

Situación del personal de Enfermería de un Hospital Comarcal: Desgaste profesional tras años de ejercicio

MÁSTER UNIVERSITARIO PREVENCIÓN DE RIESGOS
LABORALES: ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA DEL
TRABAJO UNIVERSIDAD MIGUEL HERNANDEZ CURSO
ACADÉMICO 2014/2015



AUTOR: Sta. Miriam Quintana Giner
TUTOR DEL PROYECTO: Dña. María Gómez Olmos
DIRECTOR: Don Antonio Cardona Llorens
23 de Junio de 2015

PRESENTACIÓN

En la actualidad vivimos una época en la cual el estrés y los problemas asociados a él, han ido en aumento, provocando así mismo alteraciones en las actitudes de las personas que lo padecen, es así que el Burnout o síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) es una respuesta al estrés laboral crónico. Se trata de una experiencia subjetiva de carácter negativo compuesta por cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo, hacia las personas con las que se relaciona el individuo en su trabajo, en especial con clientes, y hacia el propio rol profesional. Muchas de las personas que padecen este síndrome creen que se trata sólo de estrés, a medida que nos encontramos con las situaciones estresantes de la vida, nuestra capacidad para enfrentarlas se pone a prueba en repetidas ocasiones y luchamos por adaptarnos de una manera eficaz o adaptativa. Cuando el estrés es físico, el organismo despierta sus sistemas defensivos y combate así los signos y síntomas de la enfermedad física. Cuando el estímulo es de naturaleza emocional o evolutiva, respondemos con nuevos comportamientos con la esperanza de que sean eficaces; sin embargo este síndrome es un proceso que se desarrolla de manera progresiva debido a la utilización de estrategias de afrontamiento poco funcionales con las que los profesionales intentan autoprotgerse del estrés laboral. Este síndrome es padecido frecuentemente por las personas que están en íntimo contacto con otros seres humanos, aunque para Maslach (1986), este síndrome se puede producir exclusivamente en los profesionales de ayuda, como los médicos, enfermeras, asistentes sociales, psicólogos, entre otros. Es por ello que es muy importante prevenir y tratar a tiempo este síndrome, en especial en las profesiones sanitarias como lo es Enfermería, ya que es la profesión con mayor índice de Burnout, según Gil Monte ya que se encuentra en contacto con otros seres humanos y mantiene relaciones interpersonales con ellos.

El presente estudio tiene el objetivo de determinar el desgaste profesional que presenta el Personal de Enfermería que trabaja en un hospital comarcal público tras años de ejercicio, además de determinar qué factores influyen en la génesis del síndrome.

RESUMEN

Introducción: El personal de Enfermería se encuentra con frecuencia entre los profesionales que muestran mayor grado de insatisfacción laboral y por consiguiente síndrome de Burnout; considerado accidente de trabajo, recogido como “síndrome de desgaste personal o de Burnout, trastorno adaptativo crónico con ansiedad como resultado de la interacción del trabajo o situación laboral en sus características personales”.

El objetivo principal del estudio será **evaluar la prevalencia de desgaste profesional entre el personal de Enfermería de un Hospital Universitario Comarcal tras años de ejercicio.**

Material y métodos: encuesta Maslach Burnout Inventory que mide el Agotamiento Emocional, la Despersonalización y la Realización Personal en el trabajo.

Resultados: población que presenta una media de $47 \pm 10,69$ años, predomina el género femenino 73% frente al 27% masculino, con una media de $18,02 \pm 9,74$ años de ejercicio enfermero y mediana de antigüedad en el servicio actual de 7,5 (IQR 4-15) años. En el análisis global obtenemos que un 30% de las personas evaluadas cumplan con criterios del síndrome de Burnout alto o positivo. La estadística descriptiva de las tres dimensiones por separado muestra: Burnout alto en Agotamiento Personal (≥ 27 puntos) y Despersonalización (≥ 10 puntos) en un 34% y un 43% respectivamente y en Realización Personal (≤ 33 puntos) un 56%. El estudio determina los múltiples factores que intervienen en el fenómeno de Burnout, diagnosticando las principales causas de desgaste: horarios de trabajo, falta de recursos, y falta de comunicación interdisciplinar.

Las cifras indican que el problema presenta una cierta magnitud por lo que nuestra intención será continuar con la investigación para confirmar esta tendencia. Los profesionales sanitarios son personal de potencial alto riesgo a sufrir el síndrome de Burnout, por ello se considera necesario actuar o incidir sobre esta población. Creemos que es fundamental establecer estrategias de atención para los profesionales que son portadores de este síndrome y que ya han sido identificados.

Palabras clave: Enfermería, salud mental, desgaste profesional, Maslach Burnout Inventory.

ABSTRAC

Introduction: Nursing staff is frequently among professionals with greater job dissatisfaction and therefore Burnout syndrome. This syndrome is considered as a work accident, and it can be defined as chronic adjustment disorder with anxiety as a result of the interaction of work or employment status based on personal characteristics."

The main objective of the study is to **assess the prevalence of Burnout syndrome among nursing staff from a University Hospital Comarcal after years of employment.**

Methods: Survey Maslach Burnout Inventory to measure emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment at work.

Results: Our population showed a mean of 47 ± 10.69 years, mainly women (73% versus 27%), with a mean of 18.02 ± 9.74 years of nursing practice and average length of current service of 7.5 (IQR 4-15) years. In the overall analysis we obtain 30% of the assessed individuals meet criteria Burnout High or positive syndrome. The descriptive statistics of the three dimensions have been analyzed separately and together. Regarding Personal Exhaustion, it was considered high when ≥ 27 points were obtained. Depersonalization was considered high when ≥ 10 puntos were obtained and personal fulfillment was considered when ≤ 33 puntos were achieved. The frequencies of each parameter in our cohort were 34%, 43% and 56%, respectively.

The study determines multiple factors involving the Burnout phenomenon and diagnoses the main causes, such as tiredness; work schedules, lack of resources and lack of interdisciplinary communication.

The results of this study indicate that the problem has a certain magnitude, so our intention is to continue researching to confirm this trend. Health professionals are highly potential risk staff suffering burnout syndrome, and therefore it is considered necessary to act or influence on this population. We believe that it is essential to establish care strategies for professionals who are carriers of this syndrome and that have already been identified.

Keywords: nursing, mental health, burnout, Maslach Burnout Inventory.

INDICE

CONTENIDO

CAPITULO I.....	7
1.1 INTRODUCCIÓN: CONCEPTO DE BURNOUT.....	7
1.2 BURNOUT COMO PROCESO DE ESTRÉS CRÓNICO.....	12
1.3 FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE BURNOUT.....	13
1.4 DESARROLLO DEL SINDROME EN ESTAPAS:.....	17
1.5 CAUSAS DE BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO: COLECTIVO ENFERMERO.....	18
1.6 CONSECUENCIAS DE (SQT) O BURNOUT.....	21
1.7 CONDUCTA A SEGUIR.....	22
2 JUSTIFICACIÓN.....	26
2.1 MARCO TEÓRICO.....	27
2.2 ROL DE ENFERMERÍA.....	28
2.3 OBJETIVOS.....	30
CAPITULO II: MATERIAL Y METODO.....	31
2.1. DISEÑO.....	31
2.2 AMBITO DE ESTUDIO.....	31
2.3 PARTICIPANTES Y MUESTREO.....	31
2.4. PROCEDIMIENTO.....	32
2.5 ÁSPECTOS ÉTICOS.....	33
2.6 LIMITACIONES.....	33
2.7 RECOLECCION DE DATOS/INSTRUMENTOS DE EVALUACION.....	34
2.8 ANALISIS ESTADISTICO.....	35
CAPITULO III.....	36
3.1 RESULTADOS.....	36
3.2 DISCUSIÓN.....	40
3.3. CONCLUSIONES.....	44
3.4 CONSIDERACIONES FINALES Y MEDIDAS A ADOPTAR.....	44
3.5 PROPUESTAS DE MEJORA.....	45

3.6 AGRADECIMIENTOS	46
CAPITULO IV	47
4.1 BIBLIOGRAFIA	47
4.2 ANEXO I	52
4.3 ANEXO II	54



CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN: CONCEPTO DE BURNOUT

El síndrome del quemarse por el trabajo (SQT), también denominado estrés laboral asistencial, desgaste profesional o Burnout fue primeramente definido como “un síndrome de Agotamiento Emocional, Despersonalización y baja Realización Personal, que podía ocurrir entre individuos que trabajaban con personas” pensado para el ejecutivo estresado y desgastado por padecer empleos demasiado absorbentes.

Herbert Freudenberger (1974) lo definió por primera vez en como un conjunto de síntomas biológicos, psicológicos y sociales inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía, derivados de la desproporción entre los esfuerzos realizados y los resultados obtenidos, que no compensan las expectativas del profesional [1].

Para ello escribió el texto siguiente, en el que a modo de metáfora, explica y refleja lo que representa el “síndrome del quemado”: “Si ha visto un edificio destruido por el fuego, sabe hasta qué punto puede ser devastadora una tragedia semejante. Lo que antes era una estructura llena de vida, ahora no es más que una estructura desértica. Allí donde antes había un edificio bullente de actividad, ahora no quedan más que escombros para recordarnos toda la vida y la energía que allí reinaba. Puede que aún quede algún trozo de pared en pie, puede que aún se distingan algunas ventanas; incluso puede que permanezca intacta la estructura exterior, pero si se asoma al interior se quedará impresionado por la gran destrucción que allí existe [...]. Me he dado cuenta de que la gente a veces es víctima de un incendio, como los edificios. Bajo la tensión producida por la vida en nuestro complejo mundo, sus recursos internos se consumen como bajo la acción de las llamas, dejando sólo un inmerso vacío interior, aunque la envoltura interna parezca más o menos intacta”[2] .

Además de describir el síndrome, Freudenberger propone una serie de medidas para prevenirlo: realización de programas de adiestramiento o entrenamiento a los trabajadores, rotación en las actividades laborales, limitación del tiempo de trabajo, importancia del trabajo en grupo y apoyo al trabajador “quemado”.

Más tarde, Christina Maslach (1976) y colaboradores realizaron un trabajo sobre el Burnout en 200 profesionales de servicios sociales, entre los que se incluyeron abogados, médicos, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras, enfermeras, etc. Para Maslach, estos trabajadores se enfrentaban al estrés propio de su trabajo mediante un distanciamiento con las personas a las que prestaban sus servicios, lo cual tenía efectos perjudiciales tanto para el propio trabajador como para sus clientes (decía un trabajador social...”comencé a despreciar a cada uno y no podía ocultar mi desprecio”...). Para esta autora, el Burnout ocasionaba baja moral en el trabajador, aumentando el absentismo laboral. Pero también encontraba correlación con el alcoholismo, las enfermedades mentales, los conflictos familiares y el suicidio. Además Maslach afirmó que el Burnout aparecía más frecuentemente en personas que trabajaban durante largas horas en contacto directo con sus pacientes o clientes, siendo menos frecuente este síndrome en personal administrativo [3].

Igualmente, Edelwich (1980) lo definió como “una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito como resultado de las condiciones de trabajo de los profesionales asistenciales”, y describió cuatro fases que aparecían en este síndrome: una fase inicial de entusiasmo, con altas expectativas profesionales poco realistas; una segunda fase de estancamiento, en la que el profesional observa que su trabajo no siempre tiene el resultado esperado de reconocimiento de sus superiores y clientes, en la cual es fácil contagiarse por el pesimismo de sus compañeros ya afectados; sigue una tercera fase de frustración, en la que el profesional se cuestiona el valor de sí mismo y de su trabajo, además las fuentes de insatisfacción por el trabajo(escasa remuneración, sobrecarga laboral o excesiva tarea administrativa) que se inician en etapas anteriores, afloran plenamente; y por último, se llega a una cuarta etapa de apatía o indiferencia hacia el trabajo[4].

Posteriormente, Pines, Aronson y Kafry (1981) definieron el síndrome como “un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos períodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente”. Para estos autores, el Burnout sería el resultado de la repetición de la presión emocional [5].

