



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales.

Síndrome de Burnout en profesionales sanitarios: prevalencia del síndrome de burnout y la presencia de recursos psicológicos, como la autocompasión y la autoestima, en cirujanos cardiovasculares.

Autora: Marta Porras Córdoba

Tutora: Jennifer Elena Moreno Jiménez.

Madrid

24 de mayo de 2024.

Resumen

El presente estudio analizó la relación entre el síndrome de burnout, la autocompasión y la autoestima en una muestra de 112 médicos especialistas, de los cuales 29 eran cirujanos cardiovasculares. Inicialmente, se hipotetizó que la presencia del síndrome de burnout aumentaría con la cantidad de años de experiencia laboral. Sin embargo, los hallazgos mostraron una tendencia contraria: los años trabajados parecían estar asociados con una menor intensidad del síndrome. Además, al comparar las diferentes especialidades médicas, no se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de burnout. Sin embargo, se observó que la presencia de pareja e hijos se relacionaba con una menor probabilidad de síntomas clínicamente significativos de burnout. Además, se investigó si la autocompasión y la autoestima podrían predecir negativamente las dimensiones del síndrome de burnout, pero no se encontraron correlaciones significativas entre estas variables y el síndrome. En conclusión, los resultados sugieren que factores como la experiencia laboral, el estado civil y la paternidad pueden influir en la probabilidad de desarrollar síntomas de burnout en médicos especialistas. Por otro lado, la autocompasión y la autoestima no parecen estar directamente relacionadas con la aparición del síndrome en esta población.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, Autoestima, Autocompasión, médicos especialistas

Abstract

The present study examined the relationship between burnout syndrome, self-compassion and self-esteem in a sample of 112 medical specialists, including 29 cardiovascular surgeons. Initially, it was hypothesised that the presence of burnout syndrome would increase with the number of years of work experience. However, the findings showed an opposite trend: years worked seemed to be associated with a lower intensity of the syndrome. Furthermore, when comparing the different medical specialties, no significant differences in burnout scores were found. However, the presence of a partner and children was found to be associated with a lower likelihood of clinically significant burnout symptoms. In addition, we investigated whether self-compassion and self-esteem could negatively predict burnout dimensions, but no significant correlations were found between these variables and burnout. In conclusion, the results suggest that factors such as work experience, marital status and parenthood may influence the likelihood of developing burnout symptoms in medical specialists. On the other hand, self-compassion and self-esteem do not seem to be directly related to the occurrence of the syndrome in this population.

Key words: Burnout Syndrome, Self-esteem, Self-compassion, medical specialists

Índice

<i>Introducción</i>	4
<i>Metodología</i>	15
Participantes	15
Procedimiento	17
Instrumentos	17
Análisis de datos.....	23
<i>Resultados</i>	25
<i>Discusión</i>	34
<i>Limitaciones y propuestas</i>	41
<i>Bibliografía</i>	44
<i>Anexos</i>	50
Anexo I.	50
Anexo II. Escala de Autocompasión.....	52
Anexo III. Escala de autoestima de Rosenberg.	54
Anexo IV. Cuestionario de Burnout.....	55

Introducción

En España, el 9% de la población padece actualmente alguna patología mental, y el 25% padecerá alguna a lo largo de su vida según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Tras la pandemia de Covid-19 y el confinamiento, han incrementado las cifras de la población afectadas con problemas de salud mental. Esto se ve reflejado en la fragilidad de los sistemas que tratan de cubrir estas necesidades poblacionales, según afirma el informe mundial sobre salud mental de la OMS (2022).

Según la tasa de ideación suicida, el incremento desde 2020 a 2021 ha sido muy significativo (90,9 % en mujeres y del 40,6 % en los hombres). Las secuelas psicológicas por el Covid durante el confinamiento se incrementaron dando unos porcentajes de 244,1% de ideación suicida, un 280,6% de ansiedad, un 212,3% de baja autoestima y un 87,7% de depresión y tristeza. Además, los trastornos de alimentación aumentaron un 826,3% durante las primeras salidas (Anarcomunica, 2022).

Junto con un aumento de la incidencia de los trastornos mentales en la población española, han nacido problemas debido a la dificultad o insatisfacción personal de muchas personas a causa del estrés laboral. El 66% de los trabajadores españoles experimenta estrés en el trabajo al menos una vez por semana, su rendimiento se ve afectado debido a su estado de salud mental (Xie et al., 2022). Dichos estudios concluyen que la ansiedad provocada por los miedos, la incertidumbre y los confinamientos han podido aumentar el riesgo de que se desarrollen nuevos problemas de salud mental en el mundo laboral.

Como bien sabemos, la salud mental de los trabajadores en general se ha visto perjudicada y afectada en gran parte en el tiempo actual. Esta está intrínsecamente

relacionada con la de los médicos. Sin embargo, los médicos se enfrentan a desafíos adicionales debido a la naturaleza de su trabajo (Velázquez, 2012).

Los médicos tienen una salud física mejor, pero una peor salud mental que la población general. El indicio de tentativa suicida, sobre todo en las mujeres que ejercen la profesión, es mayor que la que presenta la población general (Adán et al., 2013). Ello puede explicarse al trabajo que realizan, en el que están constantemente expuestos a un importante número de factores de riesgo de tipo psicosocial, como el contacto con el sufrimiento y la muerte, la falta de recursos materiales, las largas jornadas de trabajo, los horarios irregulares, la falta de recompensas profesionales, etc.

La salud mental de los médicos está estrechamente relacionada con el síndrome de burnout, que se caracteriza por el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución de la realización personal en el trabajo.

El burnout nace en EE. UU a mediados de los años setenta, siendo Christina Maslach, psicóloga estadounidense, quien comenzó a estudiar sobre este fenómeno. Desde su aparición, el burnout se ha definido de muchas maneras. Sin embargo, la que se sostiene hasta ahora es la planteada por Maslach y Jackson. Estos autores lo definen como un síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo. El burnout se define como una respuesta en el ambiente laboral a los estresores interpersonales, donde el exceso de contacto con los individuos hace que las actitudes de los profesionales hacia ellos no sean favorables (Leiter y Maslach, 1988).

Aunque hay una gran cantidad de fenómenos asociados al trastorno, identificar los síntomas asociados al burnout lleva a la confusión. Se señalan hasta más de 100 síntomas asociados al síndrome. Se pueden identificar grupos caracterizados por afectar negativamente a los afectos y a las emociones, como agotamiento emocional, irritabilidad, odio, etc. También a las actitudes como cinismo, despersonalización, apatía, hostilidad, etc. y a las cogniciones como baja ilusión por el trabajo, dificultad de concentración, baja realización personal en el trabajo, etc. Además, se observan diferentes conductas afectadas entre ellas destaca el comportamiento suspicaz y paranoide, aislamiento, consumo de tranquilizantes, rigidez, quejas constantes, absentismo, etc. Por último, también afecta al sistema fisiológico del individuo con síntomas como cansancio, insomnio, úlcera de estómago, dolor de cabeza, fatiga, hipertensión, etc.

De entre las tres características del Síndrome de Burnout, el agotamiento emocional es el que se ve más afectado y hace referencia a los sentimientos de estar emocionalmente agotados y sobrepasados que tienen los individuos en cuanto a sus recursos emocionales. Despersonalización implica actitudes negativas, cínicas e impersonales, que generan sentimientos demasiado distantes hacia otras personas. Por último, la falta de realización personal en el trabajo hace referencia a la disminución de los sentimientos de competencia y éxito en el trabajo, así como una tendencia a evaluarse negativamente a sí mismo, particularmente en el trabajo con otras personas (Maslach y Jackson, 1981).

El síndrome de burnout puede ser influenciado por una gran variedad de factores protectores. Todos estos factores fueron estudiados anteriormente por distintos

profesionales (Escribà-Agüir et al., 2008) y relacionaron el Síndrome de Burnout y el tipo de especialidad médica, concluyendo que los especialistas con mayor prevalencia de burnout en cuanto al elevado cansancio emocional son los oncólogos y los traumatólogos, y los radiólogos con respecto a los bajos logros personales.

Tras el estudio sobre la prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médicas (Velasco et al., 2018), se observó que en medicina interna y ginecología se encuentra el porcentaje más alto de riesgo de Burnout, con un 10% cada uno, siendo superior en el cansancio emocional. Sin embargo, en la subescala “realización personal”, presentaba mayores porcentajes en residentes de medicina interna, cirugía general y anestesiología.

En otro estudio realizado a 138 residentes de medicina, sin embargo, no se encontró relación estadística significativa entre el síndrome y las variables laborales como la especialidad (G & Sanabria-Ferrand, 2008).

Según los datos recopilados en otra investigación (Escribà-Agüir et al., 2008) la prevalencia de alto cansancio emocional es superior en las especialidades de oncología y traumatología. Con respecto a la prevalencia de realización personal, esta fue superior en los especialistas de radiología. Sin embargo, en la variable de despersonalización no se encontraron diferencias significativas. Concluyendo que las personas expuestas a una alta dosis de experiencia con situaciones de dolor y fallecimiento, así como aquellos sometidos a una carga laboral intensa y al impacto negativo del trabajo en la vida familiar, tenían mayor probabilidad de presentar un elevado cansancio emocional y una

gran despersonalización. En cambio, el riesgo de presentar baja realización personal era mayor en los especialistas expuestos a bajas recompensas profesionales.

