



# **Grado en Psicología**

## **Trabajo de Fin de Grado**

**Curso 2014/2015**

**Convocatoria de Junio**

**Modalidad:** Experimental

**Título:** Síndrome de Burnout en el personal de planta de enfermería del hospital general universitario de Elche.

**Autor:** Arancha Caballero García

**Tutor:** Ángel Solanes Puchol

Elche, a 05 de junio de 2015

# ÍNDICE

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	5
3. Participantes.....	8
4. Instrumentos.....	8
5. Procedimiento.....	10
6. Resultados.....	10
7. Conclusión.....	13
Tabla 1.....	9
Gráfico 1.....	11
Gráfico 2.....	12



# SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE PLANTA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

## RESUMEN

El Síndrome de Burnout ha sido definido como una respuesta al estrés laboral crónico y hace referencia a una situación cada vez más frecuente en las profesiones del sector servicios, entre los que se encuentran los profesionales sanitarios. El objetivo principal del estudio ha sido estimar la prevalencia del Síndrome de Burnout en 40 profesionales de enfermería del Hospital General Universitario de Elche y su relación con determinados factores socio-demográficos, laborales y de salud. Para determinar dicha prevalencia, se ha utilizado el MBI-GS y para medir el bienestar psicológico se ha utilizado el GHQ-12. En cuanto a los resultados obtenidos, el agotamiento es superior en los trabajadores de Medicina Interna ( $p=0,001$ ), la despersonalización ( $p=0,008$ ) y la realización personal ( $p=0,001$ ) son inferiores en los profesionales sanitarios de enfermería de Medicina Digestiva y, por último, el Burnout es más alto en las áreas de Oncología y Medicina Interna ( $p=0,001$ ). Además, también podemos concluir que el perfil de profesionales sanitarios hospitalarios de enfermería que se ven más afectados por el Burnout se corresponde con el perfil de mujeres, casadas y con muchos años de experiencia en el puesto de trabajo.

**Palabras clave:** Agotamiento profesional, Enfermería, Hospital, Bienestar psicológico, Estrés.

## ABSTRACT

The Burnout syndrome has been defined as a response to the chronic job stress and refers to an increasingly frequent situation in the professions in the services sector, including health professionals. The main objective of the study has been to estimate the prevalence of Burnout syndrome in 40 nursing professionals of the General Hospital Universitario de Elche and their relationship to certain socio-demographic factors, labour and health. To determine the prevalence, has been used the MBI-GS and to measure the psychological wellness has been used the GHQ-12. In terms of the results obtained, the exhaustion is higher in workers of Internal Medicine ( $p=0.001$  ), depersonalization ( $p=0.008$  ) and personal fulfilment ( $p=0.001$  ) are lower in the health care professionals of Digestive Medicine and, finally, Burnout is higher in the areas of oncology and Internal Medicine ( $p=0.001$  ). In addition, we can also conclude that the profile of professional nursing hospital health that are most affected by the Burnout are women, married and with many years of experience in the workplace.

**Key words:** Professional exhaustion, Nursing, Hospital, Psychological well-being, Stress.

## INTRODUCCIÓN

El Síndrome de quemarse por el trabajo, también llamado Burnout, aparece a mediados de los años setenta y surge para dar una respuesta al deterioro del personal que ofrece un servicio profesional y que está en contacto con aquellas personas que lo reciben, incluyendo las organizaciones de voluntariado, servicios sociales, sanitarios, educativos, etc.

El primer autor en presentarlo como un problema de salud vinculado al ejercicio de la actividad laboral fue Freudenberguer (1974), quien lo describe como “una experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge en los profesionales que trabajan en contacto directo con personas en la prestación de servicios como consecuencia del ejercicio diario del trabajo”. (Gil-Monte y Moreno-Jiménez, 2007)

Más adelante, la década de los ochenta se caracteriza por el surgimiento de estudios dirigidos a explicar el Burnout. Así pues, Maslach y Pines (1977) lo definen como “un síndrome de agotamiento físico y emocional que implica el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, bajo autoconcepto y pérdida del interés por los clientes, que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicio” (Ortega y López 2003). Otros autores lo conceptualizan como “una pérdida del idealismo, del deseo de alcanzar objetivos, de la energía que aparece en los profesionales del sector servicios” (Edelwich y Brodsky, 1980).