Pero el Burnout adquirió verdadera importancia con los estudios de Christina Maslach y Sisan E. Jackson, que en 1981 lo definieron como “un síndrome de cansancio emocional, Despersonalización y baja Realización Personal, que puede ocurrir entre

individuos que trabajan con personas”. Por tanto, estas autoras describieron las tres dimensiones del Burnout: cansancio emocional, en el sentido de desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga; Despersonalización o deshumanización, que consiste en el desarrollo de aptitudes negativas hacia otras personas, sobre todo con las que se trabaja, junto a la irritabilidad y a la pérdida de motivación; y por último, falta de Realización Personal, es decir, actitud negativa hacia sí mismo y hacia su trabajo, con baja moral, baja productividad laboral, poca autoestima e incapacidad para soportar el estrés. Para Maslach, estas tres dimensiones aparecen sobre todo en las profesiones de ayuda, como los sanitarios y educadores, que prestan servicios al público. Además, estas autoras elaboraron un instrumento de medida, el Maslach Burnout Inventory (MBI), “basado en la necesidad de un instrumento para evaluar el Burnout experimentado por una amplia gama de trabajadores de servicios humano. Así, su inclusión en futuros estudios de investigación permitirá alcanzar un mejor conocimiento de distintas variables sociales e institucionales que permitirán reducir la presencia de Burnout...” Se trata de un cuestionario autoadministrado constituido por 22 ítems referentes a sentimientos personales y actitudes del profesional hacia las personas a las que ofrece su servicio y hacia su trabajo [6, 7].

Posteriormente, Maslach y colaboradores, definieron Burnout como un síndrome psicológico que aparece como respuesta a estresores [8].

Afirman que las tres dimensiones de esta respuesta son el Agotamiento Emocional, que representa la dimensión básica del Burnout, y se refiere al agotamiento de los recursos físicos y emocionales de la persona que padece el síndrome, la Despersonalización o sentimientos de cinismo, que representa la dimensión de contexto interpersonal del síndrome, y la baja Realización Personal o sentimiento de ineficacia, que representa la dimensión de autoevaluación del Burnout, refiriéndose a sentimientos de incompetencia y falta de productividad en el trabajo.

Para Maslach la primera dimensión en aparecer, desde el punto de vista temporal, es el Agotamiento Emocional, posteriormente, y de un modo secuencial, aparecería la Despersonalización y por último se desarrollaría la tercera dimensión, o falta de Realización Personal, pero en este caso el desarrollo sería simultánea en vez de secuencial. Estos autores realizaron un análisis de todo lo estudiado hasta el momento sobre este síndrome y afirmaron que se existían varias fases a lo largo de su historia.

En la primera fase, aparecieron los artículos iniciales, basados en la experiencia de la gente que trabajaba en servicios humanos y ocupaciones relacionadas con el campo de la salud. En la segunda fase (fase empírica), se comenzaron a realizar trabajos cuantitativos del Burnout, utilizando el MBI y estudiando profesionales de otros campos, como los profesores. Más tarde, el estudio del Burnout se amplió a otras profesiones como gerentes, administrativos, militares, etc. Además se emplearon modelos estructurales en la investigación del síndrome, para así poder estudiar diversos factores que influían en el mismo y sus consecuencias de forma simultánea. Posteriormente, se empezaron a realizar estudios longitudinales sobre el Burnout.

En España, en 1989 los autores Gervás y Hernández denominaron al síndrome de Burnout enfermedad de Tomás y en 1998, Vega y colaboradores, se refirieron al mismo concepto definido por Maslach y Jackson como síndrome de desgaste profesional, término muy utilizado en los numerosos estudios sobre este tema realizados en nuestro país [9, 10].

En 1999, Mingote Adán y Pérez Corral definen el síndrome de desgaste profesional como “la consecuencia de un fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas que requiere el trabajo con personas. Se produciría un desbalance prolongado, habitualmente no reconocido y mal resuelto, entre unas excesivas demandas laborales, que exigen un esfuerzo crónico, y unos limitados recursos de afrontamiento [11]. Para estos autores, el síndrome de desgaste profesional se caracteriza por una serie de factores, como es la presencia de síntomas desagradables, especialmente de Agotamiento Emocional, incluyéndose también la aparición de alteraciones conductuales (Despersonalización en la relación con el enfermo) como evasividad, absentismo o conductas adictivas, y son frecuentes los síntomas físicos de estrés, como cansancio y malestar general. En este síndrome aparece también una inadaptación al trabajo con sentimientos de baja Realización Personal y disminución del rendimiento laboral, con desmotivación y desinterés. Pedro Gil-Monte y Jose María Peiró proponen una serie de modelos psicosociales para el estudio del Burnout y lo definen como una respuesta al estrés laboral percibido que surge de un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales no son eficaces para reducir ese estrés percibido. Esta respuesta supone una variable entre el estrés percibido y sus consecuencias y se inicia con el desarrollo conjunto de baja Realización Personal

en el trabajo y altos sentimientos de Agotamiento Emocional. Las actitudes de Despersonalización que siguen se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales ante la experiencia crónica de baja Realización Personal en el trabajo y Agotamiento Emocional. Esta perspectiva integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales [12].

Otro autor español, Ramón Ferrer, define el síndrome de Burnout como “una respuesta inadecuada al estrés laboral crónico, que aparece cuando fallan las estrategias de control y afrontamiento sobre la propia actividad, generando actitudes negativas hacia las personas con las que se trabaja (pacientes y compañeros) y hacia el propio rol profesional, con sensación de agotamiento desproporcionado”. Para este autor el síndrome suele aparecer en organizaciones de servicio, y se caracteriza por estrés crónico progresivo que aparece a lo largo de uno a tres años. Afirma también que suele generarse por elementos de carácter cualitativo y menos por la sobrecarga cuantitativa de trabajo, y que existe una alta motivación por su tarea entre las personas afectadas. Además Ferrer expone que el síndrome de Burnout suele desarrollarse en tres fases: una fase inicial en la que aparece un agotamiento físico y mental injustificado, una segunda fase en la que se observan sentimientos de aislamiento o falta de implicación en el trabajo y su entorno, y una tercera fase en la que se desarrollan cuadros de ansiedad o depresión, disminuyendo la propia estima personal y profesional [13].

No obstante, existen otras definiciones que no son tan conocidas [14, 15, 16, 17, 18]] pero que ayudan a entender mejor el síndrome de estar quemado en toda su amplitud. El síndrome de estar quemado ha sido definido como un síndrome de agotamiento físico y emocional que implica el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, pobre autoconcepto, y pérdida del interés por los clientes, no existe una definición unánimemente aceptada del síndrome de desgaste profesional o Burnout, pero sí parece haber consenso en considerarlo una respuesta al estrés laboral crónico con connotaciones negativas ya que implica consecuencias nocivas para el individuo y para la institución en la que éste trabaja [19]. En general, todos ellos coinciden en señalar que el Síndrome de Burnout es un proceso que surge como respuesta al estrés laboral crónico y por lo tanto está vinculado al entorno laboral.

1.2 BURNOUT COMO PROCESO DE ESTRÉS CRÓNICO

El síndrome de estar quemado (SQT) o Burnout como proceso de estrés laboral crónico:

Aparece porque el trabajador se ve desbordado y se percibe impotente para hacer frente a los problemas que le genera su entorno laboral, en especial su entorno social. Los individuos se sienten desgastados y agotados por la percepción continuada de presión en su trabajo. Es una patología que tiene su origen en el entorno, no en el individuo. En consecuencia, la prevención debe ir dirigida prioritariamente a modificar el entorno laboral.

Es un proceso que se desarrolla de manera progresiva. Su progreso está vinculado a la utilización de estrategias de afrontamiento, más o menos funcionales, por parte del individuo con las que intenta autoprotegerse del estrés laboral derivado de sus relaciones con los clientes de la organización y, en general, con su contexto de trabajo parece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que habitualmente emplea el individuo para manejar los estresores laborales y se comporta como variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias (Figura 1). En los modelos de estrés laboral las respuestas al estrés se sitúan como variables mediadoras entre el estrés y sus consecuencias o efectos a más largo plazo. Así, el síndrome de quemarse por el trabajo es considerado un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias del estrés de forma que, si permanece a lo largo del tiempo, el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para el individuo, en forma de enfermedad o falta de salud con disfunciones conductuales, psicológicas, fisiológicas, alteraciones psicósomáticas y repercusiones nocivas para la organización, en numerosas ocasiones destaca este modelo elaborado para explicar el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo, y cómo progresan sus síntomas en los profesionales [20].

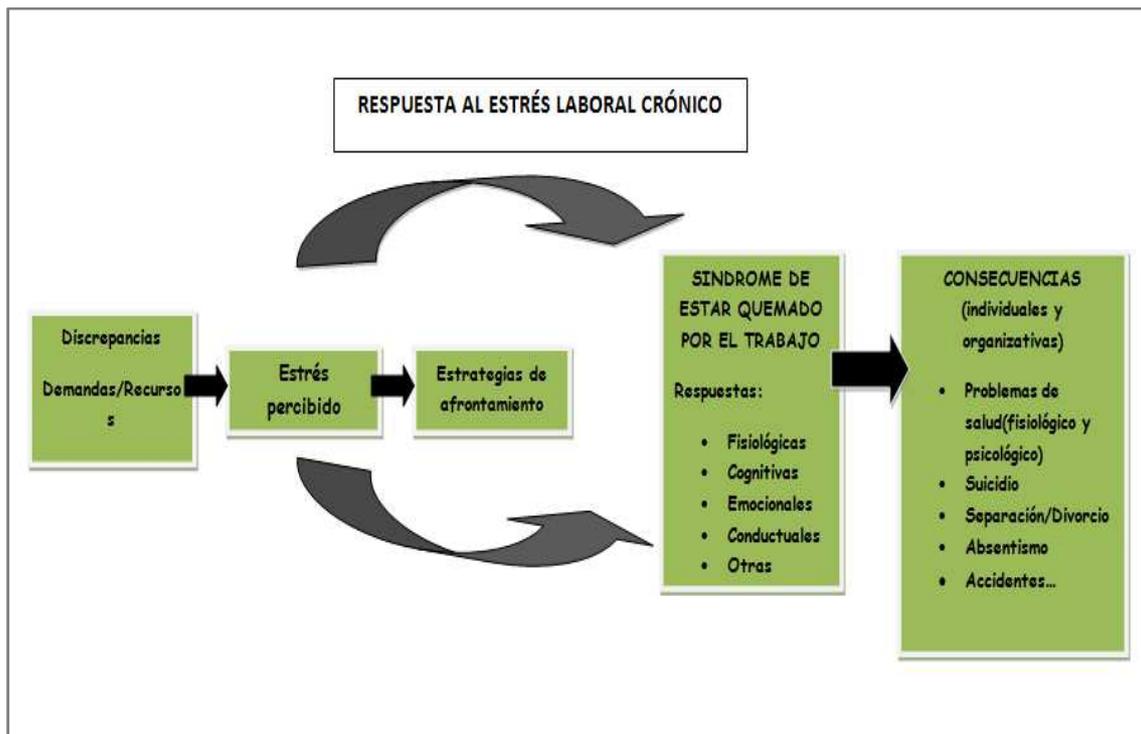


Figura 1: Modelo para integrar el síndrome de quemarse por el trabajo dentro del proceso de estrés laboral. (Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1998)

1.3 FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE BURNOUT

En las investigaciones se han evidenciado múltiples causas del síndrome. Estos desencadenantes son aquellas demandas nocivas, cualitativa o cuantitativamente, que impactan sobre el trabajador, independientemente de las características individuales de la persona.

Estas características personales de ningún modo pueden ser la causa del riesgo, sino que, en todo caso, son factores a tener en cuenta a la hora de adaptar el trabajo a la persona. De no corregir o proteger al sujeto de la exposición a las condiciones de trabajo de riesgo, estas pueden determinar en síndrome de estar de quemado, si no lo remedia la resistencia o recursos personales o sociales de la propia persona. El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) hace una clasificación que permite identificar tres grupos de estresores susceptibles de desencadenar este SQT (ver Figura2) [21].

1. Factores de riesgo a nivel de la organización:

- Estructura de la organización muy jerarquizada y rígida.
- Falta de apoyo instrumental por parte de la organización.
- Exceso de burocracia, “burocracia profesionalizada”.
- Falta de participación de los trabajadores.
- Falta de coordinación entre las unidades.
- Falta de formación práctica a los trabajadores en nuevas tecnologías.
- Falta de refuerzo o recompensa.
- Falta de desarrollo profesional.
- Relaciones conflictivas en la organización.
- Estilo de dirección inadecuado.
- Desigualdad percibida en la gestión de los RRHH.

2. Factores de riesgo relativos al diseño del puesto:

- Sobrecarga de trabajo.
- Altas exigencias emocionales en la interacción con el cliente.
- Descompensación entre responsabilidad y autonomía.
- Falta de tiempo para la atención del usuario (paciente, cliente, etc.).
- Disfunciones de rol: conflicto-ambigüedad- sobrecarga de rol.
- Carga emocional excesiva.
- Falta de control de los resultados de la tarea.
- Falta de apoyo social.