La probabilidad de presentar un elevado agotamiento emocional es superior en los profesionales que tienen una alta sobrecarga de trabajo. En estas especialidades, la prevalencia de burnout es, según el estudio citado, es de un 11,7 y 22,4%, inferior al de otros autores (27-35%). De las tres dimensiones del síndrome de burnout, los oncólogos, radiólogos y traumatólogos muestran un elevado cansancio emocional con respecto a los logros personales. Y, la alta despersonalización es mayor que la observada en otros estudios de médicos especialistas de otros países. Por lo tanto, sería conveniente realizar otros estudios que clarifiquen qué elementos de la satisfacción laboral y del ambiente psicosocial explican las diferencias en la prevalencia del síndrome.

Se ha detectado que la variable ansiedad tiene un gran impacto en la práctica de los profesionales sanitarios. El 70% presenta una ansiedad media y el 18% un nivel de ansiedad alto. los niveles de estrés y satisfacción laboral se asocian con la salud mental y física de los médicos. Si el estrés se cronifica puede llegar a dar el Síndrome de Burnout, que actualmente afecta a un porcentaje entre el 10 y el 20% de los médicos. Este síndrome se manifiesta con sintomatología depresivoansiosa y puede conducir a problemas somáticos o psíquicos graves (Esteban, 2004).

Como vamos observando a lo largo del trabajo, desempeñar una labor dentro del área de la salud supone el encuentro y la interacción con pacientes que presentan

problemas físicos y emocionales. Esto hace que la medicina como profesión sea altamente demandante y se asocie con agotamiento físico y emocional.

En el marco de la relación médico-paciente, algunos estudios han encontrado que altos niveles de Burnout están asociados con una disminución de la empatía (Cadavid et al., 2022). De acuerdo con lo que menciona Rice en el año 2000, la autoestima de una persona se basa en cómo se ve a sí mismo (Guerrero y Sangoy, 2018). El término fue presentado por William James en 1890 (James, 1890) y desde entonces ha sido objeto de numerosas teorías y estudios empíricos. Se le puede describir como la actitud hacia uno mismo que está relacionada con las creencias individuales sobre las propias capacidades, las relaciones sociales y los logros venideros (Hewit, 2002)

La falta de confianza en uno mismo se ha identificado como un criterio diagnóstico o un rasgo asociado a 24 trastornos mentales en el DSM IV (Mruk, 2006). Algunas de las características vinculadas a la falta de confianza en uno mismo incluyen: sensibilidad excesiva, inestabilidad emocional, timidez, falta de autoestima, evasión de riesgos, depresión, pesimismo, soledad o sentimientos de alienación (Rosenberg y Owens, 2001).

Debido a la gran importancia de esta variable, la evaluación de la misma siempre ha sido muy relevante. Una de las escalas más utilizadas a nivel global para medir la autoestima general es la escala de Rosenberg (Rosenberg, 1965). Rosenberg define la autoestima como una actitud positiva o negativa hacia uno mismo. El autor entiende la autoestima como un fenómeno actitudinal influenciado por fuerzas sociales y culturales.

Por otro lado, la compasión es otro de los factores importantes reconocidos tanto por los pacientes como por sus familiares. Estos valoran la calidad del cuidado considerando las cualidades presentadas en la relación médico-paciente por encima de las habilidades técnicas del profesional (Sinclair et. Al., 2016). La compasión motiva a la persona, a adoptar el punto de vista del paciente, pero también lo ayuda a actuar con el propósito de disminuir su sufrimiento, intentando entender su postura.

En base a la literatura, la psicología occidental ha comenzado a estudiar el concepto de autocompasión, relacionado con el pensamiento budista, que se entiende como afecto o compasión. Este término no solo se refiere a los demás sino también a uno mismo (Galvez Galve, 2012). Sin embargo, en occidente, cuando hablamos de autocompasión parece que nos referimos a sentir lástima por uno mismo. Kristin Neff, psicóloga de la Universidad de Texas, es pionera en la investigación sobre la autocompasión y habla de esta por ser una interacción entre la auto-amabilidad, el sentimiento de pertenencia, y la atención plena o mindfulness (Valero, 2013).

Además, según un estudio realizado por la Universidad de Jaén (Arrebola, 2018), las personas tendemos a evitar de forma instintiva las experiencias negativas, y cuando ocurren solemos sentirnos culpables y responsables de lo ocurrido. Debido a esto, surgen respuestas negativas que hacen que nos definamos desde la autocrítica y el aislamiento.

La autocompasión no se define como sentir lástima por uno mismo, sino que intentamos buscar una forma de aceptar las dificultades a pesar de las experiencias negativas que experimentamos, y esto se hace aceptándonos a nosotros ante la situación

que nos duele. La autocompasión se define entonces como un modo de tratarse con amabilidad a uno mismo, promoviéndonos bienestar.

Cuando hablamos de autoestima, sin embargo, nos referimos al grado en que nos valoramos y comparamos con los demás. Este concepto hace que nos veamos a nosotros mismos con una valoración positiva o negativa de lo hecho. Tener una alta autoestima hará que te veas como una persona especial, sin embargo, una baja autoestima, es el resultado de una infravaloración de uno mismo. A diferencia de la autoestima, la autocompasión surge de la aceptación de la persona en cuanto a su entorno, a la adaptación de la persona a él, lo que tiene en común con los demás. Es decir, la valoración dependerá de uno mismo y no del éxito o de la pérdida (Barnard & Curry, 2011).

Si se relacionan las variables autoestima y autocompasión, podemos concluir que la asociación de ambas es entre moderada y alta, según un estudio realizado por Juan Múzquiz (Múzquiz Herrero, 2020) a adolescentes de ambos sexos de 4 centros educativos de la Comunidad de Madrid. Sin embargo, si que se presentaron diferencias entre la relación entre ambas variables en chicas y chicos. En el caso de las chicas, todos los componentes de la autocompasión guardaron una relación significativa con la autoestima. Por el contrario, en el caso de los chicos esta relación es moderada (Múzquiz Herrero, 2020).

Un estudio realizado por los Servicios de Salud de Sonora en México concluyó que cuando el médico pregrado posee niveles adecuados en atención emocional, de manera que observe sus emociones y sentimientos, este presentará una mayor realización

personal. Esto indica que los profesionales de la salud con una buena claridad en sus emociones presentarán una menor aparición del desgaste laboral o burnout (Ortiz-Acosta & Beltrán-Jiménez, 2011).

Tras haber estudiado el síndrome de burnout, la autoestima y la autocompasión y como se relacionan entre ellas, podemos dar paso a estudiar cómo estas varían según la especialidad médica y las experiencias individuales de los médicos. Así mismo, se ha demostrado que existe una relación entre las variables inteligencia emocional y estrés laboral. A mayor inteligencia emocional, menos estrés y, por lo tanto, menos burnout. También se demostró que no existe una relación entre la dimensión atención a los sentimientos y estrés laboral de los profesionales, es decir, que son las personas las que reparan en sus sentimientos o no. Y, por último, si que existe una relación entre la dimensión claridad emocional y estrés laboral. A mayor claridad emocional, menor estrés (Carbajal, 2020).

Todas las especialidades médicas tienen sus propios desafíos, demandas y niveles de estrés, pero, si es cierto que la Cirugía cardiovascular y otras especialidades quirúrgicas en muchas ocasiones pueden llegar a implicar una alta presión debido a la responsabilidad directa sobre la vida del paciente y la necesidad que tienen de tomar decisiones rápidas en situaciones críticas. Esto puede llevar a estos especialistas a un ambiente de trabajo intenso y muy estresante.

Según un estudio realizado por el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular de La Habana, Cuba, las relaciones del médico con sus pacientes pueden verse afectadas si existen síntomas de inestabilidad psicológica por parte del profesional. Si, además, se

trata de una actividad quirúrgica, los riesgos aumentan y es necesario conocer el grado de estabilidad psíquica de los profesionales sanitarios (Martínez et al., 2012). La cirugía como profesión debería de ser considerada de “alto riesgo” por el ambiente en el que se desarrolla y por la presión social a la que se somete.

La cirugía cardíaca es una especialidad de la cirugía que trata condiciones médicas relacionadas con el corazón y los vasos sanguíneos (García-Tornel et al., 2012). Muchas veces, un diagnóstico de enfermedad cardiovascular es atendido por el médico de atención primaria y este lo deriva a un cardiólogo. Si el cardiólogo decide que el paciente necesita ser intervenido, deriva al enfermo a un cirujano cardiovascular.

A su vez, los cirujanos cardiovasculares, al igual que otros cirujanos, trabajan jornadas largas, turnos inesperados y una presión constante para mantenerse al día en las últimas técnicas y tecnologías.

Por otro lado, las especialidades médicas de consulta como pediatría, radiología, medicina interna y medicina familiar pueden tener sus propios retos. Aunque el estrés que experimentar es diferente al de los cirujanos, estos especialistas se enfrentan cada día a una carga de trabajo intensa, la importancia de manejar diferentes y múltiples casos, pacientes y familias, y la responsabilidad de diagnosticarlos y tratarlos (Oriol & Pardell, 2005).

