los niveles de Burnout y poder anticipar o prevenir posibles Burnouts.

La intención de este estudio es abrir una puerta a la evaluación periódica del nivel de estrés y Burnout de la Residencia de Anestesiología y trabajar en programas de ayuda para ofrecer recursos de gestión emocional que nos

aporten especialistas con una buena competencia psicosocial y profesional.



## 8. CONCLUSIONES





1.- El 63,4% de los residentes de Anestesiología de Cataluña presentan un Síndrome de Burnout

2.- El 50% de los residentes de Cataluña presenta un probable trastorno de estrés.

3.- La percepción de calidad de vida profesional se sitúa en el 6,2 sobre 10.

4.- Los factores sociodemográficos a tener en cuenta son:

- el aumento del número de guardias y año de residencia aumentan el agotamiento emocional, la despersonalización, las cargas de trabajo y disminuyen tanto la percepción del apoyo directivo como la calidad de vida profesional percibida

- la denegación de cursos aumenta el agotamiento emocional, la despersonalización y los trastornos de estrés.

- el aumento de las horas de trabajo disminuye la realización personal

- tener hijos disminuye la sensación de apoyo directivo, así como un aumento de las cargas de trabajo.

5.- Existe una relación entre la toma de ansiolíticos y el nivel de estrés y Burnout sin poder establecer una relación de causalidad.



## 9. BIBLIOGRAFÍA



1. "Psicología Médica", cap. XLV, págs. 785-794 Editor: A. Seva Editorial: Ino Reproducciones, Zaragoza, 1994
2. Selye, H. Stress. Acta, 1950/1955, Montreal.
3. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. "Bienestar emocional. ¿Qué es el estrés?"  
<https://www.mscbs.gob.es/websTematicas/home.htm>
4. Mason JW. Psychological stress and endocrine function. En : Schar EJ(ed.): Topics in psychoendocrinology. New York: Grune Stratton, 1975.
5. Gonzalez de Rivera JL, Morera A, Monterrey AL. El índice de reactividad al estrés como modulador del efecto de <sucesos vitales> en la predisposición a la patología médica. Psiquis, 1989,10:20-27
6. González de Rivera JL. Factores de estrés y enfermedad. Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, 1991;19:290-297.
7. Mingote J.C., Perez F. El Estrés del médico. Ed. Díaz de Santos. 1999. ISBN: 84-7989-407-5.
8. Guyton, A.C., & Hall, J.E. (1997). El sistema nervioso autónomo; la médula suprarrenal. En A. C. Guyton, & J. E. Hall, Tratado de Fisiología Médica (págs. 835-848). Madrid: McGraw Hill.
9. Vera-Villaruel, P. E., & Buela-Casal, G. (1999). Psiconeuroinmunología: relación entre factores psicológicos e inmunitarios. Revista Latinoamericana de Psicología, 31(2),271-289.
10. Gómez, V. (2000). Relación entre estrés e inmunidad: Una visión crítica a la investigación. Revista Latinoamericana de Psicología, 32(1),31-45.

11. I-WHO. La organización del trabajo y el estrés. Serie protección de la salud de los trabajadores nº3.  
[http://www.who.int/occupational\\_health/publications/stress/es/](http://www.who.int/occupational_health/publications/stress/es/)
12. Warr P. Work, unemployment and mental health. Oxford University Press, 1897.
13. Aguado Martín, J. I., Bátiz Cano, A., & Quintana Pérez, S. (2013). El estrés en personal sanitario hospitalario; estado actual. *Med Segur Trab(internet)*, 259-275.
14. González de Rivera JL et al. Stress reactivity in the general population. *Europ J Psych*, 1993;7:5-11.
15. Monterrey AL, González de la Rivera JL et al. El índice de reactividad al estrés (IRE): ¿rasgo o estado?. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*. 1991;18 (1): 23-27.
16. Freudenberger HJ. Staff Burn-out. *J Soc Issues*. 1974; 30: 159-165.
17. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burn-out Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1986.
18. Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5, 16-22.
19. Spaniol, L. y Caputo, G. (1979). *Professional burnout: a personal survival kit*. Levington, MA: Human Services Associates.
20. Pines, A., Aaronson, E. y Kafry, D. (1981). Burnout: From tedium to personal growth. En C. Cherniss (Ed.), *Staff burnout: Job stress in the human services*. Nueva York: Free Press.
21. Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.