No obstante, la mayoría de investigadores se enmarcan en una orientación psicosocial y lo describen como “un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral. Este proceso conlleva sentimientos de desorientación, desgaste emocional, sentimientos de culpa por la falta de desarrollo profesional y aislamiento” (Gil-Monte2005). Al mismo tiempo que se desarrollaba un concepto para establecer el Burnout, proliferaron numerosos instrumentos para su evaluación psicométrica. Destacamos tres por su robustez y por el número de investigaciones realizadas:

- Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP). Elaborado por Jones (1980), evalúa el SQT como un síndrome de agotamiento emocional y físico, lo que conlleva actitudes negativas hacia el desarrollo del trabajo, pobre autoconcepto profesional, pérdida de interés por las personas con las que se trabaja y rencor. Consta de 20 ítems y mide cuatro dimensiones: insatisfacción laboral, tensión psicológica e interpersonal, problemas de salud y deterioro de las relaciones profesionales con los pacientes.
- Tedium Measure (TM) de Pines, Aronson y Kafry (1981). Se creó para evaluar el Burnout mediante tres dimensiones: agotamiento emocional, físico y mental. Consta de 21 ítems.

- Maslach Burnout Inventory (MBI). Elaborado por Maslach y Jackson, consta de 22 ítems y es considerado el instrumento por excelencia para la evaluación del SQT.

Para Maslach y Jackson, (1981) el Burnout es “una pérdida gradual de preocupación y de todo sentimiento emocional hacia las personas con las que trabajan y que conlleva a un aislamiento o deshumanización”. Ambas autoras lo definieron como un síndrome caracterizado por el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal y profesional. Por un lado, el cansancio emocional hace referencia al agotamiento, al desgaste, a la pérdida de energía y a la fatiga debido al trabajo que se realiza. Se manifiesta psicológica, físicamente o una combinación de ambas.

En segundo lugar, encontramos la tendencia a la despersonalización, es decir, el desarrollo de una actitud negativa e insensible hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo. El tercer componente es la baja realización personal, referida a la presencia de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo, como baja autoestima, baja productividad, incremento de la irritabilidad, evitación de las relaciones profesionales e incapacidad para soportar la presión.

De todo lo anterior se deriva que para que aparezca el Burnout es necesario la interacción entre las respuestas individuales al estrés junto a la presión laboral en el ambiente de trabajo (Nobel, Lluch, Miguel, 1991). En la actualidad, dentro de las profesiones del sector servicios, la profesión de enfermería ha sido identificada como uno de los ámbitos en el que el Burnout tiene una incidencia muy marcada. (Gil-Monte, Carretero y Roldán, 2005; McGrath, Reid y Boore, 1989).

La década de los noventa se caracteriza por una consolidación en todos los continentes del Burnout, aumentando las investigaciones realizadas, así como la traducción del MBI a múltiples idiomas. En esta década, el interés por el Burnout aumenta considerablemente y es cuando se publican algunos estudios de casos que describen la clínica en profesionales (Farber, 1990). A lo que se le da mayor importancia es a conocer los puntos normativos de corte que permitieran diferenciar a aquellos individuos afectados por el Burnout, de aquellos que no estaban clínicamente afectados.

No obstante, la característica fundamental de esta época fue la aplicación de modelos de ecuaciones estructurales que permitieron analizar relaciones multicausales entre las dimensiones del Burnout, es decir, sus antecedentes y sus consecuencias, y así contrastar modelos factoriales. (Gil-Monte y Moreno-Jiménez, 2007)

Con el cambio de siglo, el Burnout ha adquirido una gran relevancia en Europa. En los

últimos años, son muchas las publicaciones en medios de comunicación que han dado gran importancia a este término, considerándose un riesgo psicosocial emergente en la actividad laboral. Mediante estudios que incluyeron indicadores fisiológicos y metabólicos, se han encontrado evidencias sobre la influencia en el deterioro del organismo y en la aparición de problemas de salud.

Así, el personal de enfermería se enfrenta al dolor y a la muerte habitualmente, a desajustes organizacionales y a múltiples problemas relacionados con su tarea. A todo esto, hay que sumar el hecho de que el trabajo de los enfermeros requiere que tengan la suficiente experiencia clínica y madurez que les permita enfrentarse a la toma de decisiones ante situaciones críticas. En este sentido, se ha identificado como un grupo especial de riesgo porque en ella concurren factores personales, profesionales e institucionales, que son causas potenciales del síndrome que estudiamos (Maslach y Jackson 1986).

Por otro lado, no aparece un acuerdo unánime entre los autores a la hora de determinar los aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout. Por ejemplo, la edad no parece influir y respecto al sexo, las mujeres son más vulnerables, quizá por la doble carga de trabajo que conlleva la tarea familiar y la práctica profesional. Respecto al estado civil, tampoco parece haber un acuerdo. La turnicidad, el horario laboral, la antigüedad profesional, la sobrecarga laboral y el salario son otros factores en los que existe también controversia a la hora de estimar la prevalencia del Burnout. (Atance 1997). Diferentes autores destacan también el soporte social como medio para disminuir el Burnout. Por el contrario, existen factores estresantes crónicos del entorno laboral, como los pacientes difíciles (Pérez, Alameda y Albéniz, 2002)

Dado que no se dispone de suficientes estudios que aporten datos de la prevalencia del Burnout en personal de enfermería en Elche y que los profesionales sanitarios estén más expuestos al Burnout, el objetivo de este estudio ha sido determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en los profesionales del área de enfermería del Hospital General Universitario de Elche.