Como bien vamos viendo, cada especialidad médica presenta sus propios desafíos, oportunidades y satisfacciones. Otro factor a tener en cuenta, que también se relaciona con el síndrome de burnout es la cantidad de años trabajados en la

especialidad. Un estudio realizado por la Universidad Católica Argentina (Galliussi, 2017), concluye que el síndrome afectaba en menor medida a los profesionales con menos de 10 años de antigüedad laboral y en gran medida a aquellos que tenían entre 10 y 25 años de antigüedad. Con ello se confirmaba que, a mayor antigüedad en el puesto de trabajo, menor era la posibilidad de desarrollar dicho síndrome. Al mismo tiempo, el estudio planteó que el 10% de los afectados por el síndrome fueron de sexo masculino, mientras que el 3,1% fue de sexo femenino. Sin embargo, no se pudo establecer una relación significativa entre las variables síndrome de burnout y sexo.

Para los profesionales especializados en alta demanda y alto estrés como la cirugía, el riesgo de burnout puede ser particularmente alto. A medida que los médicos acumulan más años de experiencia, se van añadiendo desafíos como el agotamiento emocional y físico y la presión para mantenerse al día en los avances médicos y tecnológicos.

Otro de los factores que determinan a nivel individual la presencia o no de burnout es tener o no apoyo en el entorno familiar y la presencia de pareja e hijos. Podríamos decir que tenerla es favorable en cuanto a tener un sentido de pertenencia y apoyo emocional. El apoyo familiar puede brindar seguridad emocional fuera del entorno laboral y hará que los médicos puedan llegar a desconectar del trabajo y dedicar su tiempo a otras actividades. Sin embargo, es importante destacar que tener una pareja e hijos también puede aumentar las responsabilidades y demandas fuera del trabajo. Por lo tanto, encontrar un equilibrio entre ambas demandas, la familiar y la profesional, también puede ser complicado (Álvarez et al., 2014).

Por ello, el objetivo general de este estudio es determinar la prevalencia del síndrome de burnout y la presencia de recursos psicológicos, como la autocompasión y la autoestima, en cirujanos cardiovasculares comparándolo con otras especialidades (radiólogos, médicos de familia, médicos internistas y pediatras).

En base a la literatura revisada, se hipotetiza:

- H1: Cuantos más años trabajados, mayor es la presencia del síndrome.
- H2: En los cirujanos cardiovasculares se encontrará mayor Síndrome que en el resto de las especialidades.
- H3: Habrá mayor probabilidad de tener el síndrome si no se tiene pareja o familia.
- H4: Baja autocompasión y autoestima se podrán utilizar como predictores de burnout.

Metodología

Participantes

La muestra recogida estuvo formada por 134 participantes de los cuales se utilizaron únicamente 112, aquellos que tenían como especialidades médico de familia, medico interno, cirugía vascular, pediatría y oncología. Para realizar el estudio, fue necesario que todos ellos fueran médicos especialistas, que llevaran trabajando un mínimo de 1 año y que no se encontrasen en situación actual de jubilación o de baja laboral por cualquier motivo. En lo referente a los años trabajados, el estudio nos indica que 22,79 es la media de los años trabajados por los participantes.

En cuanto al sexo, contamos con un 67% de muestra femenina (75 mujeres) y una muestra masculina de un 33% (37 hombres). Atendiendo a la edad, contamos con una muestra cuyas edades están comprendidas entre los 25 y 71 años (M=49.0, DT=11.32) con la mediana en 56. La edad media de las mujeres es de M=47.9, DT=11,6; mientras que la del hombre es de M=51.1, DT=11.3. Se observa que ambas son similares.

Si tenemos en cuenta la especialidad, se tuvieron en cuenta las diferentes especialidades con las que cuentan los hospitales. Para hacer un estudio más significativo, se cogieron únicamente a los participantes que fueran cirujanos cardiovasculares, radiólogos, médicos de familia, pediatras y médicos internos. De los 113 participantes, 29 son cirujanos cardiovasculares (25,9%), 7 son radiólogos (6,3%), 47 son médicos de familia (42%), 9 pediatras (8%) y 20 médicos internos (17,9%).

En lo referente a tener o no pareja, de los 112 participantes 8 no tienen pareja, pero 104 sí, es decir, el 92,9% de los participantes. Y, en cuanto a ser padres o madres de familia, 30 de los participantes no lo son, el 26,8% y 82 si lo son, es decir, el 73,2%.

Tabla 1. Análisis sociodemográfico

<i>Descriptivas</i>				
	N	Mínimo	Máximo	Media
Sexo	112	1.63	2	1
Especialidad	112	1.00	5.00	2.85
Edad biológica	112	25	71	49.61
Años de experiencia	112	0	50	22.79
Pareja	112	1	2	1.07
Hijos	112	1	2	1.27

Nota: Hombre=1, Mujer=2, Tiene pareja=1, No tiene pareja=2, Tiene hijos=1, No tiene hijos=2.

Procedimiento

Para obtener los datos necesarios para el estudio, se elaboró un cuestionario online, a través de la herramienta Google Forms (Anexo I), donde se informaba a los participantes acerca de la confidencialidad, la finalidad del estudio y la privacidad y anonimato de los datos. Se dedicó una pregunta inicial para conocer el sexo de la persona que iba a realizarlo. Posteriormente se le preguntó acerca de su edad biológica, cuantos años llevaba ejerciendo en el sector, si tenía o no pareja e hijos. Y, por último, a que especialidad se dedica. Junto con estos requisitos se les indicó el tiempo total de cumplimentación del estudio, que oscilaba entre los ocho y diez minutos.

El muestreo se realizó a través del sistema de Bola de Nieve, a través de redes sociales como Instagram y LinkedIn. La encuesta fue compartida en cadena a otros contactos que cumplieren los requisitos necesarios.

Instrumentos

El cuestionario sociodemográfico inicial utilizado fue de elaboración propia mediante la herramienta mencionada anteriormente. Este incluye los datos necesarios para este estudio (sexo, edad, edad biológica, si tiene o no pareja, si tiene o no hijos, especialidad a la que se dedica y años trabajados), además de preguntas específicas de cada constructo evaluado.

Autocompasión

La Escala de Autocompasión (SCS) fue desarrollada por Kristin Neff y mide la apertura hacia el sufrimiento que tienen las personas hacia si mismas, experimentando sentimientos de amabilidad, bajo una postura sin juicios negativos, motivada para desenvolverse ante el sufrimiento (Neff, 2003). Esta escala consta de 26 ítems de carácter autofirmativo con una escala de respuesta de tipo Likert de 5 valores que va del 1 (casi nunca) al 5 (casi siempre). Estos ítems se pueden clasificar en seis subescalas, tres de ellas positivas y tres de ellas negativas.

La subescala de auto-amabilidad corresponde a los ítems 5, 12, 19, 23 y 26.

La subescala de humanidad corresponde a los ítems 3,7,10 y 15 que hace referencia a la forma en que una persona se trata a sí misma. La subescala de mindfulness corresponde a los ítems 9,14,17 y 22 y evalúa la capacidad que tiene la persona de mantener una conciencia equilibrada de las emociones y experiencias. La subescala auto-juicio corresponde a los ítems 1,8,11,16 y 21 y estudia la frecuencia con la que las personas experimentan ciertos pensamientos, sentimientos y comportamientos relacionados con el juicio hacia ellos mismos. La subescala aislamiento corresponde a los ítems 4,13,18 y 25 y se refiere al grado en el que una persona puede llegar a sentirse alejada socialmente . La subescala sobre-identificación corresponde a los ítems 2,6,20 y 24y podría referirse a la tendencia de una persona a fusionarse de manera excesiva con los pensamientos y sentimientos negativos.

Cada una de las subescalas se calcula realizando la media de las respuestas a todos los ítems de la subescala. En primer lugar, hay que calcular las puntuaciones reversas de los ítems de las subescalas negativas autojuicio, aislamiento y

sobreidentificación (ej. 1=5, 2=5, 3=3, 4=2, 5=1), para calcular el valor total. Tras esto habrá que computar la media total de las seis subescalas.

Tabla 2.

Resumen descriptivo de las subescalas de la Escala de Autocompasión (SCS)

Escala	Ítems	Ejemplo ítem	α Cronbach
Auto-amabilidad	5, 12, 19, 23 y 26	Trato de ser cariñoso/a conmigo mismo/a cuando siento malestar emocional	0,762
Auto-juicio	1,8,11,16 y 21	Desapruebo mis propios defectos e incapacidades y soy crítico/a respecto a ellos	0,703
Habilidad común	3,7,10 y 15	Cuando las cosas me van mal, veo las dificultades como parte de lo que a todo el mundo le toca vivir	0,673
Aislamiento	4,13,18 y 25	Cuando pienso en mis deficiencias, tiendo a sentirme más separado/a y aislado/a del resto del mundo	0,715
Mindfulness	9,14,17 y 22	Cuando algo me disgusta trato de mantener mis emociones en equilibrio	0,783
Sobreidentificación	2,6,20 y 24	Cuando me siento bajo/a de ánimo, tiendo a obsesionarme y a fijarme en todo lo que va mal	0,743

El análisis de fiabilidad utilizando el coeficiente alfa de Cronbach indicó que el test es fiable. El coeficiente alfa obtenido fue de valor mayor a 0,7, lo que indica una consistencia interna aceptable entre los ítems del test. Este valor sugiere que los ítems del test están correlacionados entre sí de manera consistente, lo que refleja la fiabilidad del instrumento para medir la variable de interés.