•Tareas inacabadas que no tienen fin.
•Poca autonomía decisional.
•Estresores económicos.
•Insatisfacción en el trabajo.
3. Factores de riesgo relativos a las relaciones interpersonales:
•Trato con usuarios difíciles o problemáticos.
•Relaciones conflictivas con clientes.
•Negativa dinámica de trabajo.
• Relaciones tensas, competitivas, con conflictos entre compañeros y con usuarios.
•Falta de apoyo social.
•Falta de colaboración entre compañeros en tareas complementarias.
•Proceso de contagio social del SQT.
•Ausencia de reciprocidad en los intercambios sociales

Figura 2: Grupos de estresores susceptibles de desencadenar SQT [1]

Por otra parte, hay que tener en cuenta dos elementos asociados a la hora de gestionar el riesgo: las características individuales y los cambios supraorganizativos que se producen. Otros factores que influyen en el desarrollo del síndrome están relacionados con las características personales del trabajador (alto grado de altruismo, idealismo y empatía, elevado grado de perfeccionismo, muy constantes, con baja autoestima, tendencia a la sobreimplicación emocional, patrón de conducta de tipo A, etc.) e incluso, con cambios supraorganizativos (aparición de nuevas tecnologías, trabajo emocional, pérdida de estatus o prestigio social, aparición de nuevas leyes que impliquen cambios estatutarios y de ejercicio de la profesión, cambios socioculturales: “la sociedad de la queja”, etc.) .

Los elementos que se detallan a continuación (Figura3) sin ser una relación exhaustiva, hay que considerarlos sólo a efectos de cumplir la obligación empresarial de adaptar el trabajo a la persona y no en relación a la causalidad del riesgo, en términos de PRL. Se dice que cualquier profesional o trabajador con una gran vocación, que se entrega a su profesión, con altos niveles de idealismo profesional y que desarrolla su trabajo centrado en el trato hacia los demás puede desarrollar el SQT. Ahí no residen las causas de las nocivas consecuencias para la salud que tiene desarrollar el SQT, sino que son los riesgos organizativos, de diseño del puesto y de exigencias del servicio en las interacciones las que desencadenan e incrementan el daño a la salud si no se protege al individuo.

CARACTERÍSTICAS PERSONALES

- **Alta motivación para la ayuda: grado de altruismo**
- **Alto grado de idealismo**
- **Alto grado de empatía**
- **Elevado grado de perfeccionismo**
- **Constancia en la acción**
- **Baja autoestima**
- **Reducidas habilidades sociales**
- **Tendencia a la sobre implicación emocional**
- **Patrón de conducta de tipo A**
- **Locus de control externo**
- **Baja autoeficacia**

CAMBIOS SUPRAORGANIZATIVOS

- **Cambios tecnológicos que implican un aumento de las demandas cuantitativas y cualitativas en el servicio a la población usuaria**
- **Cambios en la concepción del trabajo: el trabajo emocional**
- **Aparición de situaciones que impliquen pérdida de estatus o prestigio**
- **Aparición de nuevas leyes que impliquen cambios estatutarios y de ejercicio de la profesión**
- **Cambios en la cultura de la población usuaria, "la sociedad de la queja"**
- **Cambios en los programas de servicio**
- **Cambios en los procedimientos, tareas o funciones del trabajo**

- **Cambios en los perfiles demográficos de la población usuaria y que requiere de un cambio de roles**

Figura 3: Elementos asociados a la hora de gestionar el riesgo [21]

1.4 DESARROLLO DEL SINDROME EN ETAPAS:

Dentro del proceso de Burnout, integrando los diversos estudios que describen la transición por etapas del SQT, podemos destacar cinco fases en el desarrollo del síndrome:

- Fase inicial, de entusiasmo se experimenta, ante el nuevo puesto de trabajo, entusiasmo, gran energía y se dan expectativas positivas. No importa alargar la jornada laboral.
- Fase de estancamiento: No se cumplen las expectativas profesionales. Se empiezan a valorar las contraprestaciones del trabajo, percibiendo que la relación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada. En esta fase tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos (estrés); por tanto, definitiva de un problema de estrés psicosocial. El profesional se siente incapaz para dar una respuesta eficaz.
- Fase de frustración: Se puede describir una tercera fase en la que la frustración, desilusión o desmoralización hace presencia en el individuo. El trabajo carece de sentido, cualquier cosa irrita y provoca conflictos en el grupo de trabajo. La salud puede empezar a fallar y aparecer problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.
- Fase de apatía En la cuarta fase se suceden una serie de cambios actitudinales y conductuales (enfrentamiento defensivo) como la tendencia a tratar a los clientes de forma distanciada y mecánica, la anteposición cínica de la satisfacción de las propias necesidades al mejor servicio al cliente y por un enfrentamiento defensivo-evitativo de las tareas estresantes y de retirada personal. Estos son mecanismos de defensa de los individuos.

- Fase de quemado: Colapso emocional y cognitivo, fundamentalmente, con importantes consecuencias para la salud. Además, puede obligar al trabajador a dejar el empleo y arrastrarle a una vida profesional de frustración e insatisfacción. Esta descripción de la evolución del SQT tiene carácter cíclico. Así, se puede repetir en el mismo o en diferentes trabajos y en diferentes momentos de la vida laboral [21].

1.5 CAUSAS DE BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO: COLECTIVO ENFERMERO

Las causas que producen síndrome de Burnout se pueden clasificar en dos grandes grupos: factores laborales y características propias de la personalidad del individuo. Tanto en nuestro medio como a nivel mundial, se han investigado las causas del Burnout en muchas profesiones, a continuación describiremos algunas de las características de las mismas en el colectivo enfermero, las podemos dividir en tres grandes grupos según la literatura y así hablaremos de: factores de la personalidad, características sociodemográficas y causas laborales.

Las características de la personalidad que se han asociado con el síndrome de desgaste profesional en personal sanitario han sido fundamentalmente la personalidad neurótica [8], que incluye ansiedad, hostilidad, depresión y vulnerabilidad, también se ha relacionado con el Burnout a las personas con locus de control externo, el patrón de conducta tipo A, la extraversión, la rigidez, la dureza, independencia, afabilidad, estabilidad, autosuficiencia, perfeccionismo, tensión...

En cuanto a las características sociodemográficas que influyen en la aparición del Burnout en personal de Enfermería, el sexo, edad, estado civil y la presencia de hijos no hay una tendencia clara en cuanto a la aparición de mayor o menor aparición de desgaste profesional según la literatura. Tampoco hay acuerdos entre Burnout y la antigüedad en la profesión y en el puesto de trabajo [22, 23, 47].

En cuanto a factores laborales que influyen en la aparición del síndrome de Burnout en personal sanitario, vamos a diferenciar varios grupos de causas:

En primer lugar hay que citar la sobrecarga como causa de Burnout, que se relaciona fundamentalmente con la dimensión de cansancio emocional.

En nuestro medio, la sobrecarga laboral en personal sanitario es considerada un factor de riesgo psicosocial importante, posiblemente sea debida a la masificación y a la fuerte presión asistencial para reducir las listas de espera, y puede estar causada por una mala organización de los servicios sanitarios, generalmente con falta de personal tanto sanitario como no sanitario. Por tanto, existe falta de tiempo para el desarrollo de las actividades clínicas, que se hace especialmente patente cuando se trata de compatibilizar la actividad asistencial con otras de gestión, docencia e investigación [24].

También hay que considerar el trato con pacientes y la familia como una causa importante de Burnout en profesionales sanitarios en general y más concretamente el personal enfermera ya que son profesionales, en los que el contacto con el sufrimiento y con la muerte de los pacientes constituye otro factor de riesgo psicosocial de gran importancia, que además es considerado por los facultativos de una forma diversa. Así, una gran parte de los mismos considera que el trabajar con el sufrimiento físico es algo inherente a su profesión, aunque no por ello deje de afectarles. Para la mayoría, el sufrimiento y la muerte constituyen una característica de su trabajo a las que se acostumbran a medida que adquieren mayor edad y experiencia profesional. En todos los casos, una de las actitudes más generalizadas es establecer una distancia suficiente con la situación del paciente, para así poder desarrollar una relación asistencial de calidad [24].

Otro aspecto a tener en cuenta es la motivación en el medio laboral, es decir, las recompensas que el profesional sanitario recibe de acuerdo con el trabajo realizado. Se incluyen tanto el reconocimiento social, como las recompensas financieras (el salario) y las recompensas intrínsecas. El reconocimiento social, es decir, el reconocimiento del trabajo por parte de la dirección, de los compañeros de trabajo y de los pacientes está relacionado con el Burnout, y así se ha visto como los profesionales que presencian su labor poco reconocida por jefes y pacientes tienen peores puntuaciones en las tres subescalas del síndrome de desgaste profesional [25]. Ocurre lo mismo cuando existe una inadecuada motivación intrínseca, es decir, cuando hay un grado bajo de identificación con el centro de trabajo. En cuanto al salario, no es lo más importante para motivar al profesional de la salud, no obstante, un salario bajo, no adecuado con la

responsabilidad de estos profesionales, así como unas condiciones laborales y organizativas que no faciliten el desarrollo profesional son factores a tener en cuenta para la aparición del Burnout en personal enfermero.

Otro de los factores laborales que se ha descrito como causa del Burnout es la ausencia de apoyo social. Nos referimos al apoyo social en cuanto al entramado de relaciones sociales que complementan los recursos personales para el desarrollo del afrontamiento adaptativo en situaciones de necesidad, e incluye tanto a los vínculos informales, amigos y familiares, como a los vínculos formales, jefes, supervisores y compañeros de trabajo. Así, se ha observado que existe una correlación entre las tres dimensiones del síndrome de Burnout y los estilos de supervisión en el puesto de trabajo, de forma que la presencia del jefe es necesaria y su estilo de dirección y liderazgo tiene repercusiones sobre el desarrollo de este síndrome en sus empleados. El apoyo social por parte de familiares y amigos es fundamental para prevenir la aparición del Burnout. También son importantes las relaciones de compañerismo basadas en el trabajo en equipo, ya que con ayuda de los demás el profesional afronta mejor las demandas laborales [26].

También influyen en la aparición del síndrome de desgaste profesional en personal sanitario la imparcialidad y el conflicto de valores. Es importante que los profesionales de la salud perciban la existencia de imparcialidad en su lugar de trabajo. Imparcialidad en cuanto a la igualdad en el reparto de las tareas y en cuanto a las evaluaciones y promociones del personal. La carencia de parcialidad a nivel laboral se relaciona con la aparición de dos dimensiones del Burnout, el cansancio emocional y el cinismo.

En lo relativo al conflicto de valores, en algunas ocasiones el personal sanitario se puede ver obligado a realizar actividades poco éticas, en desacuerdo con sus valores, pudiendo existir un desajuste entre las aspiraciones personales para su carrera profesional y los valores de la organización.

Otro aspecto a tener en cuenta es la carencia de tiempo para atender de forma adecuada a los pacientes. Este es un factor que a menudo produce malestar en el profesional de Enfermería, ya que se deja de hacer una serie de actividades que saben que son imprescindibles para realizar una atención de calidad a sus pacientes.

Por último, en este grupo de causas de Burnout relacionadas con el ámbito laboral hemos de incluir el tipo de servicio sanitario, y los aspectos relacionados con el mismo.

Clásicamente se han asociado mayores niveles del síndrome del quemado en la profesión de Enfermería, especialmente los que trabajan con pacientes graves o terminales, que como ya hemos comentado son los que exigen mayores demandas emocionales [27, 28, 29].

1.6 CONSECUENCIAS DE (SQT) O BURNOUT

Las experiencias de estrés provocan en el individuo respuestas fisiológicas, cognitivo-afectivas y conductuales que, si se mantienen en el tiempo, ocasionan alteraciones en su adaptación.

En las consecuencias del estrés asociadas al Burnout podemos diferenciar las que se derivan para el propio individuo y las que se derivan para la organización.

1. Consecuencias para el individuo

Desde la perspectiva individual producen un deterioro de la salud de los profesionales y de sus relaciones interpersonales fuera del ámbito laboral.

Según Gil-Monte y Peiró [20] las consecuencias a nivel individual si identifican con una sintomatología que integran en cuatro grandes grupos en función de sus manifestaciones, como son:

Emocionales, actitudinales, conductuales y psicósomáticos. En las emocionales son manifestaciones de los sentimientos y emociones, mientras que las actitudinales hace referencia a las actitudes o posicionamientos que el sujeto toma como reacción a la influencia del síndrome, y que son el sostén cognitivo de las conductas que se manifiestan en las relaciones interpersonales identificadas en las manifestaciones psicósomáticas. Estos tres índices enmarcan el aspecto emocional y el cognitivo-conductual que se desprenden de la aparición del síndrome.