## MÉTODO

### Participantes

Se eligieron a los participantes mediante muestreo aleatorio estratificado y se realizó un estudio transversal. La muestra estuvo compuesta por un total de 40 profesionales de enfermería del Hospital General Universitario de Elche. En la muestra analizada, el 90% eran mujeres con una edad media de  $40,80 \pm 9,53$  años y una media de 14 años trabajando en este hospital.

Los cuestionarios se distribuyeron en un total de 8 plantas: Cardiología, Oncología, Medicina, digestiva/Cirugía general, Traumatología, Medicina interna/ Neumología, Lactantes, Obstetricia y Ginecología

La muestra se distribuyó uniformemente en 5 enfermeros/as por planta, menos en la planta de Cardiología que fueron (3), Obstetricia (4) y Medicina Interna (7).

### Instrumentos

Para la recogida de la información se han aplicado tres tipos de instrumentos. Las variables sociodemográficas y laborales se recogieron mediante un cuestionario *ad hoc* en el que se les preguntaba por datos personales (edad, sexo, estado civil, número de hijos, nivel de estudios) y laborales (antigüedad en la profesión, turno laboral, tipo de contrato, horas de trabajo semanales).

Para la evaluación del Síndrome de Burnout se aplicó el Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS) de Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996). Adaptación al castellano de Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau (2000) (ver Anexo I: Instrumentos). Mediante este cuestionario se medirán las tres dimensiones del Síndrome de Burnout: el cansancio emocional (CE), la despersonalización (DP) y la realización personal (RP).

La primera de estas dimensiones, el cansancio emocional, está formada por 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20) que describen sentimientos de abrumación y agotamiento emocional por el trabajo. La subescala de despersonalización está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15 y 22), es la cualidad de burnout que está de forma más exclusiva asociada al trabajo con personas. Por último la dimensión de realización personal en el trabajo está compuesta por 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21) que describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo.



Finalmente, utilizamos una cuarta escala a la que hemos llamado Total, que se obtenía sumando las puntuaciones de las tres dimensiones, cuyo resultado es directamente proporcional en el caso del cansancio emocional y la despersonalización e inversamente proporcional en la escala de realización personal. De esta manera se considera Burnout cuando se puntúa alto en cansancio emocional y despersonalización y bajo en realización personal. (Hidalgo y Díaz, 1994). Se hará un análisis de la prevalencia del síndrome de Burnout considerando los percentiles propuestos por Gil-Monte y Peiró (2000)

*Tabla 1. Valores burnout (Gil- Monte y Peiró, 2000)*

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

Además, añadiremos un tercer instrumento de evaluación, el General Health Questionnaire (GHQ) de Goldberg y Hiller (1979). Utilización de la versión al castellano de Muñoz (1996), en su versión de 12 ítems (GHQ-12) (Anexo Instrumentos I). Este cuestionario es utilizado para la medición del bienestar psicológico general autopercebido, como índice de la salud mental en el trabajo (Cifre y Salanova, 2000). Fue diseñado para identificar dos clases principales de problemas: la incapacidad para seguir llevando a cabo las funciones normales saludables y la aparición de nuevos fenómenos del tipo del malestar psíquico. (McDowell y Newell, 1987).

El GHQ detecta trastornos de menos de dos semanas de duración, es decir, se trata de una medida de estado, que refleja hasta qué punto un individuo cree que su estado actual es distinto del habitual. Para evaluar el GHQ se les asigna a las 2 primeras alternativas de cada pregunta un puntaje de 0 y a las 2 últimas alternativas de cada pregunta se les asigna un puntaje de 1.

De modo que:

- De 0 a 4 puntos: ausencia de psicopatología.
- De 5 a 6 puntos: sospecha de psicopatología subumbral.

- De 7 a 12 puntos: indicativo de presencia de psicopatología.

Utilizamos este instrumento para conocer si la persona encuestada presenta además de altos niveles de Burnout, altos niveles de GHQ. En este caso, el Burnout afecta a la salud de los enfermeros.

## **Procedimiento**

Los cuestionarios se entregaron a 5 enfermeros/as por planta (salvo las excepciones ya mencionadas) junto con un consentimiento informado (Anexo II: consentimiento informado) en el que se explicaba el objetivo del estudio y su confidencialidad.