Autoestima

La Escala de Autoestima de Rosenberg es una escala indicada para explorar la autoestima personal de las personas. La autoestima es entendida como los sentimientos que una persona tiene hacia sí misma en cuanto a su valía personal y el respeto que tiene hacia sí mismo. La escala consta de 10 ítems repartidos en 5 frases positivas y 5 frases negativas. La escala ha sido traducida y validada en castellano.

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

Una vez realizados los cálculos, los resultados nos indican una autoestima elevada (de 30 a 40 puntos), una autoestima media (de 26 a 29 puntos) y una autoestima baja (menos de 25 puntos).

Tabla 3.

Fiabilidad de la Escala de autoestima de Rosenberg

Escala	N de ítems	Ejemplo de ítem	(α Cronbach)
Autoestima	10	“Estoy convencido de que tengo cualidades buenas”	0,701

El análisis de fiabilidad utilizando el coeficiente alfa de Cronbach indicó que el test es fiable. El coeficiente alfa obtenido fue de valor mayor a 0,7, lo que indica una consistencia interna aceptable entre los ítems del test.

Cuestionario de Burnout

El cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) estudia los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia sus pacientes midiendo su desgaste profesional mediante una serie de afirmaciones (22 ítems). Esta prueba pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que los profesionales sufren el Burnout. El síndrome de burnout está compuesto por tres subescalas:

La subescala de agotamiento o cansancio emocional nos indica el nivel de exhaustividad en el que se encuentran los profesionales en función de su estado emocional debido a las demandas de su trabajo. Esta subescala está compuesta por 9 preguntas (1,2,3,6,8,13,14,16,20). La puntuación máxima es de 54. Las puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de burnout, el intervalo entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias y las puntuaciones por debajo de 19 mostrarían niveles de burnout bajos o muy bajos.

La subescala de despersonalización valora en qué medida el profesional se reconoce como frío y distanciado en cuanto a su trabajo. Está formada por 5 ítems (5,10,11,15,22). Su puntuación máxima es de 30. Las puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, de 6 a 9 nivel medio y menores de 6 bajo indicarían bajo grado de despersonalización.

La subescala de realización personal evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Está compuesto por 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19,21). Su máxima puntuación es 48. Esta subescala funciona en sentido contrario a las anteriores; de 0 a 30 puntos indicaría baja realización personal, de 34 a 39 intermedia y, superior a 40, sensación de logro.

Las puntuaciones globales del burnout se pueden sistematizar en tres categorías. Cada una de dichas puntuaciones se obtiene a partir de las puntuaciones de cada submisión. Las puntuaciones se dividen en bajo (entre 1 y 33), medio (entre 34 y 66) y alto (entre 67 y 99). Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización y bajas en realización personal definen el síndrome.

El modelo de respuesta responde a una escala de tipo Likert de 7 puntos, donde los participantes califican cada ítem en una escala que va desde “Nunca” (1) hasta “Todos los días” (7).

Tabla 4.

Resumen descriptivo de las subescalas del Síndrome de Burnout

Escala	Ítems	Ejemplo de ítem	de Fiabilidad (α Cronbach)
Agotamiento cansancio emocional	1,2,3,6,8,13,14,16,20	“Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo”	0,849
Despersonalización	5,10,11,15,22	“Trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales”	0,848
Realización personal	4,7,9,12,17,18,19,21	“Me siento con mucha energía en mi trabajo”	0,862

El análisis de fiabilidad utilizando el coeficiente alfa de Cronbach indicó que el test es fiable.

Análisis de datos

Para llevar a cabo el presente estudio se ha empleado un tipo de diseño transversal correlacional. La elección de este diseño se ha basado en el hecho de que se estudia una muestra grande de sujetos de naturaleza cuantitativa, analizándola tanto en su estructura global como en las partes que la constituyen. El procedimiento que se llevó a cabo fue un estudio de encuesta en el que se describieron situaciones por medio de una serie de preguntas a una muestra representativa de sujetos.

El análisis de datos fue realizado con el programa estadístico informático SPSS Statistics v.29.0.2.0. A continuación, se describe la metodología y las herramientas estadísticas que se han empleado.

Previo a evaluar las hipótesis, se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables del síndrome de burnout, autoestima y autocompasión. Además, previamente, se estudiaron las frecuencias de cada una de las variables.

Para testar las hipótesis, en primer lugar, siguiendo la primera hipótesis, se estudió si existía relación entre los años trabajados y la presencia del Síndrome de Burnout. Para ello, se llevó a cabo una correlación lineal entre ambas variables de manera que se pudiera comprobar si estas correlacionaban, es decir, a más años trabajados, mayor es la presencia del síndrome.

Por otro lado, se quiso explorar en qué medida el Síndrome de Burnout era superior o inferior en los cirujanos cardiovasculares frente al resto de las especialidades. Para poder realizarla de forma que no se pierda información, se analizó cada una de las escalas del test de burnout. Se buscaron diferencias de puntuaciones entre los grupos y

para ello se realizó un contraste entre las medias poblacionales de los grupos para poder decir si las diferencias en los promedios iban más allá de la varianza.

Para poder hacer contrastes de medias típicas como la T de Student, se demostró la normalidad de la distribución en este caso de la variable Burnout. Para ello se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Tras ver que la distribución de las variables no era normal, se realizó la prueba no paramétrica de Kruskal- Wallis para cada una de las especialidades.

Para comparar el Síndrome de Burnout entre aquellos con y sin pareja e hijos, se realizó primero un análisis descriptivo de las variables y después se utilizó la prueba estadística oddsRatio. Con ello se quería observar cómo la presencia o ausencia de familia y pareja estaba o no relacionada con el síndrome.

Para explorar la relación entre autocompasión, autoestima y síndrome de burnout se realizó un análisis correlacionar para examinar las relaciones entre ellas. Al encontrar relaciones significativas entre las variables, se realizó un análisis de regresión para determinar si las variables autoestima y autocompasión eran predictores negativos del síndrome de burnout y existía evidencia que apoyara que a mayor autocompasión y autoestima, menor era la presencia del síndrome, es decir, constituyendo factores protectores.

Por último, para estudiar si la baja autocompasión y la autoestima se podían utilizar como predictores de las dimensiones de burnout de forma significativa para los datos recogidos, se realizó una regresión lineal múltiple para cada una de las subescalas del síndrome (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal). Para este caso, se volvieron a utilizar las variables de las dimensiones del test.

Resultados

Antes de testar las hipótesis, se calculan los niveles medios de las diferentes dimensiones de burnout, autocompasión y autoestima según la muestra.

Tabla 6.

Análisis descriptivo

	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal	Autocompasión	Autoestima
N	112	112	112	112	112
Media	26,76	9,21	38,68	3,13	24
Desviación estándar	10,6	5,84	7,01	0,56	2,64

H1: “Cuanto más años trabajados, mayor es la presencia del síndrome”.

La tabla 7 presenta la correlación entre ambas variables, años trabajados y el síndrome de burnout.

Tabla 7.

Correlaciones

		Años trabajados	Burnout
Años de experiencia	Correlación de Pearson	1	-,23
Burnout	Correlación de Pearson	-,23	1
	N	112	112

*.La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Encontramos una correlación significativa pequeña y negativa entre los años trabajados y el burnout. Esto quiere decir que, a más años trabajados, menor intensidad de burnout.

H2: “En los cirujanos cardiovasculares se encontrará mayor Síndrome que en el resto de las especialidades”.

Mayor síndrome de burnout significa que se encuentre mayor puntuación en las escalas de cansancio emocional y despersonalización y menor puntuación en la escala de realización personal.

Uno de los principios que hay que demostrar antes de poder hacer contrastes de medias típicos como la T de student es demostrar la normalidad de la distribución en este caso de la variable burnout. Para ello se utiliza la prueba de kolmogorov-smirnov.

Tabla 8.

Prueba de kolmogorov-smirnov para una muestra

		Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
Parámetros normales	Media	,53	,45	,13
	Desviación estándar	,50	,50	,33
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,35	,36	,52
	Positivo	,33	,36	,52
	Negativo	-,35	-,32	-,35
Estadístico de prueba		,35	,36	,52
Sig. Asintótica (bilateral)		,00	,00	,00

Vemos que en las tres variables la significación está por debajo de 0,05 por lo que descartamos que la distribución de las variables sea normal.

Esto significa que no podemos hacer pruebas paramétricas porque son dependientes de la distribución normal, así que tendremos que recurrir a la prueba no paramétrica para comprobar si existe diferencia entre medias poblacionales. Para ello utilizaremos la prueba de Kruskal-Wallis en cada una de las especialidades comparándolas con “cirugía cardiovascular”.

Si comparamos a los cirujanos frente a los radiólogos:

Tabla 9.

Prueba de Kruskal Wallis

	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
Chi-cuadrado	,056	,167	,086
Sig. asintótica	,813	,683	,769

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: ¿A qué especialidad te dedicas?