Por otro lado, el grupo de manifestaciones psicósomáticas es amplio y de persistir la situación estresante, podría desembocar en la instauración de patología somática. Las manifestaciones psicósomáticas ya se describieron anteriormente. En cuanto a las consecuencias sobre las relaciones interpersonales extralaborales, Maslach (1982)

señala que las repercusiones del Burnout no terminan cuando el sujeto deja el trabajo, por el contrario afecta a su vida privada, pues las actitudes cínicas y de desprecio impactan fuertemente sobre su familia y amigos, mostrándose irritable e impaciente pudiendo derivar en conflictos con la pareja e incluso en la separación, además estas personas afectadas desean estar solas incluso se alejan de sus familias.

1. Consecuencias para la organización

Entre las consecuencias más importantes que repercuten en la organización podemos destacar:

- Disminución de la satisfacción laboral.
- Elevación del absentismo laboral.
- Abandono del puesto y/o organización.
- Baja implicación laboral
- Bajo interés por las actividades laborales.
- Deterioro de la calidad del servicio.
- Incremento de los conflictos interpersonales con los supervisores, compañeros y usuarios.
- Aumento de la rotación laboral o incremento de accidentes laborales.

Se ha visto que existe una relación directa entre Burnout y mayor número de errores en el trabajo, conductas más deshumanizadas, recriminaciones y niveles de compromiso organizacional más bajo.

El entorno laboral y el clima de sensibilidad hacia los problemas psicosociales que ocasionan la aparición de estrés laboral propiciado por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, ha permitido que el síndrome de estar quemado haya sido considerado accidente de trabajo, recogido como “síndrome de desgaste personal o de Burnout, trastorno adaptativo crónico con ansiedad como resultado de la interacción del trabajo o situación laboral en sus características personales”.

1.7 CONDUCTA A SEGUIR

Las estrategias de intervención para la prevención y tratamiento del síndrome de quemarse por el trabajo pueden ser agrupadas en tres categorías: estrategias individuales, estrategias grupales y estrategias organizacionales (Gil-Monte y Peiró, 1997):

En el nivel individual, el empleo de estrategias de afrontamiento de control o centradas en el problema previene el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo. Por el contrario, el empleo de estrategias de evitación o de escape facilita su aparición. Dentro de las técnicas y programas dirigidos a fomentar las primeras se encuentran el entrenamiento en solución de problemas, el entrenamiento de la asertividad, y del entrenamiento para el manejo eficaz del tiempo. También pueden ser estrategias eficaces olvidar los problemas laborales al acabar el trabajo, tomar pequeños momentos de descanso durante el trabajo, y marcarse objetivos reales y factibles de conseguir. Desarrollo de conductas que eliminen la fuente de estrés o neutralicen las consecuencias negativas del mismo. Aumentar y conservar las amistades con interacciones satisfactorias y emotivas, delegar responsabilidades, no creerse indispensable, solicitar ayuda cuando el trabajo es excesivo o cuando no se está preparado para afrontarlo, compartir los problemas laborales, las dudas y opiniones con los compañeros.

En el nivel grupal e interpersonal el empleo de estrategias de prevención e intervención pasan por fomentar por parte de los compañeros el apoyo social: los individuos obtienen nueva formación, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen, obtienen refuerzo social y retroinformación sobre la ejecución de las tareas, y consiguen apoyo emocional, consejos, u otros tipos de ayuda. Pines define seis formas de ofrecer apoyo: escuchar al sujeto de forma activa, dar apoyo técnico, crear necesidades y pensamiento de reto, desafío y creatividad, apoyo emocional y apoyo emocional desafiante, participar en la realidad social del sujeto confirmando o cuestionándole las creencias sobre sí mismo, autoconcepto, autoeficacia y autoestima [30] .

En la Figura 4, se muestra como el foco de la intervención puede centrarse en el empleado o en la organización.

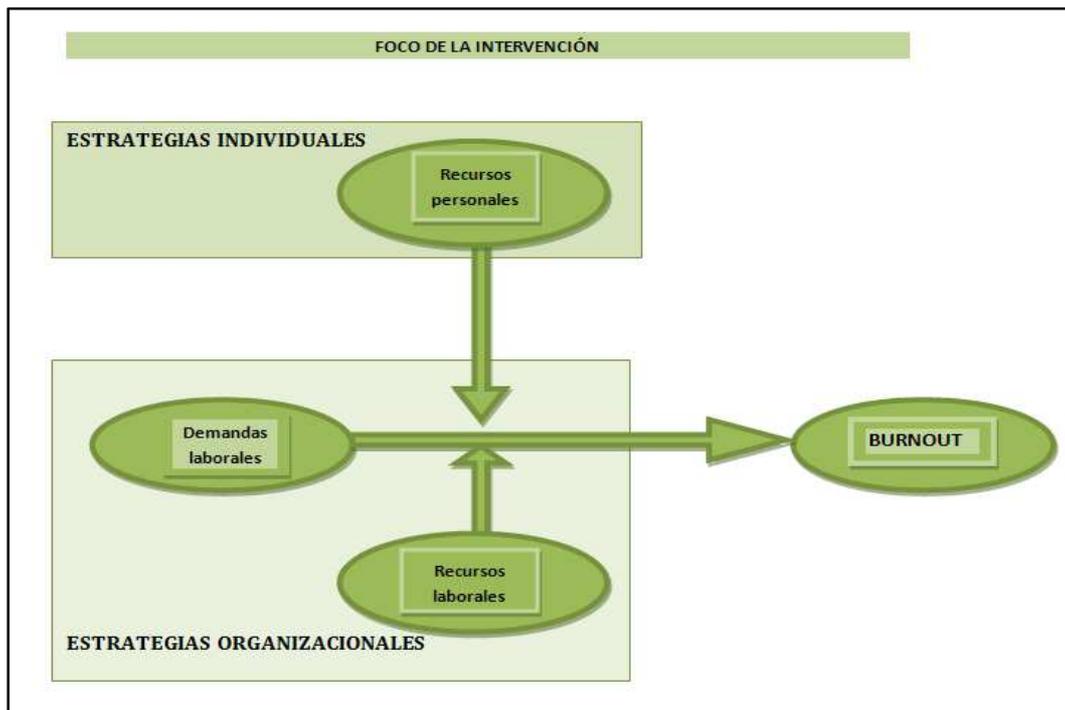


Figura4: Modelo intervencion centrada a nivel individual y organización, fuente de elaboración propia

Es importante considerar el apoyo social formal e informal en la prevención del Burnout, pues mientras los contactos de carácter informal previenen el desarrollo del síndrome, los formales pueden llegar a incrementarlo, dado que suponen mayor carga e implicación laboral. Otro aspecto importante es que a largo plazo, el apoyo social, puede crear dependencia de los demás, baja autoestima y sentimientos de inferioridad. Con relación a las estrategias para su implantación, el apoyo social en el trabajo puede venir, básicamente, de los compañeros y de los supervisores, pero uno de los elementos más importantes son los grupos informales.

El objetivo primordial de los grupos de apoyo es la reducción de los sentimientos de soledad y Agotamiento Emocional de los profesionales, el incremento del conocimiento, la ayuda para desarrollar formas efectivas de tratar los problemas y la facilitación de un trabajo más confortable.

Otra forma de desarrollar el apoyo social en el trabajo es fomentar y entrenar a los compañeros y a los supervisores en dar retroinformación, mediante la cual se les informa sobre cómo son percibidos, y vividos sus modos de comportamiento. En el diagnóstico precoz son los primeros en darse cuenta, antes que el propio interesado, son

una importante fuente de apoyo, son quien mejor nos comprenden ya que pasan por lo mismo; por el contrario, cuando las relaciones son malas, contribuyen a una rápida evolución del Burnout.

Por último, el desarrollo organizacional es un proceso que busca mejorar las organizaciones a través de esfuerzos sistemáticos y planificados a largo plazo, focalizados en la cultura organizacional, y en los procesos sociales y humanos de la organización. El objetivo es mejorar los procesos de renovación y de solución de problemas de una organización mediante una gestión de la cultura organizacional más eficaz y colaborativa. El énfasis del desarrollo organizacional se sitúa en los equipos formales de trabajo [20].

OBJETO/FOCO	ESTRATEGIAS INDIVIDUALES	ESTRATEGIAS ORGANIZACIONALES
DIAGNÓSTICO/IDENTIFICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> AUTO-DIAGNOSTICO 	<ul style="list-style-type: none"> AUDITORIA DE SALUD PSICOSOCIAL COMPROBACION DE LOS NIVELES DE BURNOUT
PREVENCION PRIMARIA	<ul style="list-style-type: none"> GESTION DE TIEMPO ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES 	<ul style="list-style-type: none"> MEJORA DE CONTENIDO DEL PUESTO PLANIFICACIÓN TEMPORAL
PREV.SECUNDARIA	<ul style="list-style-type: none"> GRUPOS DE APOYO TUTORIZACIÓN Y CONSULTA 	<ul style="list-style-type: none"> PROGRAMAS DE ACOGICA A NUEVOS EMPREADOS DESARROLLO ORGANIZACIONAL
PREV.TERCIARIA	<ul style="list-style-type: none"> ORIENTACION TRATAMIENTO PCICOTERAPEUTICO 	<ul style="list-style-type: none"> INSTITUCIONALIZACIÓN DE SERVICIOS

Figura 5: Modelos de intervención, elaboración propia.

Algunos autores y profesionales implicados en la gestión de recursos humanos en el ámbito de la sanidad, y en especial a los profesionales de Enfermería definen programas de formación como estrategias de prevención y tratamiento como primera medida para evitar la aparición del síndrome, determinando su implantación de manera sistemática en todas las organizaciones en las que existan profesionales o grupos de riesgo susceptibles de desarrollar el síndrome de quemarse por el trabajo.

Cuando el objetivo de la intervención (es decir, identificación, prevención primaria, prevención secundaria y tratamiento), se combina con el foco de atención de la intervención (es decir, individuo u organización), el resultado es una matriz como la que se muestra en la Figura 5, se presentan algunos ejemplos tanto de intervenciones individuales como de organizacionales.

2 JUSTIFICACIÓN

Numerosas investigaciones ponen de manifiesto el denominado síndrome de Burnout o síndrome de estar quemado como una enfermedad que afecta especialmente al personal sanitario, más concretamente al personal de Enfermería [31, 32, 33, 34, 35].

En este sentido podemos justificarlo por el mero hecho de ser “profesiones de ayuda” caracterizadas por abarcar la totalidad de la persona.

La actividad que desarrollan los profesionales de Enfermería comporta un compromiso personal y una interacción directa con las personas a las que están atendiendo y, por tanto, suelen trabajar con los aspectos más intensos del cuidado del paciente (sufrimiento, ira, frustración, miedo, dolor, muerte...) además inciden especialmente estresores tales como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios, falta de especificidad de funciones y tareas lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, etc.

Todo ello, sumado a pequeñas, medianas o grandes dosis diarias, puede hacer que dicho colectivo tenga una predisposición a experimentar un cierto grado de desgaste profesional que puede conducir a la manifestación de actitudes y sentimientos desfavorables tanto para el profesional como para la persona a la que ofrece su servicio.

Este síndrome deviene en una serie de efectos fisiológicos, psicológicos, emocionales y conductuales, entre los que tenemos falta de apetito, cansancio, insomnio, dolor de cuello, dolor de cabeza, cambios negativos en la actitud, irritabilidad, aumento de relaciones conflictivas con los demás compañeros de trabajo, absentismo laboral, aumento de conductas violentas y de comportamientos de riesgo relacionadas con el

control de impulsos, conflictos familiares, entre otros efectos que si no se tratan a tiempo pueden ocasionar alteraciones de adaptación del trabajador y repercutir en el aspecto personal y familiar. A pesar de conocer que la salud mental es importante porque es la aptitud que nos ayuda a afrontar y adaptarse a las repetidas situaciones estresantes de la vida de un modo aceptable, el Síndrome de Burnout en la actualidad se presenta como una enfermedad que por lo general pasa desapercibido por las autoridades y los trabajadores de las empresas considerándolo sólo como “estrés”, de allí la poca importancia que se le viene dando a este aspecto a nivel funcional y operativo.

2.1 MARCO TEÓRICO

En España la necesidad de estudiar el síndrome de quemarse por el trabajo se justifica por razones jurídicas. “La Directiva Marco de la Unión Europea en materia de Salud y Seguridad (89/391/CEE) y la normativa comunitaria en materia de prevención de riesgos laborales ha sido llevada a cabo en España mediante la aprobación de la actual Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, B.O.E. 10-11-1995), 11 aplicable a todo el ámbito del Estado”. Esta ley, al reconocer la organización y ordenación del trabajo como condiciones de trabajo susceptibles de producir riesgos laborales ha recogido el interés de académicos y profesionales en la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo, y está fomentando una cultura y una sensibilidad en el mundo laboral que enfatiza la necesidad de identificar estos riesgos y prevenirlos, incluyendo el estrés laboral y sus resultados, entre los que se encuentra el síndrome de quemarse por el trabajo.