Para poder acceder a la muestra tuve que acudir al departamento de docencia del Hospital y entregarle el proyecto de estudio que iba a realizar para que se lo remitiera al Gerente del Hospital. Una vez el Gerente dio la aprobación del estudio, acudí personalmente por las diferentes plantas del Hospital, hablando con cada supervisor y explicándoles el objetivo del proyecto para que me permitieran dejarles el cuestionario para que los enfermeros lo cumplimentaran. Al cabo de 3 días, volví al hospital para recoger los formularios.

## **Análisis de los datos**

El análisis de los datos se efectuó utilizando el paquete estadístico SPSS. Se realizó un estudio estadístico descriptivo y analítico, siendo el nivel de significación elegido de  $p < 0,05$ .

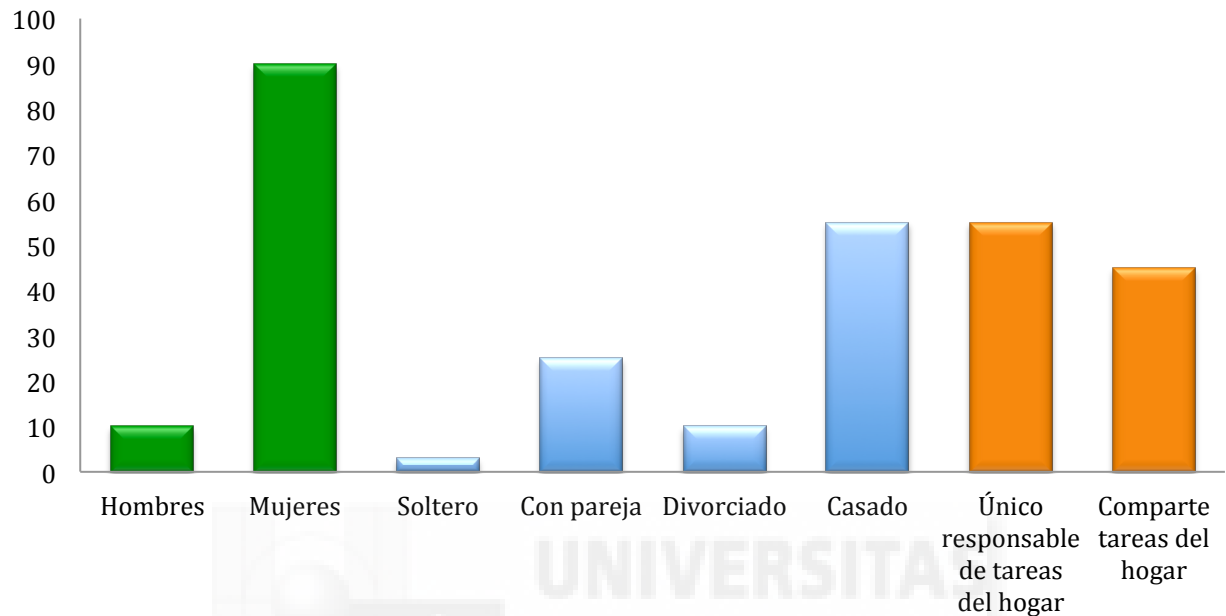
## **RESULTADOS**

*Datos sociodemográficos y laborales.* El 75% de los enfermeros y enfermeras encuestados tenían hijos, siendo la media por hogar de 0,95. En cuanto al aporte económico en el hogar, el 20% dicen ser los únicos responsables de los ingresos del hogar, el 32,5% son el principal fuente de ingresos, el 40% aporta alrededor de la mitad de los ingresos y el 7,5% aporta menos de la mitad a los ingresos del hogar.

En la Figura 1 se recogen algunos datos sociodemográficos obtenidos de los cuestionarios. En cuanto al estado civil, se observó que el 2,5% eran solteros, un 25% vive con su pareja, el 10% está divorciado o separado y la mayoría son casados con un 55%. Por otro lado, el