Según la prueba realizada, no se puede decir que haya diferencias entre las medias de los médicos de cardio y los de radio en ninguna de las tres variables de burnout, ya que la sig es mayor que 0,05.

Si comparamos a los cirujanos cardiovasculares frente a los médicos de familia:

Tabla 10.

Prueba de Kruskal Wallis

	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
Chi-cuadrado	1,708	1,508	,639
Sig. asintótica	,426	,471	,727

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: ¿A qué especialidad te dedicas?

No se puede decir que haya diferencias entre las medias de los médicos de cardio y los de familia en ninguna de las tres variables de burnout, ya que la sig es mayor que 0,05.

Si comparamos a los cirujanos cardiovasculares frente a los pediatras:

Tabla 11.

Prueba de Kruskal Wallis

	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
Chi-cuadrado	1,732	3,251	,726
Sig. asintótica	,630	,355	,867

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: ¿A qué especialidad te dedicas?

No se puede decir que haya diferencias entre las medias de los médicos de cardio y los de Pediatría en ninguna de las tres variables de burnout, ya que la sig es mayor que 0,05.

Si comparamos a los cirujanos cardiovasculares frente a los médicos internos:

Tabla 12.

Prueba de Kruskal Wallis

	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
Chi-cuadrado	8,959	3,261	2,048
Sig. asintótica	,062	,515	,727

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: ¿A qué especialidad te dedicas?

No se puede decir que haya diferencias entre las medias de los médicos de cardio y los de internos en ninguna de las tres variables de burnout, ya que la sig es mayor que 0,05.

En definitiva, no se encuentran diferencias de medias en las variables de burnout en función de las especialidades de medicina.

H3: Habrá mayores *odds* de obtener una puntuación de burnout clínicamente significativa si no se tiene pareja o hijos.

Para esta hipótesis sí que se ha operado con una puntuación significativa en el test de burnout, de tal forma que ambas variables se convierten en dicotómicas: familia si/no, hijos si/no y burnout si/no.

Para ver si cambian las probabilidades de presentar o no el síndrome, en función de si hay o no pareja e hijos, se hará la prueba “Oddsratio”, mediante comparaciones de 2 a 2.

Primero, se comparará si se tiene o no pareja frente al síndrome de burnout:

Tabla 13.

		Burnout		Total
		,00	1,00	
Pareja	Si	71	33	104
	No	5	3	8
Total		76	36	112

Con los números obtenidos se realizarán los siguientes cálculos:

$$\text{Odds}^{\text{si}} = (71/76) * (5/76) = 0,06$$

$$\text{Odds}^{\text{no}} = (33/36) * (3/36) = 0,08$$

Una vez calculados se realizará la división de estas proporciones para averiguar las odds de tener pareja en casos de burnout-> $0,06/0,08 = 0,75$.

Como $0,75 < 1$, podríamos decir que las odds de desarrollar burnout con pareja es menor a las odds de desarrollarlo no teniéndola.

Por otro lado, si tenemos en cuenta el tener o no hijos:

Tabla 14.

		Burnout		Total
		,00	1,00	
Hijos	Si	58	24	82
	No	18	12	30
Total		76	36	112

Se realizan los mismos cálculos:

$$\text{Odds}^{\text{si}} = (58/76) * (18/76) = 0,24$$

$$\text{Odds}^{\text{no}} = (24/36) * (12/36) = 0,33$$

OR=0,73

Como $0,73 < 1$, podríamos decir que las odds de desarrollar burnout teniendo hijos es menor a las odds de desarrollarlo no teniéndolos.

H4: La autocompasión y autoestima se podrán utilizar como predictores negativos de las dimensiones de burnout

Para testar esta hipótesis se volvieron a utilizar las variables de las dimensiones del test para no perder información por el camino.

Para poder realizarlo con precisión, se estudió si las puntuaciones de autoestima y autocompasión se podían utilizar para predecir las puntuaciones de burnout de forma significativa para los datos recogidos. Para ello se realizó una regresión lineal múltiple. Para cansancio emocional, se vio que no era adecuado hacer una regresión lineal lineal porque el estadístico F no era significativo ($\text{sig}=0,723$), por lo que la ecuación de regresión no mejoraba la predicción de la variable cansancio emocional.

Además, de las dos variables solo autoestima parecía tener una contribución significativa al modelo ($\text{sig}= -0,046$); cuando se abandonaba el modelo múltiple y se pasaba a una regresión simple el estadístico F seguía sin ser significativo.

Para la variable despersonalización, se vio que no era adecuado hacer una regresión lineal porque el estadístico F no era significativo ($\text{sig}=0,866$), por lo que la ecuación de regresión no mejoraba la predicción de la variable cansancio emocional.

Por último, para la variable “realización personal”, también se vio que no era adecuado hacer una regresión lineal porque el estadístico F no era significativo (sig=0,524), por lo que la ecuación de regresión no mejoraba la predicción de la variable cansancio emocional.

En base a los resultados obtenidos, se observó que no se podían llevar a cabo ecuaciones de regresión que predijesen de manera adecuada. Es por ello, por lo que se llevaron a cabo las correlaciones entre las variables.

Tabla 15.

Correlaciones

		Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal	Autocompasión	Autoestima
Cansancio emocional	Correlación de Pearson	1	,404	-,282	,063	-,025
	Sig (bilateral)		,000	,003	,507	,796
Despersonalización	Correlación de Pearson	,404	1	-,290	,022	,051
	Sig (bilateral)	,000		,002	,818	,596
Realización personal	Correlación de Pearson	-,282	-,290	1	,030	,109
	Sig (bilateral)	,003	,002		,752	,254
Autocompasión	Correlación de Pearson	,063	,002	,030	1	,275
	Sig (bilateral)	,507	,818	,752		,003
Autoestima	Correlación de Pearson	-,025	,051	,109	,275	1
	Sig (bilateral)	,796	,596	,254	,003	

Como se observa en la tabla, podemos ver que ni autocompasión ni autoestima correlacionan con ninguna de las variables del burnout por lo que no se pueden hacer las regresiones.

Teniendo en cuenta que las variables no correlacionan de forma lineal y que por lo tanto los modelos que se van a evaluar son inadecuados, encontramos que:

Cuando se utilizan la variable cansancio emocional prediciendo a autocompasión y autoestima, vemos que se obtiene como resultado:

Tabla 16.

Modelo	R	R Cuadrado	R Cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,077	,006	-,012	10,67
a. Predictores (Constante). Autoestima, autocompasión				

Cuando se utilizan la variable despersonalización prediciendo a autocompasión y autoestima, vemos que se obtiene como resultado:

Tabla 17.

Modelo	R	R Cuadrado	R Cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,051	,003	-,016	5,89
a. Predictores (Constante). Autoestima, autocompasión				

Cuando se utilizan la variable realización personal prediciendo a autocompasión y autoestima, vemos que se obtiene como resultado:

Tabla 18.

Modelo	R	R Cuadrado	R Cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,109	,012	-,006	7,04
a. Predictores (Constante). Autoestima, autocompasión				

Como consecuencia, se observa que el coeficiente de determinación ajustado (r^2 ajustada) muestra un valor muy reducido, lo que indica una capacidad limitada para predecir la varianza. Destaca especialmente el caso de la despersonalización, donde se predice únicamente un 1,6% de la varianza.

Discusión

El objetivo general planteado para este estudio fue determinar la prevalencia del síndrome de burnout y la presencia de recursos psicológicos, como la autocompasión y la autoestima, en cirujanos cardiovascular comparándolo con otras especialidades (radiólogos, médicos de familia, médicos internistas y pediatras).

Se observa una carencia de investigaciones dedicadas al síndrome de burnout en los cirujanos cardiovasculares. Es necesario diferenciar el Burnout de otros conceptos que se pueden solapar con él, como la depresión, estrés, insatisfacción laboral.

Tras una investigación exhaustiva, llevada a cabo (Bracho-Paz, 2020), se determinó que existe una correlación significativa entre las dimensiones del síndrome de Burnout (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) y los síntomas de fatiga (general, mental y física). El estrés laboral implica el agotamiento físico y mental ocasionado por la actividad laboral, mientras que el síndrome de burnout se caracteriza por un trastorno crónico relacionado con una respuesta inadecuada a las demandas psicológicas del trabajo, lo que afecta tanto el bienestar emocional como las relaciones interpersonales de los trabajadores.

En otro estudio llevado a cabo para investigar la diferencia entre el síndrome de burnout y la percepción negativa de la calidad de vida, se encontró que, entre los profesionales de enfermería analizados, el síndrome de burnout se presentó en un 20,9% de los casos. Este síndrome estuvo asociado con niveles elevados de estrés ocupacional y una percepción negativa de la calidad de vida (Vidotti et al., 2019).

Por ello, este estudio busca profundizar en la experiencia cotidiana de los médicos en su práctica profesional, considerando no solo las tareas realizadas, sino también las exigencias inherentes al puesto y los recursos individuales de cada profesional para afrontarlas. Este síndrome puede generar un impacto significativo en la salud física y mental del personal médico, llegando incluso a afectar considerablemente su desempeño laboral diario y, como resultado, provocar consecuencias adversas para la salud de los pacientes (Solano & Myleen, 2006).