22. Vega ED, Pérez Urdaniz A. El síndrome de Burnout en el médico. Madrid: Smith Kline Beecham, 1998
23. Carlin M, Garcés de los Fayos Ruiz EJ. El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de psicología*. 2010, vol 26, nº1 (enero),169-180.
24. Rama-Maceiras P, Jokinen J, Kranke P. Stress and burnout in anaesthesia: a real world problem? *Curr Opin Anaesthesiol*. 2015 Apr;28(2):151-8.
25. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R et al. Influencia de los factores personales, profesionales y transnacionales en el Síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español(2007). *Rev Esp Salud Pública*. 2009; 83: 215-230.
26. Escribà-Agüir V, Artazcoz L, Pérez-Hoyos S. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome del burnout en médicos especialistas. *Gac Sanit*. 2008 Jul-Aug;22(4):300-8.
27. Dublin LI, Spiegelman M. The longevity and mortality of American physicians, 1938-1942; a preliminary report. *J Am Med Assoc*. 1947 Aug 9;134(15):1211-5.
28. King H. Health in the medical and other learned professions. *J Chronic Dis*. 1970 Oct;23(4):257-81
29. Schaufeli WB. Burnout. In: Firth-Cozens J, Payne R, eds. *Stress in Health Professionals: Psychological and Organizational Causes and Interventions*. Chichester, NY: Wiley; 1999.



30. Mingote Adan J, Moreno Jiménez B, Galvez Herrer M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuesta de prevención. *Med Clin (Bbarc)*. 2004;123:265-70.
31. Rees D, Cooper CL. Occupational stress in health service workers in the U.K. *Stress Med*, 1992;8:79-90.
32. Hawton K, Clements A, Sakarovitch C, Simkin S, Deeks JJ. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *J Epidemiol Community Health*. 2001 May;55(5):296-300.
33. Marmor J. The feeling of superiority. *Am J Psych*, 1953; 110: 370-376.
34. Kralowski AJ. Stress and the practice of medicine. The myth and reality. *J Psych Res*, 1982; 26: 91-98.
35. Vaillant GE. *Adaptation to life*. Boston: Little Brown and Co, 1977.
36. Vaillant GE, Sobowale N, McArthur Ch. Some Psychological Vulnerabilities of Physicians. *New Eng J Med*, 1972; 287: 372-375.
37. Firth-Cozens J. Mujeres médicas. En: Firth-Cozens J, West MA(eds). *La mujer en el mundo del trabajo*. Madrid: Edit.Morata, 1993.
38. Cartwright L. Occupational stress in woman physicians. En: Payne RL, Firth-Cozens (eds.). *Stress in health professionals*. Chichester: John Wiley, 1987.
39. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*. 2002 Mar 5;136(5):358-67.

40. Steven H. Rose, Timothy B. Curry. Fatigue, Countermeasures, and Performance Enhancement in Resident Physicians. *Mayo Clin Proc.* 2009 November; 84(11): 955–957.
41. Hill JD, Smith RJ. Monitoring stress levels in postgraduate medical training. *Laryngoscope.* 2009 Jan;119(1):75-8.
42. McCray LW, Cronholm PF, Bogner HR, Gallo JJ, Neill RA. Resident physician burnout: is there hope?. *Fam Med.* 2008 Oct;40(9):626-32.
43. Chiron B, Michinov E, Olivier-Chiron E, et al. Job satisfaction, life satisfaction and burnout in French anaesthetists. *J Health Psychol* 2010; 15: 948-958.
44. de Oliveira GS Jr, Chang R, Fitzgerald PC, Almeida MD, Castro-Alves LS, Ahmad S, McCarthy RJ. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees. *Anesth Analg.* 2013 Jul;117(1):182-93.
45. Kakiashvili T, Leszek J, Rutkowski K. The medical perspective on burnout. *Int J Occup Med Environ Health.* 2013 Jun;26(3):401-12.
46. Fernández Torres B, Roldán Pérez LM, Guerra Vélez A et al. Prevalencia del síndrome de Burnout en los anesestesiólogos del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. *Rev. Esp. Anestesiol. Reanim.* 2006; 53: 359-362.
47. Nyssen AS, Hansez I, Baele P, Lamy M, De Keyser V. Occupational stress and burnout in anaesthesia. *Br J Anaesth.* 2003;90(3):333-337.