La necesidad de estudiar el síndrome de quemarse por el trabajo viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral, así como el hincapié que las organizaciones vienen haciendo sobre la necesidad de preocuparse más de la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados. En la actualidad resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva tiene repercusiones sobre la organización.

Este clima de sensibilidad hacia los problemas psicosociales del entorno laboral susceptibles de originar la aparición de estrés laboral y de sus patologías asociadas ha permitido que el síndrome de quemarse por el trabajo haya sido considerado accidente de trabajo en España.

Además, existe evidencia científica que indica que el grupo ocupacional que presenta mayor índice de Burnout es el personal de Enfermería. La profesión de Enfermería es una ocupación que por sus singulares características (escasez de personal que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, relación con pacientes y familiares problemáticos, contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, falta de reconocimiento profesional, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, etc.) genera estrés laboral crónico en consecuencia afecta por un lado al paciente y a los cuidados que recibe y a la organización aumentando el absentismo laboral y por consiguiente la sobrecarga de trabajo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ya alerta que es la insatisfacción del personal de Enfermería la que hace que cada vez abandonen más la profesión [36].

Son numerosos estudios los que afirman que la presencia continua de estrés, además disminuye las habilidades para realizar el trabajo y provoca problemas de salud desencadenando en Burnout teniendo consecuencias nocivas por tanto en la organización y el cuidado del paciente [37, 38].

2.2 ROL DE ENFERMERÍA

El rol de la enfermera debe ser el de un profesional autónomo en el cuidado de la salud que coordine la atención compleja a los pacientes y sus familias, y que asuma el rol de líder en el equipo multidisciplinario de atención sanitaria. Además requiere de una valoración y unas habilidades de intervención sofisticadas, habilidades de coordinación y de manejo del cuidado, y una relación íntima entre la enfermera y el paciente.

Las enfermeras poseen habilidades para la valoración, el asesoramiento, el apoyo, la educación y la coordinación necesaria para cuidar al paciente en diversos ámbitos, además debe aprovechar las capacidades sensoriales existentes y facilitar el desarrollo del anciano a lo largo de su adaptación. Como profesionales del sistema de salud que

brindan cuidados directos, los enfermeros(as) de cualquier hospital pueden asistir al paciente con cambios en estilos de vida, facilitándoles oportunidades y estrategias educacionales que favorezcan el autocuidado. Para ello la enfermera hace uso de las teorías de Enfermería entre la que destacaremos una, con el fin de comprender mejor el rol que se desempeña en el contexto hospitalario:

La Teoría del Autocuidado de Dorotea Orem, para ella la Enfermería debe identificar las capacidades potenciales de autocuidado del individuo para que ellos puedan satisfacer sus necesidades de autocuidado con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus efectos. El foco de Enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta de Enfermería es eliminar el déficit entre las capacidades de autocuidado y la demanda [39].

Los problemas de Enfermería son la deficiencia de los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y desviaciones en la salud. Los cuidados de Enfermería se orientan en sistemas de Enfermería compensatorio total (la enfermera realiza todo el autocuidado del paciente); sistema compensatorio parcial (enfermera y paciente realizan el autocuidado) y el sustentador educativo (la enfermera ayuda a superar cualquier limitación en el autocuidado).

En la Figura 6 podemos ver como se define el Rol de Enfermería por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería.

Define la salud como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales.

Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones, por tanto concluye en Enfermería como sinónimo de cuidado. El objetivo de la disciplina, es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico” [39].

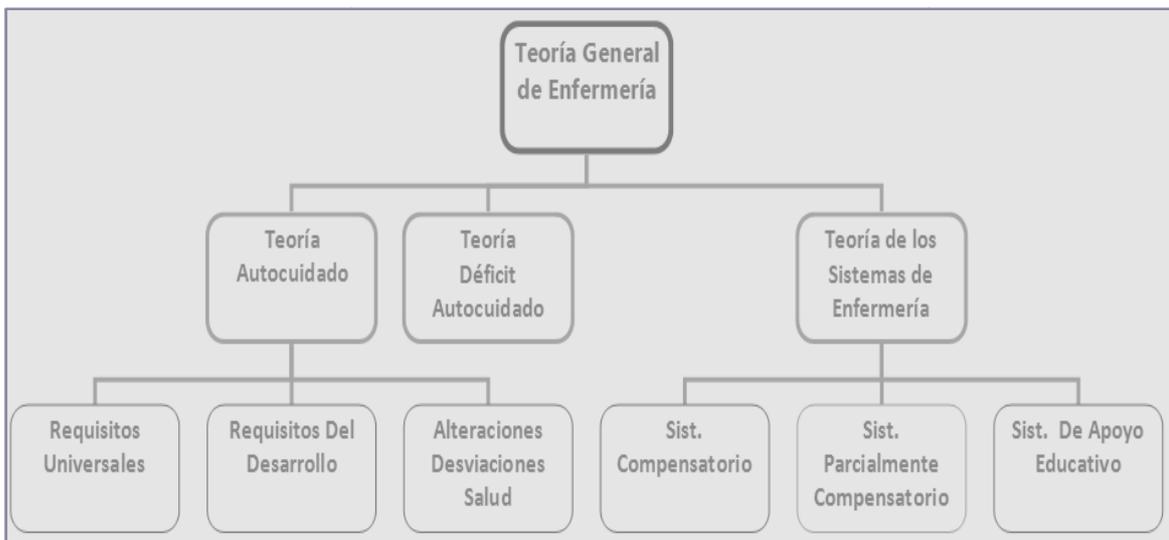


Figura 6: Organigrama conceptual Teoría General de Enfermería según Dorothea Orem.

2.3 OBJETIVOS

Por todo lo anteriormente expuesto, la finalidad de este trabajo es describir la prevalencia de desgaste profesional que presenta el personal de Enfermería en un hospital comarcal y determinar qué factores influyen en la génesis de la organización y si se asemeja a los resultados que nos encontramos en la literatura.

El objetivo general de este trabajo será evaluar la prevalencia de desgaste profesional entre el personal de Enfermería de un Hospital Universitario comarcal tras años de ejercicio.

Los objetivos específicos serán:

1. Determinar el Síndrome Burnout mediante la Encuesta Maslach Burnout Inventory (MBI) que mide el Agotamiento Emocional, la Despersonalización y la Realización Personal en el trabajo, además de analizar las tres dimensiones por separado.
2. Identificar factores que puedan estar influyendo en la aparición de este síndrome en nuestra población de estudio.

CAPITULO II: MATERIAL Y METODO

2.1. DISEÑO

La metodología utilizada para la realización del estudio y consecución del objetivo general fue la siguiente:

Se ha diseñado y realizado un estudio de investigación observacional, prospectivo y transversal definiendo la percepción del personal de Enfermería en relación con su desgaste profesional. Las variables han sido estudiadas en una sola oportunidad durante el tiempo que ha durado, sin efectuarse seguimiento.

Para la recogida de datos se utilizó el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) que mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, Despersonalización y Realización Personal.

Se han recogido también las variables sociodemográficas, según un modelo de cuestionario diseñado para el estudio, con la finalidad de obtener información relacionada y datos que puedan influir en la opinión del personal de Enfermería.

2.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se ha realizado en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca durante marzo del 2015. Es una Unidad de Hospitalización compuesta por 863 camas y tiene una población asignada de aproximadamente 550.000 habitantes con un ratio paciente enfermero de 1:8.

2.3 PARTICIPANTES Y MUESTREO

Los participantes del estudio han sido personal de Enfermería que trabajaba en la Unidad de Hospitalización durante el mes de Marzo en los servicios de: Hospitalización, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Unidad de Reanimación, Unidad de Urgencias, Quirófano, Unidad de Laboratorio y Radiodiagnóstico que realizó el cuestionario de manera voluntaria.

Se han considerado criterios de exclusión: la negativa del enfermero/a a colaborar en el estudio y la barrera idiomática.

El nivel de cumplimentación de la encuesta ha sido del 91 %. La población estuvo constituida por un total de 100 encuestados.

En la última actualización disponible el 52% del personal del centro son profesionales de Enfermería excluyendo al personal médico y quirúrgico: Figura 7.

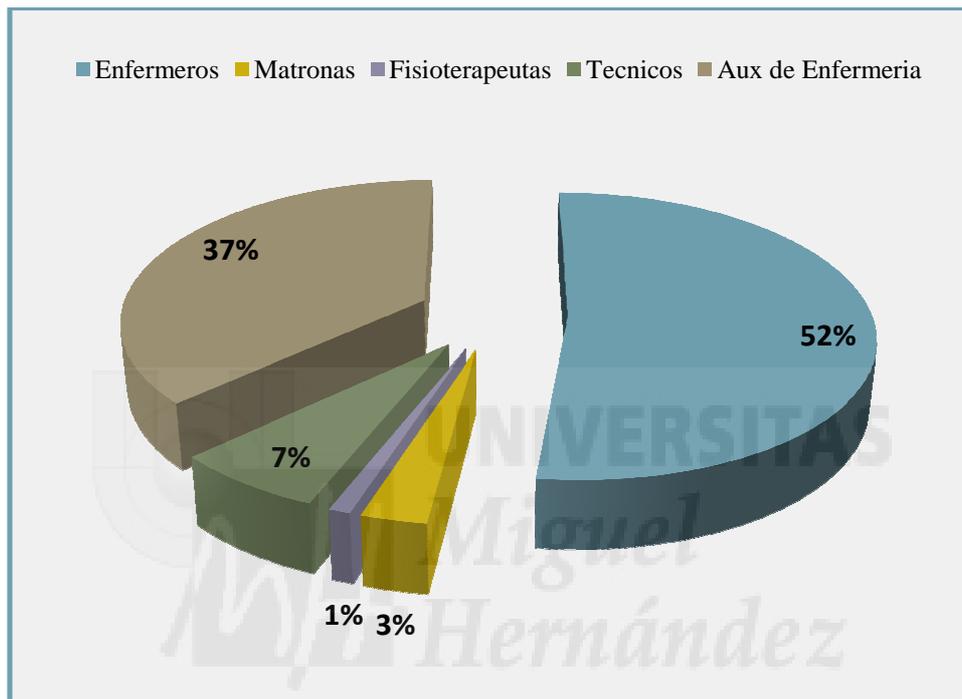


Figura7: Distribución recursos humanos Hospital HUVA según,
<http://www.arrinet.huva.sms.carm.es/ficheros E/memorias/Memoria> [40]

2.4. PROCEDIMIENTO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Pubmed, Scielo, Medline, Cochrane y Cuiden de Enfermería; utilizando diversas combinaciones que aportaban los truncamientos y los operadores boléanos (OR AND NOT) a partir de los descriptores: nursing, Questionnaire Maslach Burnout Inventory, (Burnout) desgaste profesional, mental health.

En esta búsqueda se encontraron evidencias científicas que aportaron información de gran relevancia para la consecución de este trabajo.

Con la información obtenida, se elaboró la introducción y el marco teórico y se eligió el instrumento de recolección de datos.

Para la entrega de cuestionarios se contó con la colaboración de una enfermera de la unidad de Cardiología en horario de mañanas que informó sobre el objeto del estudio y entregó una hoja de información elaborada para ello, solicitó la participación voluntaria, garantizando el anonimato, y la confidencialidad de los datos. La recogida de cuestionarios se realizó en días de semana exceptuando sábados y domingos.

2.5 ÁSPECTOS ÉTICOS

Se recabó la aprobación por parte de la institución de la realización de este estudio, notificando a la Gerencia del Área de Salud responsable del hospital la realización de esta investigación, haciendo constar que la información obtenida sería utilizada únicamente para la elaboración de este Trabajo Fin de Máster.

2.6 LIMITACIONES

Las personas tienden a responder de acuerdo a lo que se espera adecuado, deseable o aceptable socialmente. Por lo que en numerosas ocasiones no son sinceros en sus respuestas, existiendo por tanto tendencia a omitir respuestas no aceptadas socialmente. Cuando ocurre esto, puede producirse un sesgo por autodefensa o aceptabilidad social.

Además el hecho de que la participación sea voluntaria puede llevar a un sesgo de autoselección, puesto que las enfermeras han tenido mayor motivación por participar en el estudio y de ésta forma pudiera ocurrir que la muestra no esté debidamente representada.

2.7 RECOLECCION DE DATOS/INSTRUMENTOS DE EVALUACION

Se ha estructurado en dos partes:

1. Cuestionario anónimo elaborado en el que se describe brevemente la finalidad de la investigación destacando la voluntariedad y su participación en él. A cada cuestionario se le ha asignado un número (Anexo I).
2. Cuestionario: Maslach Burnout Inventory (MBI) adaptado al castellano del “Maslach Burnout Inventory” (MBI-HSS), versión para profesionales de servicios humanos (Maslachy Jackson, 1986). Herramienta utilizada en todo el mundo por contener una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90% [41].

El MBI consta de 22 ítems con respuestas en una escala de Likert de 7 opciones en relación con la frecuencia con la que se experimentan ciertas sensaciones relacionadas con el trabajo y con una puntuación posible de 0 a 6 para cada ítem [7].

Este cuestionario tiene tres dimensiones:

- Agotamiento Emocional (AE) con 9 ítems, 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Refleja la sensación de estar exhausto emocionalmente a causa del trabajo y con menor capacidad de entrega a los demás.
- Despersonalización (DP) con 5 ítems; 5, 10, 11, 15, 22. Describe una respuesta impersonal y fría hacia los pacientes.
- Realización Personal (RP) con 8 ítems: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21, expresa sentimientos de competencia y éxito y, en contraste con los dos componentes previos, en esta última los valores bajos son indicativos del síndrome Burnout (Anexo II).

A pesar de que no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no del Burnout, puntuaciones altas en Agotamiento Emocional (AE) y Despersonalización (DP) y bajas en Realización Personal (RP), definen el síndrome.

2.8 ANALISIS ESTADISTICO

Las variables de cada cuestionario se han recogido de manera prospectiva e introducidas en una base de datos informática utilizando el programa Microsoft® Access 2007 para Windows.

Para una mejor comprensión de los resultados la presentación de los mismos ha sido organizada atendiendo al orden establecido en el propio cuestionario, para posteriormente centrar la atención en algunos cruces de interés para la investigación.

El análisis se efectuó con el paquete estadístico SSPS para Windows versión 19.0.

Se analizaron las variables continuas para comprobar si seguían una distribución normal usando la prueba de Kolmogorov–Smirnov. Las variables continuas se presentan mediante media \pm desviación estándar para las que se distribuyen normalmente y como mediana (rango intercuartílico) para las que no siguen una distribución normal. Las variables categóricas se presentan mediante su frecuencia (porcentaje). Para analizar la posible relación entre variables se realizó el análisis de la varianza (ANOVA). Para todos los casos se ha asumido un nivel de confianza del 95%. De esta manera, sólo los valores $p < 0.05$ se consideraron como estadísticamente significativos.

CAPITULO III

3.1 RESULTADOS

El trabajo fue un estudio de opinión sobre un total de 100 encuestas cumplimentadas correctamente, de un total de 110 entregadas en distintas unidades de hospitalización de un hospital comarcal.

En el presente capítulo se presentan los resultados fruto de la evaluación de prevalencia de desgaste profesional del personal enfermero (síndrome de Burnout) atendiendo a los objetivos planteados.

La información se estructura en el siguiente orden: características sociodemográficas, resultados de MBI, y factores determinantes descritos por los encuestados como determinantes en la génesis de éste síndrome.

La población de estudio presenta una edad media de $47 \pm 10,69$ años, siendo el género predominante femenino, con un 73% frente al 27% masculino, con una media de $18,02 \pm 9,74$ años de ejercicio enfermero siguiendo una distribución normal y una mediana de antigüedad en el servicio actual de 7,5 (IQR 4-15) años.

En el momento de la recolección de datos, el 64% prestaba servicios en la unidad de Hospitalización General, un 24% en Unidad de Cuidados Intensivos, 7% en Consultas Externas, 4% en Unidad de Laboratorio Rayos y 1% personal de Quirófano: Figura 8.

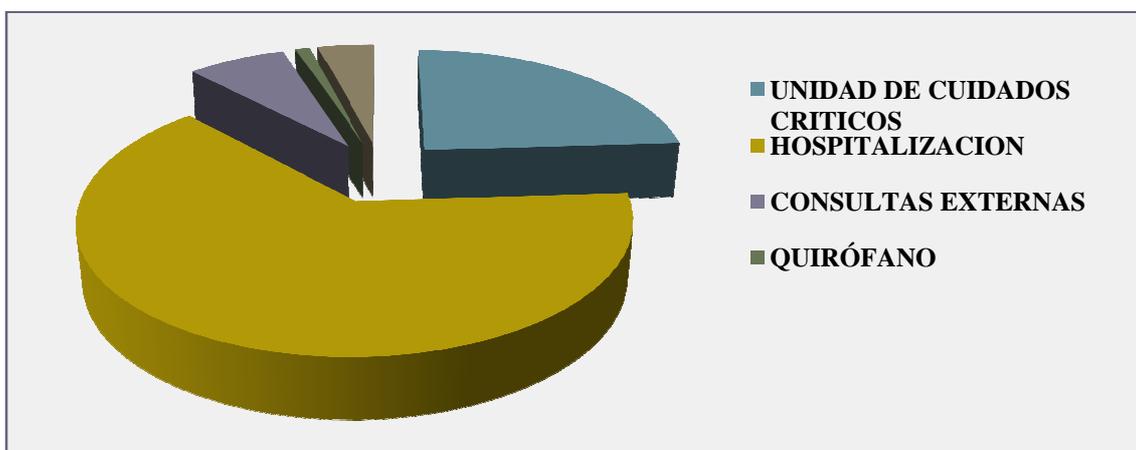


Figura 8: Distribución por servicios, población encuestada, Marzo 2015 (elaboración propia).

Para realizar la medición del desgaste se han categorizado las tres dimensiones del MBI sobre 3 niveles (bajo, medio y alto) según los valores y puntos de corte: (Figura 9) siguiendo criterios de otros autores e investigaciones similares [36, 41] determinadas como:

Agotamiento Emocional (AE): bajo ≤ 18 , medio [19-26], alto ≥ 27 ; Despersonalización (DP): bajo ≤ 5 , medio [6-9], alto ≥ 10 ; Realización Personal (RP): bajo ≥ 40 , medio [39-34], alto ≤ 33 . Para la valoración global se estableció un Burnout alto cuando 2 o 3 de las dimensiones tienen niveles altos; medio cuando 2 o 3 tienen niveles medios o hay una escala en cada nivel; y bajo cuando 2 o 3 tienen niveles.

	AGOTAMIENTO EMOCIONAL (AE)	DESPERSONALIZACIÓN (D)	REALIZACIÓN PERSONAL (RP)
ALTO	$= 0 > 27$	$= 0 > 10$	$= 0 < 33$
MEDIO	19-26	6-9	34-39
BAJO	$= 0 < 18$	$= 0 < 5$	$= 0 > 40$

Fuente. Puntos de corte establecidos en diferentes estudios e investigaciones

Figura 9: Distribución de las puntuaciones en las subescalas por tramos García JMC, 2007[41].

Para la interpretación del cuestionario ha sido necesaria la interpretación de los valores de las tres subescalas por separado y en conjunto, de forma que se traten los rangos de los valores numéricos totales de cada subescala en tres tramos que definen el nivel de Burnout.

En el análisis global se ha obtenido que un 30% de las personas evaluadas cumplen con los criterios globales del síndrome de Burnout Alto, un Burnout medio en un 20% y un Burnout bajo en el 50% de casos, Figura 10.

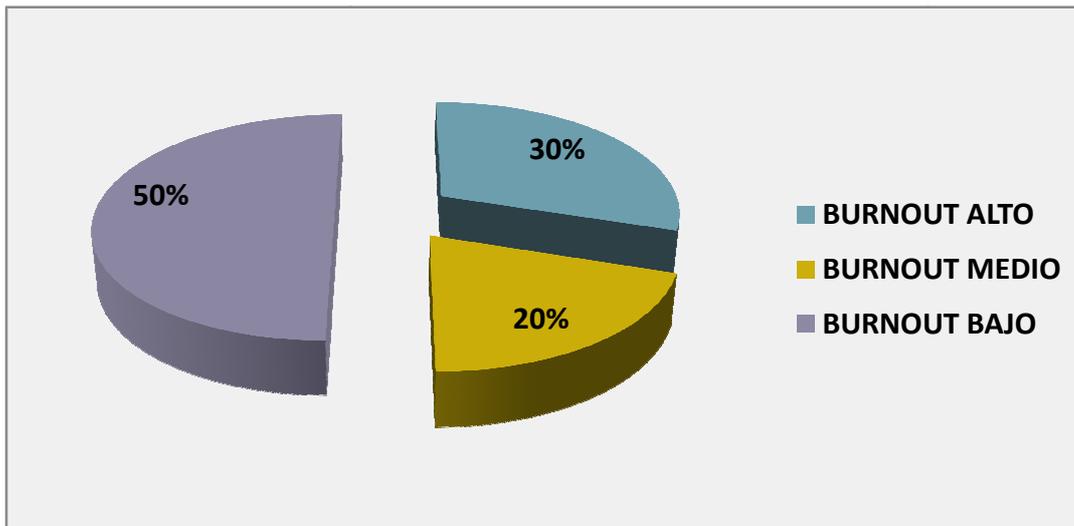


Figura 10: Prevalencia Burnout, fuente: Maslach Burnout Inventory (MBI)

La estadística descriptiva de las tres dimensiones por separado detecta un; Burnout alto en Agotamiento Personal (≥ 27 puntos) y Despersonalización (≥ 10 puntos) 34% y 43% respectivamente, en la dimensión de Realización Personal (≤ 33 puntos) se detectan bajas puntuaciones en un 56% de los casos. En la siguiente figura se expone el porcentaje de los niveles bajo, medio y alto del Agotamiento Emocional, Despersonalización falta de Realización Personal de los profesionales de Enfermería estudiados, Figura 11.

	ALTO	MEDIO	BAJO
AGOTAMIENTO PERSONAL	34%	18%	48%
DESPERSONALIZACIÓN	43%	17%	40%
REALIZACIÓN PERSONAL	22%	22%	56%
Dimensiones			

Figura 11: Globales en las tres dimensiones según puntuaciones.

Analizamos los casos que pertenecían al servicio de Hospitalización y Unidad de Cuidados Intensivos determinando un Burnout alto cuando 2 o 3 de las dimensiones tienen niveles altos, medio cuando 2 o 3 tienen niveles medios o hay una escala en cada

nivel, y bajo cuando 2 o 3 tienen niveles bajos; no se encontraron diferencias significativas entre ambos siendo más frecuente el Burnout positivo en UCI 33,3% VS 28,1% Hospitalización teniendo en cuenta la diferencia del número de casos de un servicio a otro, Figura 12.

Por otra parte con el fin de encontrar otras perspectivas según edad, sexo y años dedicados en el servicio actual y tomando como referencia un estudio es previo en la comunidad [42] realizamos un corte por edad, hasta los 35 años (n=25) y por encima de los 35(n=75) para determinar el grupo de profesionales con 15 años de experiencia laboral, sin encontrar diferencias significativas entre ambos grupos ($p > 0,895$).

	BAJO	MEDIO	ALTO
HOSPITALIZACIÓN (n=64)	48,8%	23,4%	28,1%
UCI(n=24)	45,8%	20,8%	33,3%
Servicio			

Figura 12: Porcentajes Burnout globales Hospitalización VS Uci

Tampoco se encontraron diferencias significativas entre sexo; obteniendo Burnout Global en el 33% de las mujeres, frente al 29,3% que presentaban los hombres.

Para determinar la percepción de factores que intervienen en el fenómeno de Burnout, desde el punto de vista de nuestra población se procedió a agrupar su opinión en las siguientes variables: Recursos Humanos, Recursos Materiales, Horarios, Coordinación interdisciplinar, Control de visitas familiares, y Otros (donde incluimos demanda de más y mejor formación por parte de la dirección del centro y reconocimiento personal por parte de los directivos y supervisores).

Manifestando, un 30% de los casos que el principal factor que influye en la génesis del síndrome es la falta de recursos humanos teniendo por consiguiente un aumento en la carga de trabajo, en segundo lugar identificaron con un 21% la falta de adecuación y coordinación del equipo multidisciplinar como principal factor predisponente, un 17%

no contestó a éste ítem del cuestionario, el 14% señalaron los turnos y horarios como factor predisponentes para el desarrollo del síndrome. Además queremos destacar que aparece un 5% de encuestados que manifiesta la falta de control en las visitas de los familiares, y la cantidad de éstos. Solo 10% manifestó falta de reconocimiento por parte de los superiores y más formación: Figura 13.

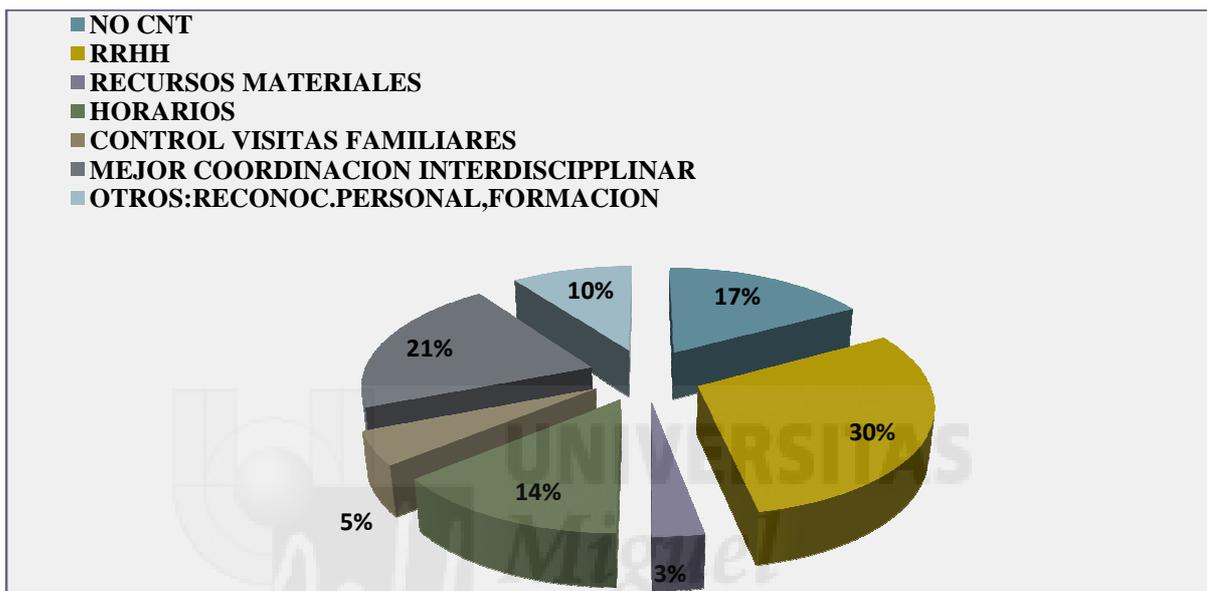


Figura 13: Factores desencadenantes/estresores definidos por la población encuestada, Marzo 2015.

3.2 DISCUSIÓN

En lo que se refiere a la respuesta obtenida en este trabajo, consideramos que una tasa de respuesta de 91%, con excepción de la no contestación en la variable de factores predisponentes con un (17%) que no contestó, es una tasa de respuesta muy alta.

Si se añade que se ha utilizado como instrumento de medida el Maslach Burnout Inventory (MBI), cuya validez factorial y la consistencia interna está más que demostrada podemos pensar que los resultados a los que hemos llegado reflejan de forma real la situación que existe en la población estudiada.

En lo que se refiere a los niveles de Burnout y de sus tres dimensiones alcanzados en nuestro estudio, hemos de decir en primer lugar, que la bibliografía está llena de aportaciones referentes a la importancia del Burnout en la profesión de Enfermería. A pesar de esta multitud de trabajos sobre el tema que nos atañe, encontramos una gran disparidad de resultados en lo que se refiere a las prevalencias encontradas, tanto del síndrome de Burnout en general, como en cada una de sus tres escalas. Este hecho puede ser explicado desde distintos puntos de vista; para Maslach, la presencia de las tres dimensiones del síndrome, no significa que éste no sea un concepto unitario, sino que más bien tiene un efecto enriquecedor del mismo, ya que muestran una serie de reacciones psicológicas que los trabajadores experimentan durante todo el proceso de desgaste profesional, y esto puede explicar las diferencias que se encuentran en las prevalencias. Para esta autora, el cansancio emocional sería la primera fase y más importante del Burnout, en una segunda fase aparecería la Despersonalización, y parece ser que de forma simultánea a ésta, aparecería la falta de Realización Personal pero como ya hemos descrito para otros autores la discordancia en la prevalencia de los diferentes trabajos, puede deberse a que las dimensiones de Despersonalización y falta de Realización Personal tienen una significación dudosa, y lo que se detecta básicamente cuando se mide el Burnout es estrés emocional, que no siempre equivale a desgaste profesional. Partiendo de esta premisa nuestros resultados se han focalizado según Maslach, en un desgaste profesional global tras años de ejercicio definido como Burnout alto(o positivo) en el 30% de los casos, coincidiendo con algunos estudios consultados en la bibliografía [31, 32, 33, 34, 35, 36, 41,42].

En cuando a las dimensiones por separado, Maslach refiere que la Despersonalización implica el desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los usuarios de servicios, así como también hacia el resto del equipo, que conduce con frecuencia a la idea de que son la verdadera fuente de los problemas. Se asocia con una actitud impersonal, con aislamiento de los demás, con etiquetas despectivas para calificar a los otros y con intentos de culpabilizarlos de la frustración y el fracaso propio en el incumplimiento de los compromisos laborales. Es un modo de responder a los sentimientos de impotencia y desesperanza personal. En lugar de expresar estos sentimientos y resolver los motivos que lo originan, las personas que padecen el Síndrome de Burnout muestran una fachada hiperactiva que incrementa su sensación de agotamiento y en esta fase alternan la depresión y la hostilidad hacia el medio.

La acción de Enfermería está orientada por principios y fundamentos científicos humanísticos y éticos de respeto a la vida y a la dignidad humana, su práctica requiere de un pensamiento interdisciplinario, con visión totalizadora de ser humano en el contexto social y ambiental. “Los cuidados son la esencia de la Enfermería y por lo tanto son un elemento central y distintivo de la disciplina” (Leininger 1998).

En nuestro estudio destaca un alto porcentaje en la dimensión de Despersonalización con un 43% esto puede traducirse en trato deshumanizado. Los pacientes dejan de ser personas con sentimientos para convertirse en “objetos” o “casos clínicos”, además este personal trata de distanciarse de los miembros de su propio trabajo, todo ello perjudica el ambiente laboral y la institución para la cual el personal trabaja. Otros autores refieren que la Despersonalización está referida a sentimientos y actitudes negativas, respuestas frías e impersonales hacia las personas, dándose una mezcla entre los sentimientos de compasión y el distanciamiento emocional, evitando el contacto con las personas. Por tanto deducimos de nuestros resultados consecuencias negativas en el trato, comunicación y en sus relaciones interpersonales con resto del equipo de salud y el paciente, lo que repercute en el cuidado integral que se le debe brindar.

En lo que a la dimensión de Agotamiento Emocional se refiere, Maslach la describía como una reducción de los recursos emocionales y el sentimiento de que las personas afectadas no tienen nada que ofrecer a los demás, acompañados de manifestaciones somáticas y psicológicas volviéndose más irritables, en este caso la naturaleza de la profesión de Enfermería conlleva a la atención del paciente en forma continua, siendo la profesión que pasa el mayor tiempo con los pacientes brindando atención integral y de calidad lo que puede generar estrés debido a la diversidad del cuidado y la personalidad de cada individuo. Sin embargo el profesional debe estar bien preparado y capacitado para afrontar el estrés a fin de brindar una atención ecuánime frente a los pacientes, es por ello que es muy importante la promoción y prevención del estrés, para contrarrestar a tiempo sus consecuencias. En nuestro análisis el personal encuestado presenta un nivel alto de Agotamiento Emocional con 34% aspecto desfavorable que puede conllevar a dificultad para escuchar y atender a los demás produciéndose una inadecuada interrelación con el paciente y la familia.

Finalmente en relación al desgaste profesional según la Dimensión de Realización Personal se puede apreciar que del 56% presentan puntuaciones bajas en ésta dimensión. Según Maslach la falta de Realización Personal se refiere a la percepción de que las posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido, además existe pérdida de ideales y, fundamentalmente, un creciente alejamiento familiar, social y recreativo por tanto se concluye que en la dimensión realización persona el personal de Enfermería en su gran mayoría no están realizados laboral y profesionalmente, lo que puede influir negativamente en el desempeño del rol profesional, en su vida personal y laboral.

En los servicios por los que se extiende la mayoría de nuestra población de estudio, no se han encontrado diferencias significativas comparándolos, Uci 33,3% VS 18% Hospitalización, creemos debido a la diferencia de número entre ambos grupos. Si se observa una tendencia mayor a Burnout positivo en Uci (n=8) del total de los encuestados para este servicio (n=24) siguiendo la tendencia de otros estudios verificando que hay a un mayor nivel estrés [27, 28, 29].

Con el fin de asociar algunas de las variables sociodemográficas como los años de experiencia (edad) a niveles elevados de Burnout, se realizó un corte por edad, por encima de 35 años (n=75) y no se encontraron diferencias significativas ($p > 0,895$) creemos que por la media de edad de la muestra considerada como joven $47 \pm 10,69$ años. En las determinaciones por sexo, y edad tampoco encontramos diferencias significativas.

En cuanto a la percepción que nuestros enfermeros han tenido como factores predisponente o que les influyen en el desarrollo de Burnout encontramos como primera opción 30% la escasez de recursos humanos y falta de personal, derivando en un aumento de carga de trabajo como demuestran estudios anteriores [45]. En segundo lugar identificaron con un 21% la falta de adecuación y coordinación del equipo multidisciplinar como principal factor predisponente lo que demuestra la importancia que tiene este aspecto dentro de la organización.

Además queremos destacar que aparece como causa de Burnout la falta de control en las visitas de los familiares y la cantidad de éstas en un 5% de los encuestados.

3.3. CONCLUSIONES

Nuestro estudio describe la prevalencia de desgaste profesional entre el personal de Enfermería de un Hospital Universitario comarcal tras años de ejercicio definido en un 30% cumpliendo con criterios de Burnout Alto, un 20% como Burnout medio y 5% bajo para la población estudiada.

Tras analizar las tres dimensiones por separado mediante la Encuesta Maslach Burnout Inventory (MBI) que mide el Agotamiento Emocional, la Despersonalización y la Realización Personal en el trabajo, se han obtenido puntuaciones altas en las dimensiones de; Agotamiento Personal y Despersonalización(34%,43%) y puntuaciones bajas en la dimensión de Realización Personal siguiendo la tendencia de estudios previos (56%).

Además nuestra población destaca factores o estresores como predominantes en la génesis del desgaste, la escasez en los recursos humanos, la falta de coordinación interdisciplinar, los horarios y turnos y demandan falta de control y reducción en las visitas de los familiares. Esto último explicaría el alto porcentaje obtenido en la dimensión de Despersonalización traducido en puntuaciones bajas, según Maslach.

Nuestros resultados resaltan la importancia que tiene la insatisfacción, que en la actualidad tienen con determinados aspectos laborales a nivel de organización (presión laboral, falta de recursos tanto materiales como económicos y falta de coordinación entre profesionales).

Las cifras indican que el problema presenta una cierta magnitud. Esta realidad conlleva, sin duda, consecuencias nocivas sobre la salud laboral, tanto a nivel individual como organizativo y por supuesto repercutiendo en el paciente ya que un entorno laboral desfavorable puede derivar en un riesgo para el paciente y para la prestación de sus cuidados.

3.4 CONSIDERACIONES FINALES Y MEDIDAS A ADOPTAR

Resultan necesarios programas de prevención e intervención en servicios sanitarios que además de incidir sobre los aspectos de comunicación y emocionales, se centren en incentivar la satisfacción de los profesionales hacia su trabajo dado que resulta evidente

que el síndrome de desgaste profesional puede afectar de manera diferente de acuerdo con las distintas y específicas características o condiciones de las unidades de trabajo.

Creemos que es fundamental establecer estrategias de atención para los profesionales que son portadores de este síndrome y que ya han sido identificados.

Aunque se han establecido relaciones entre diferentes variables es evidente que se han encontrado limitaciones, como el tiempo de recogida de los cuestionarios y el tamaño muestral. Además pensamos que sería necesaria la mejora en el diseño utilizando otro cuestionario más elaborado donde se puedan incluir variables sociodemográficas y laborales tales como situación sentimental, número de hijos, otros trabajos, tipo de turno laboral, etc.

Por tanto consideraremos el estudio como “piloto” con intención de ampliarlo al resto de servicios del hospital y confirmar la tendencia de éste síndrome en éstos y extrapolar resultados al resto de hospitales en la región.

Como conclusión final podemos decir que el síndrome de desgaste profesional se está convirtiendo en un problema de salud pública, creemos que si los Enfermeros que se dedican a cuidar a otras personas están “quemados” las consecuencias las percibe la sociedad en general, por tanto habría que considerar el bienestar de éstos profesiones de ayuda, y en general al profesional sanitario como una prioridad social.

3.5 PROPUESTAS DE MEJORA

En la bibliografía consultada se han encontrado algunas iniciativas y recomendaciones institucionales orientadas hacia la prevención de situaciones favorecedoras de estrés en el ámbito profesional, como puede ser y a título de ejemplo, la nota técnica “El estrés: Proceso de generación en el ámbito laboral, del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo (NTP 318 INSHT)” pero aún parece que queda mucho camino por recorrer, no sólo en cuanto al conocimiento de la situación laborar en nuestro país y sus repercusiones, sino también a establecer medidas eficaces de prevención de riesgos relacionados con ambientes estresantes como en la prevención de patologías derivadas en los profesionales sanitarios que desarrollan su actividad en el ámbito hospitalario [43].

A continuación se nombran algunas medidas que es aconsejable adoptar:

1. Debe ser prioritario establecer programas de orientación, apoyo psicosocial e información a los profesionales que pudieran tener factores de riesgo para el desarrollo de este problema.
2. Será pertinente realizar trabajos de investigación en este campo para la detección de casos en otras unidades hospitalarias del Sector Salud. La primera medida para evitar la aparición del síndrome es conocer sus manifestaciones. Por esta razón, los programas de formación son una de las mejores estrategias para la prevención y tratamiento de esta patología, y deben ser implantados de manera sistemática, y ofrecerse regularmente, en todas las organizaciones en las que existan profesionales o grupos de riesgo susceptibles de desarrollar el síndrome de quemarse por el trabajo [45].

3.6 AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a todos los enfermeros/as que han colaborado en la realización de las encuestas, sin cuya colaboración habría sido imposible realizar este estudio.

A la Sra. María Gómez Olmos mi tutora de Trabajo Final de Máster, profesora Especialista en Medicina del Trabajo, y Colaboradora Honorífica del Departamento de Patología y Cirugía de la Universidad Miguel Hernández por su apoyo, sus consejos y su confianza, sin cuya ayuda este trabajo no hubiera sido posible.

A mi familia por el apoyo moral que me han brindado y en especial a Sergio. Finalmente a mi compañera de trabajo Ana por ayudarme a repartir los cuestionarios y prestarme su ayuda.

CAPITULO IV

4.1 BIBLIOGRAFIA

- [1] Freudenberger HJ, Staff Burnout. *The Journal of Social Issues*: 1974; 30 (1):159-166.
- [2] Ibáñez N, Vilaregut A, Abio A. Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enfermería Clinic* 2004; 14(3): 1-10.
- [3] Maslach C. Burned-out. *Human Behavior* 1976; 9 (5): 16-22.
- [4] Edelwich J, Brodsky A. *Burnout: stages of disillusionment in helping professions*. Nueva York: Human Services Press; 1980.
- [5] Pines A, Aronson E, Kafry D.P. *Burnout: From tedium to personal growth*. New York: Free Press: 1981.
- [6] Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour* 1981; 2 (2): 99-113.
- [7] Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory Manual*. (2ª edic) Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1986.
- [8] Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev. Psychol* 2001; 52 (1): 397-422.
- [9] Gervás JJ, Hernández M, Enfermedad de Tomás. *Med Clin (Barcelona)* 1989; 93(6); 572-575.
- [10] Vega ED, Pérez Urdaniz A. *El síndrome de Burnout en el médico*. Madrid: Smith Kline Beecham: 1998.
- [11] Mingote JC, Pérez Corral FT. Síndrome del “Burnout” o de desgaste profesional”. En: Mingote Adán JC, Pérez Corral F, (Ed.) *El estrés del médico. Manual de autoayuda*. Madrid: Diaz de Santos 1999; 43.

- [12] Gil-Monte P, Peiró JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo” *Anales de Psicología* 1999; 15(2): 261-268.
- [13] Ferrer R, Burn out o síndrome de desgaste profesional. *Med Clin (Barcelona)* 2002; 119 (13): 495-496.
- [14] González R. Síndrome de burn-out: una oportunidad para aprender y reflexionar. *Semergen* 2003; 29(1): 2-3.
- [15] Robles JI. El síndrome de Burnout. *Med Mil (España)* 2004; 60 (1): 13- 21.
- [16] Ramos DE, Castro R, Fernández Valladares MJ. Desgaste profesional (Burnout) en los trabajadores del Hospital de León: prevalencia y análisis de factores de riesgo” *Mapfre Medicina* 1999; 10(2):134-144.
- [17] Tizón JL ¿Profesionales “quemados”, profesionales “desengañados” o profesionales con trastornos psicopatológicos?” *Aten Primaria; Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria* 2004; 33(6): p.326-330.
- [18] Cebriá J. Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. *Aten. Primaria, Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria* 2003; 31(9): 572-574.
- [19] Mingote JC, Moreno B, Gálvez M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Mes Clin (Barcelona)*; 2004;123(7): 265-270.
- [20] Gil-Monte P. El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout) en profesionales de Enfermería. *Revista Electrónica InterAcao* [Fecha de la consulta 6 de Mayo 2015];1(1): 19-33. Disponible en <http://bvsde.opsoms.org/bvsacd/artigo3.pdf>
- [21] NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "Burnout" (I): definición y proceso de generación-Año 2005[en internet]; 5, [Citado en Abril de 2015]. Disponible en:http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentación/Fichas/NTP/Ficheros/701a705a750/ntp_704.pdf.

[22] Hillhouse JJ, Adler CM. Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: results of a cluster analysis. *Soc Sci Med*; 1997; 45 (12): 1781-1788.

[23] Albar MJ, Romero M, González MD, Carballo E, García A, Gutiérrez I et al. Apoyo social, características sociodemográficas y Burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. *Enfermería clínica* 2004; 14(5); 281-285.

[24] Escribá V, Bernabé Y. Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. *Gaceta Sanitaria* 2002; 16 (6): 487- 496.

[25] Albadalejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78(4): 505- 516.

[26] Rios MI, et al. Enfermería de urgencias “Quiero cambiar de servicio... ¿estoy quemado? *Rev Enferm* 2012; 35 (5): 376-381.

[27] Bernardi M, Catania G, Marceca F. The world of nursing burnout. A literature review. *Prof Inferm* 2005; 58(2): 75-79.

[28] Díaz CM, de la Rosa M, Herrera, JM. Detectando niveles iniciales del síndrome de desgaste profesional en enfermeros que asisten al paciente oncológico. *Trabajo social y salud* 2013; 74: 159-165.

[29] Meseguer A, González, R, Calatayud. Enfermería, Burnout y unidades de alto riesgo. *Enfermería Clínica* 1996; 6: 249-54.

[30] NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “Burnout” (II): Consecuencias y prevención- Año 2005[en internet]; 5: [Citado en Abril 2005]. Disponible en;

http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_705.pdf.

[31] San Juan Estallo Laura, Arrazola Alberdi Oihana, García Moyano Loreto María. Prevalencia del Síndrome del Burnout en el personal de Enfermería del Servicio de Cardiología, Neumología y Neurología del Hospital San Jorge de Huesca. *Enferm. glob.* [Revista en Internet]. 2014 Oct. [Citado 2015 Jun. 16]; 13(36): 253-264. Disponible

en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412014000400013&lng=es.

[32] Caballero MA, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud. *Aten Primaria*. 2001; 27 (5): 313 -7.

[33] Casa Tacar P, Rincón Y, Vila R. Síndrome de Burnout: enfermedad silenciosa. *Enferm Global* 2012; 100: 19-24.

[34] Ríos DE; Godoy C. Síndrome de Burnout y satisfacción laboral en profesionales de Enfermería de urgencias y cuidados críticos. *Enfermería Intensiva* 2008; 19(4): 169-178.

[35] López F, Bernal L. Prevalencia y factores asociados con el síndrome de Burnout en Enfermería de atención hospitalaria. *Calidad asistencial* 2002; 17 (4): 201-205.

[36] Fuentelsaz C, Moreno T, López D, Gómez T, González ME. Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto RN4CAST-España. *Enferm Clin*. 2012; 22 (5): 261-268.

[37] Sánchez S, Torres MD. El Síndrome de Burnout y las enfermeras de un hospital de nueva creación de la Comunidad de Madrid. *Biblioteca Las casas*, [en Internet] 2011; [citado 2015 May 9]; 7(2). Disponible en:

<http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0588.ph>

[38] Montoya P, Moreno S. Relación entre síndrome de Burnout, estrategias de afrontamiento y engagement .*Psicología desde el Caribe*. Universidad del Norte 2012; 29 (1): 205-227.

[39] Rojas A, Pérez S, Lluch A, Cabrera M. Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado. *Rev. Cubana Enfermer* [en Internet] 2009 [citado 2015 Jun. 1]; 25(3-4).Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000200002&lng=es.

[40] Memoria Consejería de Sanidad 2012. Edición electrónica; www.carm.es [Citado en Apr2015]. Disponible en:

<http://www.carm.es/psocial/cendoc/memoria2012>. Edita: Consejería de Sanidad y Política Social.

[41] Garcia JM, Herrero S, Leon JL. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología* 2007; 25 (2): 157-174.

[42] Ríos MI, Peñalver F, Godoy C. Burnout y la salud percibida en los profesionales de Enfermería en Cuidados Críticos. *Enferm Intensiva* 2008; 19 (4): 169-78.

[43] NTP 318: El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral [www.INSHT.es, consultado el 10 de Abril de 2015]; Disponible en:

http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_318.pdf

[44] Guía de Buenas Prácticas para la prevención y manejo de problemas de salud mental en trabajadores de ámbito sanitario. Madrid 2012

[45] Torres MD. Influencia de un modelo de gestión empresarial en el nivel de Burnout de las enfermeras del Hospital Infanta Cristina. *NURE Inv* [Internet]. May-Jun 2014;70. Disponible en:

http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/NURE70_TFG_burnout.pdf.

[46] Javier Miravalles, Gabinete Psicológico. San Juan de la Cruz 11, 2 Izq., Cuestionario de Maslach Burnout Inventory. Disponible en:

[http://www.javiermiravalles.es/sindrome_burnout/Cuestionario de Maslach Burnout Inventory.pdf](http://www.javiermiravalles.es/sindrome_burnout/Cuestionario_de_Maslach_Burnout_Inventory.pdf)

[47] Matia AC, Cordero J, Mediavilla JJ, Pereda MJ et al. Evolución del Burnout y las variables asociadas en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2012; 44(9): 532-539.

4.2 ANEXO I



HOJA INFORMACION



TÍTULO DEL ESTUDIO: Situación del personal de Enfermería en un hospital comarcal: Desgaste profesional tras años de ejercicio.

Trabajo Fin de máster: Máster Universitario en Prevención de Riesgos Laborales, Universidad Miguel Hernández. Curso 2014-2015.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Miriam Quintana, Enfermera del Servicio de Cardiología.

CENTRO: Hospital Universitario Clínico Virgen de La Arrixaca.

“En la actualidad vivimos una época en la cual el estrés y los problemas asociados a él, han ido en aumento, provocando así mismo alteraciones en las actitudes de las personas que lo padecen, es así que el Burnout o síndrome de quemarse por el trabajo es una respuesta al estrés laboral crónico. Se trata de una experiencia subjetiva de carácter negativo compuesta por cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo, hacia las personas con las que se relaciona el individuo en su trabajo, en especial con pacientes, hacia el propio rol profesional.

Es por ello que es muy importante prevenir y tratar a tiempo este síndrome, en especial en las profesiones sanitarias como lo es Enfermería”

A continuación presentamos dos cuestionarios dirigidos al personal enfermero, con el fin de determinar el desgaste profesional que presenta el Personal de Enfermería que trabaja en nuestro hospital tras años de ejercicio, además se quiere determinar qué factores influyen en la génesis del síndrome .

No te preocupes tus datos son anónimos y únicamente se utilizaran para tal, fin. Tu participación es voluntaria.

Nº.....

SEXO.....FECHA NACIMIENTO.....

1.- Año del título de Enfermería o años que eres enfermer@:.....

2.- Servicio actual.....

3. ¿Qué aspectos crees que influyen en el desgaste profesional actualmente?

GRACIAS POR TU COLABORACION

4.3 ANEXO II

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory

Se mide por medio de cuestionario Maslach de 1986 que es el instrumento más utilizado en todo el mundo. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.

El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, Despersonalización, Realización Personal.

1. Subescala de Agotamiento Emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.
2. Subescala de Despersonalización. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.
3. Subescala de Realización Personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y Realización Personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

La clasificación de las afirmaciones es la siguiente: Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22. Realización Personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. La escala se mide según los siguientes rangos:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Las respuestas a las 22 preguntas miden tres dimensiones diferentes: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal.

MBI

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

19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

Fuente: Javier Miravalle Gabinete Psicológico - San Juan de la Cruz 11, 2 Izq., Zaragoza 976 567 028 / www.javiermiravalles.es [46].