Otro estudio realizado por un equipo de profesionales médicos, concluyeron que mientras que el síndrome de burnout se caracteriza por una respuesta inadecuada a las demandas psicológicas del trabajo, el Síndrome de Desgaste Ocupacional se enfoca en el agotamiento mental, emocional y físico ocasionado por cargas laborales abrumadoras y estrés crónico (*Síndrome de Burnout* | Ada, s. f.).

Según otra investigación, en la que se buscaban las diferencias entre el síndrome de burnout y el agotamiento físico y mental en el trabajo, se vio que a medida que el síndrome de burnout se centra en la respuesta inadecuada a las demandas psicológicas del trabajo, el agotamiento físico y mental en el trabajo se enfoca en el cansancio extremo y la falta de energía resultantes de una actividad laboral intensa y prolongada (Ramírez, 2001).

Inicialmente, la primera hipótesis planteada en el estudio carece de respaldo estadístico. Esta primera hipótesis recogía que cuantos más años trabajados, mayor era la presencia del síndrome. Tras el estudio de las variables en la población escogida, se vio que los años trabajados influían proporcionando menos intensidad a la presencia del síndrome.

Sin embargo, según un estudio realizado por Universidad Anáhuac México, la antigüedad profesional guarda una relación positiva con el síndrome identificada en dos etapas, que abarcan los dos primeros años de la carrera profesional y aquellos con más de 10 años de experiencia, en los que se observa una mayor correlación con el síndrome (Apiquian Guitart, 2007).

Existe una relación entre el síndrome de burnout y los años trabajados. Se ha observado que a medida que aumenta el número de años trabajados, aumenta el riesgo de desarrollar burnout. Esto puede deberse a factores como la acumulación de estrés y la falta de satisfacción laboral a lo largo del tiempo. Además, los años trabajados también pueden influir en la gravedad del síndrome de burnout, ya que una larga experiencia laboral puede llevar a un agotamiento más profundo. Es fundamental entender esta relación para implementar estrategias de prevención y manejo adecuadas (Pérez, 2010).

Sin embargo, un estudio realizado por la Universidad Pontificia Católica Argentina (Giuliana, 2020), concluye en su investigación que cuanto menor es la antigüedad, más es el burnout y conforme avanzan los años este va disminuyendo.

Retornando al análisis previo, se podría considerar que debido a que la muestra recogida lleva una media de 22,79 años trabajados, esto haya influido en la falta de presencia del síndrome.

Por otra parte, la experiencia en el trabajo puede ser una plataforma para adquirir y fortalecer habilidades que actúan como protectores naturales contra el síndrome de burnout, contribuyendo significativamente a mantener la salud mental y emocional de los trabajadores a lo largo de su carrera profesional (Amable, 2006).

Siguiendo con la hipótesis, según un estudio realizado por Cadavid (Cadavid et al., 2022), la relación entre los años trabajados y la presencia del síndrome podría significar que, con el aumento de la experiencia en la profesión, se adquieren mayores habilidades para estabilizar la carga laboral.

En la muestra estudiada en esta investigación, al ser una muestra reciente, parece que el inicio de la carrera y del trabajo implica un mayor consumo de recursos para alcanzar los niveles óptimos de calidad requeridos, y eso conlleva un mayor agotamiento inicial que luego llega a estabilizarse. Es por ello que, tras años de trabajo, los profesionales estudiados cuentan con una menor presencia del síndrome.

En relación con la segunda hipótesis, tras realizar los estudios correspondientes, se concluyó que no se encontraban diferencias de medias en las variables de burnout en función de las especialidades de medicina.

Una investigación realizada en médicos de la ciudad de Paraná reveló que el síndrome de burnout está vinculado con el tiempo de servicio en el puesto y las horas laborales, pero no con la especialidad de los médicos. Esto indica que los factores relacionados con el trabajo pueden tener una influencia más significativa en el desarrollo del burnout (Galliussi, 2017).

En un estudio adicional, se descubrió que los médicos de familia muestran niveles más altos de disfuncionalidad familiar y suelen tener más de dos empleos para

satisfacer sus necesidades financieras, pudiendo llegar a constituir un factor de riesgo para el síndrome en esta área de especialización (Pawlowicz, 2014).

En otra investigación se encontró una alta prevalencia de síndrome de burnout entre estudiantes, residentes y profesionales de planta. Este síndrome se relacionó con un mayor número de guardias, exceso de horas laborales, escaso tiempo de descanso, insuficiente apoyo tanto en el ámbito laboral como extralaboral, siendo las condiciones más desfavorables observadas en los residentes, situación que se acentuaba a medida que avanzaba su período de residencia (Salomón et al., 2019).

Según otro estudio de la Universidad Autónoma de California, se encontraron tasas más elevadas de síndrome de agotamiento en áreas como la unidad de cuidados intensivos, oncología, urgencias, cirugía, medicina interna y anestesiología (Loya-Murguía et al., 2018).

Prosiguiendo con la tercera hipótesis, sí que se vio que la probabilidad de obtener una puntuación de burnout clínicamente significativa dependía de tener o no tener pareja e hijos. Es decir, tener hijos y tener pareja, hacen que la probabilidad de presentar el síndrome sea menor.

Según la literatura, en el contexto de la dinámica familiar que abarca al trabajador, aquellos que tienen hijos parecen exhibir una mayor resiliencia frente al Burnout. Esto se atribuye a su compromiso familiar, que les proporciona una mayor habilidad para hacer frente a los desafíos y tensiones emocionales, así como para adoptar una perspectiva más realista. Sin embargo, según Manzano (1998), existe una correlación inversa entre el número de hijos. A mayor número de hijos, mayor nivel de estrés ocupacional (Pérez, 2010).

El síndrome de burnout impacta a los trabajadores de la salud en diversas áreas de su existencia, abarcando tanto su salud física como emocional, además de su rendimiento laboral y sus interacciones familiares. La incidencia y severidad de este síndrome fluctúan según la edad y el sexo, lo que resalta la necesidad de tener en cuenta aspectos familiares al abordar este problema (Pico-Veliz & Zamora-Cevallos, 2023).

En conclusión, de acuerdo con ambos estudios, tener familia puede ser un factor relevante en la experiencia y manifestación del síndrome, ya que las responsabilidades familiares pueden influir en la aparición y desarrollo de este síndrome. Lograr un equilibrio entre la vida personal y laboral, junto con el respaldo de la familia, resultan fundamentales para prevenir y manejar el síndrome en el entorno laboral (Álvarez et al., 2014) (Pico-Veliz & Zamora-Cevallos, 2023) .

En otra investigación, sin embargo, se ha observado que tener hijos se asocia a niveles más bajos de agotamiento emocional y despersonalización (Battistino, 2018).

Se identificaron como elementos protectores la paternidad/maternidad, la convivencia con los hijos y la práctica de actividad física, según reveló el estudio (Salomón et al., 2019). Por esta razón, la consideración de ser un factor protector para el especialista dependerá del entorno familiar en el que se encuentre.

Si se tiene en cuenta la presencia o no de pareja, en un estudio realizado, se ha observado que las personas con menor apoyo familiar, como aquellos que están solteros, tienen una mayor susceptibilidad a desarrollar el síndrome (Polacov et al., 2021). Este hallazgo también fue corroborado por otro estudio independiente (Loya-Murguía et al., 2018).

Otra investigación sugiere que la presencia de una pareja puede desempeñar un papel significativo en la aparición del síndrome de burnout dentro del contexto de las relaciones sentimentales. Las tensiones, conflictos y desafíos inherentes a la convivencia pueden contribuir tanto en positivo como en negativo en el agotamiento emocional. Se identificaron ciertas variables de riesgo, una de las cuales era carecer de una pareja estable y no tener hijos (Castañeda-Aguilera & De-Alba-García, 2020).

En lo referente a la última hipótesis de la investigación, se quiso estudiar si la autocompasión y autoestima se podían utilizar como predictores negativos de las dimensiones de burnout. No se encontró una correlación entre la autocompasión ni la autoestima con ninguna de las variables relacionadas con el síndrome de burnout.

Tras los resultados, se cuestionó la idoneidad de las propiedades psicométricas de los tests utilizados, así como la probabilidad de que otras herramientas pudieran haber sido más adecuadas para poner a prueba esta hipótesis.

Sin embargo, según la literatura, sí que se ha observado una correlación entre las dimensiones de burnout y la autoestima, especialmente una relación negativa entre la dimensión de agotamiento emocional y la autoestima. Esto indica que niveles más bajos de autoestima están vinculados a mayores niveles de agotamiento emocional, que es una de las principales dimensiones del síndrome de burnout (Faubel, 2022).

Asimismo, otro estudio destaca que la autocompasión, definida como la capacidad de tratarse a uno mismo con amabilidad y comprensión, juega un papel fundamental en la gestión del estrés y la prevención del síndrome de burnout. Por lo tanto, se sugiere que la falta de autocompasión también podría ser un predictor de las dimensiones del síndrome de burnout (Giraud, 2023).