48. Beaujouan L, Czernichow S, Pourriat JL, Bonnet F; le groupe de travail sur l'addiction en milieu anesthésique. Prevalence and risk factors for substance abuse and dependence among anaesthetists: A national survey. *Ann Fr Anesth Reanim* 2005;24(5):471-479.
49. Warner DO, Berge K, Sun H, Harman A, Hanson A, Schroeder DR. Risk and Outcomes of Substance Use Disorder among Anesthesiology Residents: A Matched Cohort Analysis. *Anesthesiology*. 2015 Oct;123(4):929-36.
50. Bryson EO, Silverstein JH. Addiction and substance abuse in anesthesiology. *Anesthesiology*. 2008 Nov;109(5):905-17.
51. Moreno Jiménez B, Oliver C, Aragoneses A. El Bburnout una forma específica de estrés laboral. En : Buela Casal y Caballero (eds.). *Manual de psicología clínica aplicada*. México: Siglo XXI: 1991;271-285.
52. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA*. 2004 Dec 15;292(23):2880-9.
53. Fonseca M, Sanclemente G, Hernández C et al. Residentes, guardias y síndrome de burnout. *Rev Clin Esp*. 2010; 210(5): 209-215.
54. Fernández Araque AM, Santa Clotilde Jiménez E et al. Calidad de vida profesional de los profesionales de enfermería en atención primaria de Soria. *Biblioteca Lascasas*, 2007; 3 (1).
55. Warren N, Hodgson M, Craig T, Dyrenforth S, Perlin J, Murphy F, Veterans Health Administration. Employee working conditions and healthcare system performance: the Veterans Health Administration experience. *J Occup Environ Med*. 2007;49:417-29.
56. García Sánchez S. La qualitat de vida professional com a avantatge competitiu. *Revista de Qualitat* 1993;11:4-9.

57. Fernández Martínez O, García Del Río García B et al. Percepción de la calidad de vida profesional de los médicos residentes de dos hospitales de distinto nivel asistencial. *Medicina de Familia*. 2007; 2: 11-18.
58. Mingote JC. Satisfacción, estrés laboral y calidad de vida del médico. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid, 1995.
59. Cabezas Peña C. La calidad de vida de los profesionales. *FMC*. 2000;7 Suppl 7:53-68.
60. Martín Fernández J, Gómez Gascón T, Martínez García-Olalla C et al. Medición de la capacidad evaluadora del cuestionario CVP-35 para la percepción de la calidad de vida profesional. *Aten Primaria*. 2008 Jul;40(7):327-34.
61. Martín J, Cortés JA et al. Características del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). *Gac Sanit*. 2004; 18 (2): 129-36.
62. Jorge Rodríguez F, Blanco Ramos M, Issa Pérez S, Romero García L, Gayoso Diz P. Relación de la calidad de vida profesional y el *burnout* en médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;36:442-7.
63. Karasek R. The political implications of psychosocial work redesign: a model of the psychosocial class structure. *Int J Health Serv*. 1989;19:481-508.
64. Warren N, Hodgson M, Craig T, Dyrenforth S, Perlin J, Murphy F, Veterans Health Administration. Employee working conditions and healthcare system performance: the Veterans Health Administration experience. *J Occup Environ Med*. 2007;49:417-29.

65. Fernández Martínez O, García Del Río García B et al. Percepción de la calidad de vida profesional de los médicos residentes de dos hospitales de distinto nivel asistencial. *Medicina de Familia*. 2007; 2: 11-18.
66. Jubete Vázquez MT, Lacalle Rodríguez-Labajo M, Riesgo Fuertes R et al. Estudio de la calidad de vida profesional en los trabajadores de atención primaria del Área 1 de Madrid. *Aten Primaria* 2005; 36: 112-114.
67. Firth-Cozens J. Emotional distress in junior house officers. *BMJ*, 1987; 295:533-536.
68. Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista. BOE núm. 26, de 31 de enero de 1984. p. 2524-8
69. Torres M, Cardellach F, Bundó M et al. Sistema formativo MIR: propuesta de cambios para la adecuación a las necesidades del modelo sanitario. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:777-82
70. Fernández-Llamazares J, Julián JF, Hidalgo F, García F, Moreno P, Vega JL, Ribera JM. Encuesta a residentes MIR sobre su satisfacción tras obtener una plaza hospitalaria. *Med Clin (Barc)*. 1997 Nov 8;109(16):615-8.
71. Pujol R, Busquets J, Feliu E, Castellsagué J et al. Evaluación de la competencia clínica de una población de médicos especialistas formados por el sistema MIR. *Med Clin (Barc)* 1995;105:491-495.
72. Pujol Farriols R. Médicos residentes (MIR) insatisfechos. *Med Clin (Barc)*. 1997 Nov 8;109(16):623-4.