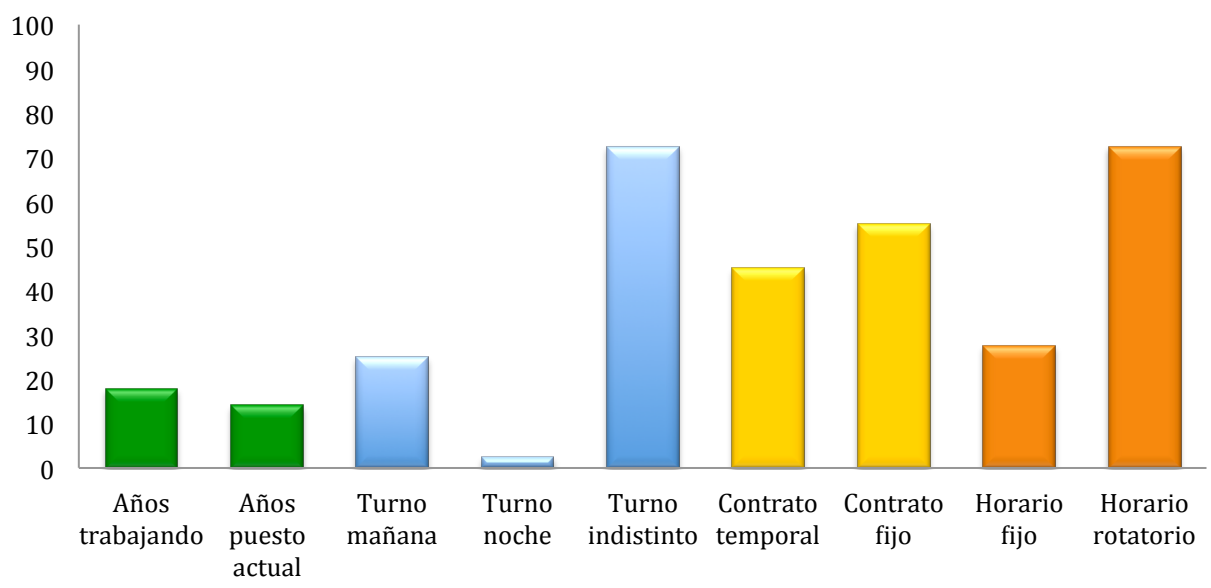
55% son los únicos responsables de las tareas del hogar y de las compras diarias, mientras que el 45% comparten las tareas en casa.

Gráfico 1. Variables sociodemográficas



En cuanto a las variables laborales, hallamos que el tiempo medio de antigüedad en la profesión fue de  $17,85 \pm 8,91$  y en el puesto de trabajo de  $14,08 \pm 8,97$ . El 2,5% de los participantes en el estudio trabajaban hasta 24 horas semanales, el 92,5% de 24 a 40 horas semanales y el 5,0% realizaban más de 40 horas semanales. El 55% de los participantes en el estudio desempeñaban su puesto de trabajo en calidad de fijos y el 45% con contrato indefinido. Al considerar su horario de trabajo hallamos que el 25% trabajaba en el turno de mañana, el 2,5% por la noche y un 72,5% rotaba. Por último, se observa que el 27,56% tenía un horario de trabajo fijo.

Gráfico 2. Variables sociolaborales



Por otro lado, los valores obtenidos en las distintas subescalas del MBI-GS fueron de  $11,95 \pm 8,12$  en la de cansancio emocional; de  $4,65 \pm 5,34$  en la de despersonalización; de  $28,95 \pm 6,86$  en la de eficacia personal y de  $53,28 \pm 18,2$  en la de Burnout.

La frecuencia de personal sanitario afectado por niveles bajos, medios y altos, de acuerdo con las cifras mencionadas en Instrumentos, de cansancio emocional fue de 77,5%, 12,5% y 10%; de 60%, 25% y 15% para la despersonalización; de 85%, 12,5% y 2,5% para la falta de realización personal, y finalmente, de 20,6%, 48,9% y 30,5% para el Burnout.

Por otro lado, al analizar los datos obtenidos según sexo, estado civil, turno laboral y tipo de contrato, se encuentran diferencias significativas en cuanto al sexo, en despersonalización, cansancio emocional y Burnout, siendo las mujeres las que obtuvieron puntuaciones más altas ( $p=0,022$ ,  $p=0,010$ ,  $p=0,009$  respectivamente). Teniendo en cuenta el estado civil, se obtuvo que los casados tuvieron puntuaciones más altas ( $p=0,07$ ).

Haciendo referencia a lo obtenido según el tipo de contrato, los profesionales con contrato de duración determinada estaban más realizados, menos despersonalizados y presentaban puntuaciones más bajas en Burnout ( $p=0,010$ ,  $p=0,012$ ,  $p=0,008$ ). Por otro lado, se hallaron puntuaciones más altas en los profesionales con turno rotatorio respecto al cansancio emocional, la despersonalización y el Burnout ( $p=0,012$ ,  $p=0,002$ ,  $p=0,005$ ).

Al analizar los resultados de las escalas del Burnout por las diferentes plantas, se observó que el agotamiento era estadísticamente mayor en los enfermeros de Medicina Digestiva/Cirugía general ( $P=0,001$ ), la despersonalización en los trabajadores de Medicina

Digestiva ( $p=0,008$ ), la realización personal era de nuevo más baja en el personal de Medicina Digestiva ( $p=0,001$ ), y el Burnout era más alto en Oncología y Medicina Interna ( $p=0,001$ ).