Como conclusión, a pesar de no haber encontrado evidencia significativa para respaldar la hipótesis principal planteada, la cual buscaba determinar si existe un nivel más alto de burnout en cirujanos cardiovasculares frente a las otras especialidades, este estudio ha permitido acercarse más a comprender una realidad que hasta ahora solo se conocía parcialmente: los diversos factores que determinan e influyen en el desarrollo de esta sintomatología. Asimismo, se cree que este estudio representa un avance inicial en la investigación de un síndrome que se ha vuelto cada vez más urgente tras la pandemia de COVID-19. Se espera que este estudio sirva como punto de partida y estimule la continuidad de la investigación sobre este tema para muchos otros profesionales del ámbito de la salud.

Limitaciones y propuestas

La limitación más importante en este estudio radica en la reducida muestra que se obtuvo de cada sector. Aunque se logró reclutar a 24 participantes, únicamente se utilizaron 112. La accesibilidad a la muestra se vio limitada por restricciones de tiempo y acceso, a pesar de los esfuerzos realizados para obtener respuestas a través de linkedin y enviarlo a médicos, las cuales no fueron tan numerosas como se esperaba.

Otra de las limitaciones encontradas fue la idoneidad de las de las propiedades psicométricas de las pruebas utilizados y se consideró que otras herramientas podrían haber sido más apropiadas para poner a prueba esta hipótesis para analizar la última hipótesis en las que se quería estudiar la relación entre la autoestima, autocompasión y el síndrome de burnout.

Una limitación adicional encontrada fue que la evaluación se llevó a cabo a partir de test de autoinforme por lo que se podía considerar como una evaluación subjetiva del burnout. También, se observa que no hay medidas longitudinales ni de seguimiento en los diferentes niveles. En el estudio no se realizaron mediciones repetidas a lo largo del tiempo ni se realizó un seguimiento de los niveles de las variables estudiadas. Es decir, no se observaron cambios o evolución en esas variables a lo largo del tiempo.

Tras ver las limitaciones del estudio realizado, se pusieron de manifiesto diferentes puntos para continuar con él. Por un lado, las sugerencias para investigaciones próximas recogían la necesidad de hacer un estudio longitudinal con más muestra. Esto sería beneficioso para el próximo estudio porque, en primer lugar, permite observar cambios y evoluciones en las variables de interés a lo largo del tiempo, lo que proporciona una comprensión más completa de los fenómenos estudiados. Además, al tener una muestra más grande, se aumenta la representatividad de la población y se reducen posibles sesgos, lo que aumenta la validez externa de los resultados. También permite analizar mejor las relaciones causales entre variables y obtener conclusiones más sólidas y generalizables. Por último, un estudio longitudinal con una muestra más grande proporciona una mayor potencia estadística, lo que aumenta la capacidad para detectar efectos significativos y realizar inferencias más precisas.

Además, otra sugerencia para seguir con el estudio podría ser añadir más variables relacionadas con el síndrome de burnout. Entre las variables que podrían ser estudiadas añadiría en primer lugar la presencia de apoyo social, es decir, si la persona

cuenta con apoyo emocional y social de amigos y familiares, que puede influir en la aparición y severidad del síndrome de burnout. Esto sería positivo ya que, desde mi punto de vista, comprender el impacto del apoyo social en el síndrome de burnout es fundamental para desarrollar estrategias efectivas de prevención y tratamiento.

Otra variable a estudiar podría ser el horario laboral de los sanitarios. Como se ha visto en diversos estudios, el exceso de horas laborales en médicos se ha vinculado con un incremento en el riesgo de síndrome de burnout, como lo han demostrado investigaciones que revelan que trabajar largas jornadas, turnos prolongados y guardias, puede contribuir al desarrollo de este síndrome. La alta carga laboral y la falta de descanso adecuado pueden provocar agotamiento emocional, distanciamiento emocional y una disminución en el sentido de logro personal en los profesionales de la salud (López-Morales et al., 2004).

Entre otras, destacaría también como una variable importante a estudiar, los factores personales de la muestra, es decir, las características individuales como la personalidad, la capacidad de afrontamiento, los valores personales y el estilo de vida, ya que estas pueden llegar a afectar a la vulnerabilidad de una persona y al síndrome de burnout.

Por último, otro factor podría ser si el profesional cuenta o no con disponibilidad de recursos como autonomía en el trabajo, claridad en las expectativas laborales, y oportunidades de desarrollo profesional, que pueden mitigar el impacto del estrés laboral y el síndrome de burnout.

Bibliografía

Adán, J. C. M., Hervás, M. D. C., Álvarez, M. H., Navío, M., & García-Pando, C. R. (2013). Prevención del suicidio en médicos. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 59(231), 176-204. <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2013000200002>

Álvarez, H. R. P., Del Carmen Contreras Palacios, S., García, M. I. Á., García, M. H. M., & Hernández, J. A. C. (2014). Síndrome de Burnout, funcionalidad familiar y factores relacionados en personal médico y de enfermería de un hospital de Villahermosa, Tabasco, México. *Horizonte Sanitario*, 12(2), 45. <https://doi.org/10.19136/hs.a12n2.238>

Amable, M. (2006). La precariedad laboral y su impacto sobre la salud. En TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=141533>

Anarcomunica. (2022, 7 septiembre). Autolesiones e ideaciones suicidas, ansiedad, depresión y trastornos de alimentación en menores de edad alcanzan cifras récord a causa de la pandemia. Fundación ANAR. <https://www.anar.org/autolesiones-e-ideaciones-suicidas-ansiedad-depresion-y-trastornos-de-alimentacion-en-menores-de-edad-alcanzan-cifras-record-a-causa-de-la-pandemia/>

Apiquian Guitart, A. (2007). El Síndrome de Burnout en las empresas. Universidad Anáhuac México Norte.

Arrebola, M. (2018). La Autocompasión. Universidad de Jaén.

Barnard, L., & Curry, J. F. (2011). Self-Compassion: Conceptualizations, Correlates, & Interventions. *Review Of General Psychology*, 15(4), 289-303.
<https://doi.org/10.1037/a0025754>

Battistino, V. (2018). Síndrome de burnout en profesionales residentes de primer año del equipo de salud en un hospital pediátrico. Cohorte 2018. Cátedra de Clínica Pediátrica UNC. Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba Pagina 1.

Bracho-Paz, D. C. (2020). Síndrome de burnout y fatiga laboral. *Revista Cienciamatria/Cienciamatria*, 6(1), 264-294. <https://doi.org/10.35381/cm.v6i1.307>

Cadavid, E. S., Lemos, M., González, É. P. R., & Krikorian, A. (2022b). Relación entre empatía, compasión y Burnout en estudiantes de medicina, residentes y profesionales médicos de Medellín. *Revista Logos Ciencia & Tecnología*, 14(3), 59-72.
<https://doi.org/10.22335/rlct.v14i3.1644>

Castañeda-Aguilera, E., & De-Alba-García, J. E. G. (2020). Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos cirujanos especialistas: prevalencia y factores de riesgo. *Cirugía y Cirujanos*, 88(3). <https://doi.org/10.24875/ciru.19001502>

Dávila, G. (2023). Relación del síndrome de burnout y la autoestima en trabajadores de transporte vehicular de una empresa de taxis en la provincia de Arequipa - 2022. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano, Escuela Académico Profesional de Medicina Humana, Universidad Continental, Huancayo, Perú.

Escribà-Agüir, V., Artazcoz, L., & Pérez-Hoyos, S. (2008). Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gaceta Sanitaria*, 22(4), 300-308. <https://doi.org/10.1157/13125351>

Escribà-Agüir, V., Artazcoz, L., & Pérez-Hoyos, S. (2008c). Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gaceta Sanitaria*, 22(4), 300-308. <https://doi.org/10.1157/13125351>

Esteban, R. G. (2004). El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 90. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352004000200004>

Faubel, G. (2022). Escuela Académico Profesional de Psicología. Universidad Continental.

G, O. L. P., & Sanabria-Ferrand, P. A. (2008). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Med de la Facultad de Medicina*, 16(1), 25-32. http://www.scielo.org.co/pdf/med/v16n1/v16n1a05.pdf?origin=publication_detail

Galliussi, G. (2017). “Síndrome de burnout y su relación a la antigüedad en el puesto de trabajo y el sexo en médicos de diferentes especialidades de la ciudad de Paraná”. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA.

Giraud, J. (2023). Salud y Familia. <https://www.prensalibre.com/vida/salud-y-familia/autocompasion-la-clave-contra-el-estres-y-el-burnout/>

Giuliana, G. (2020). Síndrome de burnout y su relación a la antigüedad en el puesto de trabajo y el sexo en médicos de diferentes especialidades de la ciudad de Paraná”. Pontificia Universidad Católica Argentina.

Lazarus, J. V., Ortíz, A., Tyrovolas, S., Fernández, E., Guy, D., White, T. M., Ma, R., Hay, S. I., Naghavi, M., & Soriano, J. B. (2022). A GBD 2019 study of health and Sustainable Development Goal gains and forecasts to 2030 in Spain. *Scientific Reports*, 12(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-24719-z>

López-Morales, A., González-Velázquez, F., Morales-Guzmán, M. I., & Espinoza-Martínez, C. (2004). Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. Medigraphic Artemisa.

Loya-Murguía, K. M., Valdez-Ramírez, J., Bacardí-Gascón, M., & Jiménez-Cruz, A. (2018). El síndrome de agotamiento en el sector salud de Latinoamérica: revisión sistemática. *Journal Of Negative And No Positive Results: JONNPR*, 3(1), 40-48. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.2060>

Oriol, A., & Pardell, H. (2005). La profesión médica: los retos del milenio. Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Fundación Medicina y Humanidades Médicas. <https://philpapers.org/rec/ORIDL>

Pawlowicz, A. A. S. (2014). Relación entre funcionalidad familiar y Síndrome de Burnout en residentes de medicina familiar Relationship between Family Function and Burnout Syndrome in Family Medicine Resident Physicians. Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de Asunción, Asunción-Paraguay. <http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/rspp/article/download/296/238>

Pérez, A. M. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 42-80. <https://doi.org/10.15178/va.2010.112.42-80>

Pico-Veliz, M., & Zamora-Cevallos, Á. (2023). Síndrome de Burnout y su Relación con el Entorno Familiar del Personal de Salud. *Centro de Salud Santa Ana-24h, Manabí. 593 Digital Publisher CEIT*, 8(4), 558-567. <https://doi.org/10.33386/593dp.2023.4.1968>

Polacov, S., Battistini, I. B., Barroso, G., Cravero, B., D'Alessandro, T., Allende, G. E., Boni, S. R., Maldini, C., Pepe, G. A., & Gobbi, C. (2021). Riesgo de Síndrome de Burnout en profesionales médicos de la ciudad de Córdoba, Argentina. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 78(4), 371-375. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v78.n4.28749>

Ramírez, S. C. (2001). El síndrome de «Burn out» o síndrome de agotamiento profesional. *Medicina Legal de Costa Rica*, 17(2), 11-14. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152001000100004

Salomón, S. E., Cámara, L., & Valdéz, P. (2019). COMPILACIÓN DE TRABAJOS SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT PRESENTADOS EN DIEZ AÑOS DE CONGRESOS DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA (2005-2015): *REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA*, 7(1). <http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/download/280/245>

Síndrome de burnout | Ada. (s. f.). Ada. <https://ada.com/es/conditions/burnout/>

Solano, M., & Myleen, D. (2006). «Burnout» en médicos: aproximaciones teóricas y algunos diagnósticos diferenciales. *Medicina Legal de Costa Rica*, 23(2), 137-153. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152006000200008

Velasco, S. J. J., Hurtado, A. F. V., García, C., & Duque, I. L. (2018). Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médicas. *Revista Cuidarte*, 10(1). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.543>

Velázquez, M. (2012). La salud mental de las y los trabajadores. *Observatorio vasco de acoso moral*.

Vidotti, V., Martins, J. T., Galdino, M. J. Q., Ribeiro, R. P., & Robazzi, M. L. D. C. C. (2019). Síndrome de burnout, estrés laboral y calidad de vida en trabajadores de enfermería. *Enfermería Global: Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*, 18(3), 344-376. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.325961>

Xie, Y., Xu, E., & Al-Aly, Z. (2022). Risks of mental health outcomes in people with covid-19: cohort study. *The BMJ*, e068993. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068993>

Anexos

Anexo I.

Desde la Universidad Pontificia de Comillas (Madrid) se está llevando a cabo una investigación con motivo del Trabajo Final de Máster.

El objetivo principal de la misma es explorar El impacto de los recursos psicológicos sobre la experiencia laboral en médicos especializados en Cirugía Cardiovascular.

Antes de comenzar recuerde que:

- El cuestionario es ANÓNIMO Y CONFIDENCIAL.
- No existen respuestas correctas o incorrectas, buenas o malas, por ello, le rogamos la MAYOR SINCERIDAD POSIBLE.
- Es importante que respete el orden de las preguntas tal y como aparecen en el cuestionario.
- El cuestionario es INDIVIDUAL, le agradeceríamos que no consultara con su pareja las preguntas o sus respuestas.
- Intente no dejar ninguna pregunta sin responder. Escoja, en la medida de lo posible, la alternativa que mejor se ajuste a su situación.
- Si alguna de las preguntas no se ajusta a su situación actual intente, por favor, reflejar en su contestación cómo ha sido su experiencia lo más parecido posible.

Se agradece enormemente su colaboración el estudio.

Los investigadores garantizarán en todo momento la confidencialidad en el tratamiento de estos, cumpliendo con la normativa de protección de datos de carácter personal, en

particular, el Reglamento Europeo 679/2016 de 27 de abril, general de protección de datos, así como la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y Garantía de los Derechos Digitales. Solo pudiendo destinarse los datos para los objetivos planteados anteriormente.

Acepto la participación en el estudio y tratamiento de mis datos anónimamente.

Si

No

Datos sociodemográficos

Sexo:

- Varón

- Mujer

Edad:

Experiencia laboral. ¿Cuántos años lleva trabajando como cirujano cardiovascular?

¿Tiene pareja?

- Si

- No

¿Tiene hijos?

- Si

- No

¿A qué especialidad se dedica?

Anexo II. Escala de Autocompasión.

¿CÓMO ACTÚO HABITUALMENTE HACIA MÍ MISMO EN MOMENTOS DIFÍCILES?

Lea cada frase cuidadosamente antes de contestar. A la izquierda de cada frase, indique la frecuencia con que se comporta de la manera indicada, utilizando la siguiente escala:

Casi nunca

Casi siempre

1

2

3

4

5

_____ 1. Desapruebo mis propios defectos e incapacidades y soy crítico/a respecto a ellos.

_____ 2. Cuando me siento bajo/a de ánimo, tiendo a obsesionarme y a fijarme en todo lo que va mal.

_____ 3. Cuando las cosas me van mal, veo las dificultades como parte de lo que a todo el mundo le toca vivir

_____ 4. Cuando pienso en mis deficiencias, tiendo a sentirme más separado/a y aislado/a del resto del mundo.

_____ 5. Trato de ser cariñoso/a conmigo mismo/a cuando siento malestar emocional.

_____ 6. Cuando fallo en algo importante para mí, me consumen los sentimientos de ineficacia.

_____ 7. Cuando estoy desanimado y triste, me acuerdo de que hay muchas personas en el mundo que se sienten como yo.

_____ 8. Cuando vienen épocas muy difíciles, tiendo a ser duro/a conmigo mismo/a.

_____ 9. Cuando algo me disgusta trato de mantener mis emociones en equilibrio.

_____ 10. Cuando me siento incapaz de alguna manera, trato de recordarme que casi todas las personas comparten sentimientos de incapacidad.

_____ 11. Soy intolerante e impaciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.

_____ 12. Cuando lo estoy pasando verdaderamente mal, me doy el cuidado y el cariño que necesito.

_____ 13. Cuando estoy bajo/a de ánimo, tiendo a pensar que, probablemente, la mayoría de la gente es más feliz que yo.

_____ 14. Cuando me sucede algo doloroso trato de mantener una visión equilibrada de la situación.

10

_____ 15. Trato de ver mis defectos como parte de la condición humana.

_____ 16. Cuando veo aspectos de mí mismo/a que no me gustan, me critico continuamente.

_____ 17. Cuando fallo en algo importante para mí, trato de ver las cosas con perspectiva.

_____ 18. Cuando realmente estoy en apuros, tiendo a pensar que otras personas lo tienen más fácil.

_____ 19. Soy amable conmigo mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento.

_____ 20. Cuando algo me molesta me dejo llevar por mis sentimientos.

_____ 21. Puedo ser un poco insensible hacia mí mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento.

_____ 22. Cuando me siento deprimido/a trato de observar mis sentimientos con curiosidad y apertura de mente.

_____ 23. Soy tolerante con mis propios defectos e imperfecciones o debilidades. _____

24. Cuando sucede algo doloroso tiendo a hacer una montaña de un grano de arena.

_____ 25. Cuando fallo en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso.

_____ 26. Trato de ser comprensivo y paciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.

Anexo III. Escala de autoestima de Rosenberg.

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

Anexo IV. Cuestionario de Burnout.

Señale el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

RANGOS DE MEDIDA DE LA ESCALA 0 = Nunca.

1 = Pocas veces al año o menos. 2 = Una vez al mes o menos.

3 = Unas pocas veces al mes.

4 = Una vez a la semana.

5 = Unas pocas veces a la semana. 6 = Todos los días

1 Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo. ___

2 Me siento cansado al final de la jornada de trabajo. ___

3 Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado. ___

4 Tengo facilidad para comprender como se sienten mis alumnos/as. ___

5 Creo que estoy tratando a algunos alumnos/as como si fueran objetos impersonales.

6 Siento que trabajar todo el día con alumnos/as supone un gran esfuerzo y me cansa. ___

7 Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis alumnos/as. ___

8 Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo. ___

9 Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de mis alumnos/as. ___

10 Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo la profesión docente. ___

11 Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente. ___

12 Me siento con mucha energía en mi trabajo. ___

13 Me siento frustrado/a en mi trabajo. ___

14 Creo que trabajo demasiado. ___

15 No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos de mis alumnos/as. ___ 16

Trabajar directamente con alumnos/as me produce estrés. ___

17 Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis alumnos/as. ___ 18

Me siento motivado después de trabajar en contacto con alumnos/as. ___

19 Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo. ___

20 Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades. ___

21 En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma. ___ 22 Creo que

los alumnos/as me culpan de algunos de sus problemas. ___