73. Garnés AF. Estudio de las fuentes de estrés laboral en médicos residentes.
74. Belloch García SL, Renovell Farré V, Calabuig Alborch JR, Gómez Salinas L. Síndrome de agotamiento profesional en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. *An Med Interna*. 2000 Mar;17(3):118-22.
75. Morais A, Maia P et al. Stress and burnout among Portuguese anaesthesiologist. *EJA*. 2006; 23: 433-439.
76. Arenson-Pandikow HM, Oliviera LT, Bortolozzo CR, Petry S, Schuch TF. Perception of quality of life among anesthesiologists and non-anesthesiologists. *Rev Bras Anestesiol*. 2012 Jan-Feb;62(1):48-55.
77. Larsson J, Sanner M. Doing a good job and getting something good out of it: on stress and well-being in anaesthesia. *Br J Anaesth*. 2010 Jul;105(1):34-7.
78. Lindfors PM, Nurmi KE, Meretoja OA et al. On-call stress among Finnish anaesthetists. *Anaesthesia* 2006; 61: 856-66.
79. Kinzlj JF, Traweger C, Trefalt E, Riccabona U, Lederer W. Work stress and gender-dependent coping strategies in anaesthesiologists at a university hospital. *J Clin Anesth* 2007;19: 334-8.
80. Larsson J, Rosenqvist U, Holmström I. Being a young and inexperienced trainee anaesthetist: a phenomenological study on tough working conditions. *Acta Anaesthesiol Scand* 2006; 50: 653-8.
81. Fred HL, Scheid MS. Physician Burnout: Causes, Consequences, and (?) Cures. *Tex Heart Inst J* (2018) 45 (4): 198–202. <https://doi.org/10.14503/THIJ-18-6842>

82. Milenović M, Matejić B, Vasić V, Frost E, Petrović N, Simić D. High rate of burnout among anaesthesiologists in Belgrade teaching hospitals: Results of a cross-sectional survey. *Eur J Anaesthesiol.* 2016 Mar; 33(3):187-94.
83. van der Wal RA, Bucx MJ, Hendriks JC, Scheffer GJ, Prins JB. Psychological distress, burnout and personality traits in Dutch anaesthesiologists: A survey. *Eur J Anaesthesiol.* 2016 Mar;33(3):179-86.
84. Escribà-Agüir V, Artazcoz L, Pérez-Hoyos S. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome del burnout en médicos especialistas. *Gac Sanit.* 2008 Jul-Aug;22(4):300-8.
85. Walsh AM, McCarthy D, Ghori K. Anesthesiology resident burnout-an Irish perspective. *Anesth Analg.* 2014 Feb;118(2):482-3.
86. Shanafelt T. Burnout in anesthesiology: a call to action. *Anesthesiology.* 2011 Jan;114(1):1-2.
87. Goldhagen BE, Kingsolver K, Stinnett SS, Rosdahl JA. Stress and burnout in residents: impact of mindfulness-based resilience training. *Adv Med Educ Pract.* 2015 Aug 25;6:525-32.
88. Hyman SA, Michaels DR, Berry JM, Schildcrout JS, Mercado ND, Weinger MB. Risk of burnout in perioperative clinicians: a survey study and literature review. *Anesthesiology.* 2011 Jan;114(1):194-204
89. Turgut N, Karacalar S, Polat C et al. Burnout Syndrome During Residency. *Turk J Anaesthesiol Reanim* 2016; 44: 258-64
90. Kakiashvili T, Leszek J, Rutkowski K. The medical perspective on burnout. *Int J Occup Med Environ Health.* 2013 Jun;26(3):401-12.

91. Kluger MT, Townend K et al. Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetists. *Anaesthesia*. 2003; 58 (4): 339-345.
92. Palmer LY, Gómez A et al. Prevalencia del Síndrome de Agotamiento Profesional en médicos anesthesiólogos de la Ciudad de Mexicali. *Gac Med Mex*. 2005; 141 (3):181-183.
93. Kluger MT, Bryant J. Job satisfaction, stress and burnout in anaesthetic technicians in New Zelanda. *Anaesth Intensive Care*. 2008 Mar; 36 (2): 214-21.
94. Teixeira C, Ribeiro O, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in intensive care units - a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiol*. 2013 Oct 31;13(1):38.
95. Pera G, Serra-Prat M. Gac Sanit. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gac Sanit*. 2002 Nov-Dec;16(6):480-6.
96. West CP, Dyrbye LN, Sloan JA, Shanafelt TD. Single item measures of emotional exhaustion and depersonalization are useful for assessing burnout in medical professionals. *J Gen Intern Med*. 2009 Dec;24(12):1318-21.
97. Wright JG, Khetani N, Stephens D. Burnout among faculty physicians in an academic health science centre. *Paediatr Child Health*. 2011 Aug;16(7):409-13.
98. Orton P, Orton C, Pereira Gray D. Depersonalised doctors: a cross-sectional study of 564 doctors, 760 consultations and 1876 patient reports in UK general practice. *BMJ Open*. 2012 Feb 2;2:e000274.