Por otro lado, para interpretar los resultados obtenidos en el cuestionario GHQ-12, se usaron las cifras comentadas en Instrumentos, que señalaban, de 0 a 4 puntos: ausencia de psicopatología; de 5 a 6 puntos: sospecha de psicopatología subumbral; de 7 a 12 puntos: indicativo de presencia de psicopatología.

Así, se puede observar que el 88% de los enfermeros y enfermeras han puntuado de 0 a 4, lo que indica que presentan ausencia de psicopatología y el 13% ha puntuado entre 5 y 6, por lo que presentan sospecha de psicopatología subumbral.

A la planta de Medicina digestiva/Cirugía general pertenecen 5 sujetos, mientras que un sujeto pertenece a la planta de Lactantes. Estos sujetos presentan unas características comunes: están casados, tienen hijos, se consideran los responsables principales de las tareas del hogar, realizan un turno rotatorio y trabajan de 24 a 40 horas semanales.

## CONCLUSIONES

El principal objetivo del presente estudio fue el análisis de prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de enfermería.

En segundo lugar, cabe señalar que en la actualidad hay una bibliografía muy amplia con respecto a este tema, llena de aportaciones en relación a la importancia del Burnout en los profesionales sanitarios. No obstante, hay una gran variedad de resultados en cuanto a la prevalencia del Burnout. En este estudio, encontramos prevalencias en rangos medios-altos en falta de realización personal y burnout y bajos en cansancio emocional y despersonalización.

Por otro lado, y haciendo referencia a los datos obtenidos, cabe señalar cuales son los factores que influyen con mayor frecuencia en la aparición del Burnout en los enfermeros/as. En este sentido, en lo que se refiere a:

1. Factores personales: un predominio del género femenino, casados, con hijos y siendo las principales responsables de las tareas del hogar.
2. Variables laborales: la mayoría tenía contrato de trabajo fijo, con turno rotatorio y una antigüedad en la profesión de unos 17 años y 14 en el puesto actual.

3. Tipo de contrato: se han obtenido mejores resultados en los profesionales que no tienen un contrato fijo y que realizan suplencias, ya que se suele tratar de sujetos con menor tiempo en el puesto, más jóvenes y con menor susceptibilidad al estrés.

Por otro lado, haciendo referencia a la relación del Burnout con las diferentes plantas del hospital, en todas las áreas clínicas, especialmente en oncología y en urgencias, tal como demuestran algunos estudios anteriores, los profesionales deben de tener unas aptitudes como una estabilidad emocional y psicológica, seguridad personal, mucha dedicación así como capacidad de trabajo para hacer frente a la gran carga emocional y asistencial de estas unidades. Por lo que los datos de este estudio concuerdan con la literatura mencionada, en cuanto a que

4. El Burnout era significativamente más alto entre el personal de los servicios de oncología

En cuanto al GHQ-12, cabe destacar que el 87% de la muestra no presenta signos de psicopatología.

5. El 13% podría tener una psicopatología subumbral según el GHQ-12. Estos sujetos pertenecen a las plantas de Medicina Interna y Lactantes, y tienen un perfil común: están casados, tienen hijos, son los responsables principales de las tareas del hogar y tienen un turno rotatorio.

De este 13% de sujetos que puntuaron alto en el GHQ-12, hay un caso de un enfermero/a que el motivo se debe a una mala relación con un compañero/a, por lo que tiene un problema laboral que afecta a su estado emocional en su puesto de trabajo y como consecuencia un desgaste profesional que posiblemente afecte tanto al paciente como al resto de trabajadores.

En consecuencia, una de las acciones que se debería hacer es una intervención de Evaluación de Riesgos Psicosociales en las plantas mencionada, Medicina Interna y Lactantes. Algunas de las medidas que se podrían tomar en los individuos implicados podrían ser:

1. Manejo didáctico del estrés: incrementar el conocimiento sobre el estrés, así como se sus causas y de sus consecuencias, para ofrecer remedios ante este tipo de situaciones.
2. Promoción de estilos de vida saludables: parece que la conducta más efectiva y saludable para modificar el estado emocional negativo, es la práctica de ejercicio físico.
3. Entrenamiento en solución de problemas: emplear estrategias centradas en el problema

previene el desarrollo del síndrome. Tiene como objetivo que el sujeto aprenda a resolver las situaciones problemáticas de manera eficaz, actuando sobre el estímulo estresor.

4. El incremento de los recursos personales de resistencia: Los recursos emocionales de resistencia delimitan un conjunto de variables relevantes para conocer y predecir las fuentes de resistencia al desgaste profesional (Garrosa, 2003).

Por otro lado, algunas intervenciones centradas en el individuo en interacción con la organización podrían ser:

1. Entrenamiento en habilidades interpersonales: tiene como objetivo que los profesionales adquieran habilidades como, “cómo iniciar, conducir y terminar el proceso de ayuda”, “cómo tratar con personas distintas”, “cómo hablar sobre asuntos delicados”, etc.
2. Apoyo individualizado sobre problemas laborales: se basa en la ayuda brindada por un experto en la solución de posibles problemas laborales.
3. Equilibrar el trabajo y la vida privada: para muchos profesionales quemados, no existe la vida fuera del trabajo, por lo que resulta muy importante este aspecto para conseguir un adecuado equilibrio entre el área pública y privada.
4. Grupos de apoyo: el apoyo social desempeñan varias funciones (Cutrona y Rusell, 1990; Breva, 1998) que lo convierten en uno de los factores más importantes en la prevención del estrés. Entre ellas se encuentran el apoyo emocional, el apoyo de estima, el apoyo informacional y el apoyo de la red social.
5. Cambios de puesto: en algunos casos, la reintegración social del sujeto quemado solo se puede llevar a cabo en forma de cambio de puesto de trabajo, bien dentro del mismo campo laboral, o bien desplazándose hacia otra área de trabajo.

Para terminar, cabe señalar las limitaciones del presente estudio. Por un lado, no ha sido posible coger toda la muestra del hospital y se ha limitado a las diferentes plantas del hospital, y dentro de éste a una muestra de 40 enfermeros, por lo que no pudo extrapolar los resultados a servicios como Urgencias, UCI, UCE y Hospital de día psiquiátrico. Por otro lado, sólo se realizó el estudio en el Hospital General Universitario de Elche, quedando otros dos hospitales como el del Vinalopó y el Imed en la misma ciudad por estudiar.

Para posibles investigaciones a futuro o líneas de investigación o de intervención, señalar que se debería ampliar la red de hospitales, comparando los tres que disponemos en Elche, y ampliar los diferentes servicios del hospital. Con estas medias, obtendríamos datos más representativos del Síndrome de Burnout en los hospitales de la ciudad de Elche.

## REFERENCIAS

- Atance, J.C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública*, 71, 294-303
- Cano, M. A., García, C, García, E., López, M. y, Parera N. (1996). ¿Está quemada la enfermería?: síndrome de burnout. *Enf Intensiva*; 7, 138-46.
- Demeuroti, E., Bakker, A.R., Nachreiner, F. y, Schaufeli W.B. (2000). A model of Burnout and life satisfaction among nurses. *J Adv Nurs*, 32, 454-64.
- Gil-Monte P.R. y Peiró J.M. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *Rev. Psicológica Trabajo Organizacional*, 16(2), 135-149.
- Gil-Monte, P. R. (2001). Falta de reciprocidad en los intercambios sociales como antecedente del “síndrome de quemarse por el trabajo” (burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 11(1), 21-31.
- Gil-Monte, P. R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo*, 7, 3-10.
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (“burnout”). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P.R. y Moreno-Jiménez, B. (2007). *El Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide.
- Hidalgo I. y Díaz R.J. (1994). *Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Ávila*. Barcelona: Medicina Clínica.
- Hidalgo, I., y Díaz, R.J. (1994). *Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Ávila*. Barcelona: Medicina Clínica.
- Maslach, C. y Jackson S. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C. y, Jackson S.E. (1981). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.



- Nobel, G., Lluch, M.T., y Miguel M.D. (1991). *Enfermería psicosocial 2*. Barcelona: Salvat.
- Oliver, C. (1993). *El Burnout como síndrome específico [tesis doctoral]*. Madrid: Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.
- Orozco, P., y García, E. (1993) *Factores que influyen en el nivel de cansancio laboral de los médicos de atención primaria*. Madrid: Atención Primaria.
- Ortega, C., y López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: Revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Pérez Andrés, C., Alameda, A., y Albéniz, C. (2002). *La formación práctica en enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión*. Madrid: *Revista Española de Salud Pública*, 76:517-30.



## Anexo I: Instrumentos

### BURNOUT

Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS) de Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996). Adaptación al castellano de Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau (2000)

**Por favor, indique con una cruz (X) con qué frecuencia experimenta en su trabajo cada una de las experiencias que describimos a continuación. Utilice para ello la escala que acompaña a cada afirmación.**