99. Blancafort X, Massachs E, Valero S, Arteman A. Estudio sobre la salud de los residentes de Cataluña. La salud del MIR. Ed.Fundación Galatea. 2009. Depósito legal: B-18.182.
100. Stehman CR et al. Burnout, Drop Out, Suicide: Physician Loss in Emergency Medicine, Part I. West J Emerg Med. 2019 May; 20(3): 485–494. doi: 10.5811/westjem.2019.4.40970.
101. Oliver Ochentel, Crystal Humphrey , Klaus Pfeifer . Efficacy of Exercise Therapy in Persons with Burnout. A Systematic Review and Meta-Analysis. J Sports Sci Med. 2018 Aug 14;17(3):475-484. eCollection 2018 Sep. PMID: 30116121. PMCID: PMC6090391.
102. Garcia CL et al. Influence of Burnout on Patient Safety: Systematic Review and Meta-Analysis. Medicina (Kaunas). 2019 Aug 30;55(9):553. doi: 10.3390/medicina55090553.
103. Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, González AD, Gabani FL, Andrade SM. Physical, psychological and occupational consequences of burnout: A systematic review of prospective studies. PLoS One. 2017 Oct 4;12(10):e0185781. doi: 10.1371/journal.pone.0185781. eCollection 2017. PMID: 28977041

## 10. ANEXOS



## 9.1. ANEXO A. Cuestionario Sociodemográfico

Año de nacimiento: \_\_\_\_\_ Hombre  / Mujer

Lugar de nacimiento: Cataluña  / resto de España  / otro país

Cuanto tiempo llevas viviendo en Cataluña: meses: \_\_\_\_\_ años: \_\_\_\_\_

Vives: padres  / solo  / piso compartido  / con pareja

Situación conyugal: con pareja  / sin pareja

Hijos: no  / un hijo  / más de 1 hijo

Practicas ejercicio semanalmente : si  no

Durante tu residencia has consumido:

Tabaco si  no

Alcohol (semanalmente en días laborables) si  no

Marihuana, Cocaína.... si  no , en el último mes si  no

Ansiolíticos si  no , en el último mes si  no

Año de residencia: R1  R2  R3  R4

Centro de formación:

H. Comarcal o básico (Nivel A)

H. General de distrito o referencia (Nivel B)

H. General de alta tecnología o regional (Nivel C)

Promedio de horas laborales semanales (sin guardias): \_\_\_\_\_

Promedio de guardias mensuales: \_\_\_\_\_

Libranza después de guardia: si  / no

Complemento con otros trabajos: si  / no

Realizas tutorías/sesiones de residentes de forma rutinaria

(semanales o mensuales): si  / no

Se deniegan cursos y formación por motivos económicos o por presión asistencial : si  / no

Sientes que tienes una buena formación complementaria (congresos, cursos...): si  / no

Cual considerarías tu salario bruto mensual justo:

-2000-2500euros

-2500-3000euros

-3000-3500 euros

-3500-4000 euros

Cuál es tu salario bruto mensual actual:

-2000-2500euros

-2500-3000euros

-3000-3500 euros

-3500-4000 euros

**1. ANEXO B. IRE 32.** (marcar la respuesta más próxima a la forma habitual de reaccionar en situaciones de estrés o tensión nerviosa).

<b>PREGUNTAS</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>
1.- Inquietud, incapacidad para relajarse y estar tranquilo		
2.- Pérdida de apetito		
3.- Desentenderse del problema y pensar en otra cosa		
4.- Ganas de suspirar, opresión en el pecho, sensación de ahogo		
5.- Palpitaciones, taquicardia		
6.- Sentimientos de depresión y tristeza		
7.-Mayor necesidad de comer, aumento del apetito		
8.- Temblores, tics o calambres musculares		
9.- Aumento de actividad		
10.- Náuseas, mareos, inestabilidad		
11.- Esfuerzo por razonar y mantener la calma		
12.- Hormigueo o adormecimiento en las manos, la cara, etc		
13.- Molestias digestivas, dolor abdominal, etc		
14.- Dolores de cabeza		
15.- Entusiasmo, mayor energía o disfrutar con la situación		
16.- Ganas de orinar con frecuencia		
17.- Rascarse, morderse las uñas, frotarse, etc		
18.- Sentimientos de agresividad o aumento de irritabilidad		
19.- Diarrea		
20.- Beber; fumar o tomar algo (chicle...)		
21.- Necesidad de estar solo sin que nadie le moleste		

<b>PREGUNTAS</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>22.-</b> Aumento de apetito sexual		
<b>23.-</b> Ansiedad, mayor predisposición a miedos, temores, etc		
<b>24.-</b> Tendencia a comprobar repetidamente si todo está en orden		
<b>25.-</b> Agotamiento o excesiva fatiga		
<b>26.-</b> Aprensión, sensación de estar poniéndose enfermo		
<b>27.-</b> Pérdida de apetito sexual o dificultades sexuales		
<b>28.-</b> Mayor dificultad en dormir		
<b>29.-</b> Somnolencia o mayor necesidad de dormir		
<b>30.-</b> Necesidad de estar acompañado y ser aconsejado		
<b>31.-</b> Tendencia a echar la culpa a alguien de algo		
<b>32.-</b> Disminución de la actividad		

### 9.3. ANEXO C. Cuestionario de MBI (Inventario de Burnout de Malash)

(1.-nunca; 2.-alguna vez al año o menos; 3.-alguna vez al mes o menos; 4.-algunas veces al mes; 5.-una vez a la semana; 6.-varias veces a la semana; 7.-diariamente)

PREGUNTAS	1	2	3	4	5	6	7
1.- Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado							
2.- Al final de la jornada me siento agotado							
3.- Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo							
4.- Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes							
5.- Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos							
6.- Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí							
7.- Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes							
8.- Me siento "quemado" por el trabajo							
9.- Siento que mediante el trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros							
10.- Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo							
11.- Me preocupa que el trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12.- Me encuentro con mucha vitalidad							
13.- Me siento frustrado por mi trabajo							
14.- Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro							
15.- Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender							
16.- Trabajar en contacto con los pacientes me produce bastante estrés							
17.- Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes							
18.- Me encuentro animado después de trabajar con pacientes							
19.- He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo							
20.- En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades							
21.- Siento que sé tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo							
22.- Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas							





**9.4. Anexo D. Cuestionario CVP 35** (“nada”= 1-2; “algo”= 3-4-5; “bastante”= 6-7-8; “mucho”= 9-10)

PREGUNTAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.-Cantidad de trabajo que tengo										
2.-Satisfacción con el tipo de trabajo										
3.- Satisfacción con el sueldo										
4.-Posibilidad de promoción										
5.-Reconocimiento de mi esfuerzo										
6.-Presión que recibo para mantener la cantidad de mi trabajo										
7.-Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo										
8.- Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo										
9.- Motivación (ganas de esforzarme)										
10.- Apoyo de mis jefes										
11.- Apoyo de mis compañeros										
12.- Apoyo de mi familia										
13.- Ganas de ser creativo										
14.- Posibilidad de ser creativo										
15.- Desconecto al acabar la jornada laboral										
16.- Recibo información de los resultados de mi trabajo										
17.- Conflictos con otras personas de mi trabajo										
18.- Falta de tiempo para mi vida personal										
19.- Incomodidad física en el trabajo										
20.- Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito										
21.- Carga de responsabilidad										
22.- Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto										
23.-Tengo autonomía o libertad de decisión										

<b>24.- Interrupciones molestas</b>																				
<b>25.- Estrés (esfuerzo emocional)</b>																				
<b>26.- Capacitación necesaria para hacer mi trabajo</b>																				
<b>27.- Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual</b>																				
<b>28.- Variedad en mi trabajo</b>																				
<b>29.- Mi trabajo es importante para la vida de otras personas</b>																				
<b>30.- Es posible que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas</b>																				
<b>31.- Lo que tengo que hacer queda claro</b>																				
<b>32.- Me siento orgulloso de mi trabajo</b>																				
<b>33.- Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud</b>																				
<b>34.- Calidad de vida de mi trabajo</b>																				
<b>35.- Apoyo de los compañeros</b>																				

---