	0	1	2	3	4	5	6					
	Nunca / Ninguna vez	Casi nunca / Pocas veces al año	Algunas veces / Una vez al mes o menos	Regularmente / Pocas veces al mes	Bastantes veces / Una vez por semana	Casi siempre / Pocas veces por semana	Siempre / Todos los días					
BR1	Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo					0	1	2	3	4	5	6
BR2	Estoy "consumido" al final de un día de trabajo					0	1	2	3	4	5	6
BR3	Estoy cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día en mi puesto					0	1	2	3	4	5	6
BR4	Trabajar todo el día es una tensión para mí					0	1	2	3	4	5	6
BR5	Puedo resolver de manera eficaz los problemas que surgen en mi trabajo					0	1	2	3	4	5	6
BR6	Estoy "quemado" por el trabajo					0	1	2	3	4	5	6
BR7	Contribuyo efectivamente a lo que hace mi organización					0	1	2	3	4	5	6
BR8	He perdido interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto					0	1	2	3	4	5	6
BR9	He perdido entusiasmo por mi trabajo					0	1	2	3	4	5	6
BR10	En mi opinión soy bueno en mi puesto					0	1	2	3	4	5	6
BR11	Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo					0	1	2	3	4	5	6
BR12	He conseguido muchas cosas valiosas en este puesto					0	1	2	3	4	5	6
BR13	Quiero simplemente hacer mi trabajo y no ser molestado					0	1	2	3	4	5	6
BR14	Me he vuelto más cínico respecto a la utilidad de mi trabajo					0	1	2	3	4	5	6
BR15	Dudo de la trascendencia y valor de mi trabajo					0	1	2	3	4	5	6
BR16	En mi trabajo, tengo la seguridad de que soy eficaz en la finalización de las cosas					0	1	2	3	4	5	6
BR17	Trato a algunas personas de mi trabajo como si fueran objetos (clientes, pacientes, alumnos, etc.)					0	1	2	3	4	5	6
BR18	Creo que soy más insensible con la gente que trato en mi trabajo desde que estoy en este puesto					0	1	2	3	4	5	6
BR19	Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente					0	1	2	3	4	5	6
BR20	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunas personas a las que tengo que atender en mi trabajo					0	1	2	3	4	5	6
BR21	Siento que las personas que atiendo en mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas					0	1	2	3	4	5	6

## General Health Questionnaire

General Health Questionnaire (GHQ) de Goldberg y Hiller (1979). Utilización de la versión al castellano de Muñoz (1996), en su versión de 12 ítems (GHQ-12)

---

**Por favor, lea cuidadosamente las siguientes preguntas. Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS.**

**Por favor, conteste a todas las preguntas, marcando con una cruz (X) la respuesta que, a su juicio, puede aplicarse mejor a usted. Recuerde que queremos saber los problemas RECIENTES Y ACTUALES, NO LOS DEL PASADO.**

1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?

- Mejor que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Algo más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

3. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

- Más útil que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos útil que lo habitual
- Mucho menos útil que lo habitual

4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

5. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Algo más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha sentido la sensación de que no puede superar sus dificultades?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Algo más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?
- Más que lo habitual
  - Igual que lo habitual
  - Menos que lo habitual
  - Mucho menos que lo habitual
8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?
- Más capaz que lo habitual
  - Igual que lo habitual
  - Menos capaz que lo habitual
  - Mucho menos capaz que lo habitual
9. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido?
- No, en absoluto
  - No más que lo habitual
  - Algo más que lo habitual
  - Mucho más que lo habitual
10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo?
- No, en absoluto
  - No más que lo habitual
  - Algo más que lo habitual
  - Mucho más que lo habitual
11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
- No, en absoluto
  - No más que lo habitual
  - Algo más que lo habitual
  - Mucho más que lo habitual
12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?
- Más que lo habitual
  - Igual que lo habitual
  - Menos que lo habitual
  - Mucho menos que lo habitual



## Anexo II: Consentimiento informado

Estimada/o Sr/a:

Por la presente me complace invitarle a participar en el trabajo de fin de grado que debo realizar para la Universidad Miguel Hernández. Su participación es de gran importancia en mi proceso de enseñanza y aprendizaje.

El objetivo general del trabajo es determinar el estrés laboral del personal sanitario del Hospital General de Elche, especialmente enfermeros y auxiliares de enfermería.

Es por ello que ruego me permita transferirle unos cuestionarios. Garantizamos la confidencialidad de los datos obtenidos, asegurando su anonimato.

Tiene libertad de participación y por hacerlo no recibirá compensación alguna. No están previstos de riesgos para su integridad física y moral, ya que se trata de una recogida de información por medio de unos cuestionarios.

La información obtenida será utilizada para la realización de un trabajo personal que tan solo será revisado por mis profesores y que en cualquier momento puede ser solicitada su revisión por su parte, sin que aparezca en ningún momento su identidad real.

Yo, \_\_\_\_\_, he leído y comprendido la información del presente escrito. Dejo constancia de que acepto participar libremente y de que puedo abandonar el trabajo cuando quiera, sin necesidad de justificar mi decisión.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015

Firmado: