



PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y EL RIESGO EN ENFERMERÍA Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD DE ONCOLOGÍA

AUTOR: CRISTINA ALCOBAS ROMERO.

TUTOR: JOSE M^a ROEL VALDES.

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

MÁSTER UNIVERSITARIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ. CURSO 2015-16

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
1.1 EN QUÉ SE BASA LA ENFERMERÍA.....	4
1.2 MARCO LEGAL.....	9
1.3 TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO DE BURNOUT.....	10
2. JUSTIFICACIÓN.....	11
3. OBJETIVOS	12
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	12
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
4. METODOLOGÍA.....	12
4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	12
4.2 POBLACIÓN DE REFERENCIA O ÁMBITO DE ESTUDIO:	12
4.3 POBLACIÓN A ESTUDIO O DIANA:.....	13
4.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	13
4.5 TAMAÑO MUESTRAL	13
5. INSTRUMENTOS DE MEDIDA.....	14
6. RECOGIDA DE DATOS	14
7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	15
8. ASPECTOS ÉTICOS	15
9. RESULTADOS	15
10. DISCUSIÓN	19
11. CONCLUSIONES	21
12. CALENDARIO DE ACTIVIDADES	24
13. BIBLIOGRAFÍA	25
14. ANEXOS.....	28

RESUMEN

El Burnout cada vez tiene más relevancia entre los profesionales de la salud y se considera un problema de salud pública, ya que su afección trae consigo efectos negativos tanto para el trabajador como para la organización en la que trabaja. El objetivo de este trabajo es determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout y cada una de sus dimensiones y el riesgo de padecerlo, en el personal sanitario, de las categorías de enfermería y auxiliares de enfermería, de los servicios de oncología del hospital General Universitario Santa Lucía, que por las características de su trabajo es susceptible de sufrir el “síndrome del quemado”. Se trata de un estudio observacional descriptivo, transversal con muestreo aleatorio simple, para determinar la prevalencia y características de los profesionales (edad, sexo, tiempo trabajado en el servicio, etc.).

En los resultados del estudio, según los datos obtenidos, el 67,7% de los profesionales no presenta Síndrome de Burnout, mientras que el 32,3% restante si presenta Síndrome de Burnout.

Conclusiones: los resultados obtenidos en este estudio nos alertan sobre el estado actual de Burnout en el servicio de oncología del Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena; descubriendo niveles que pueden derivar en una sintomatología alarmante de Burnout.

ABSTRAC

Burnout is increasingly important among health professionals and is considered a public health problem, as their condition brings negative effects for both the worker and the organization he works for. The aim of this study was to determine the prevalence of burnout syndrome and each of its dimensions and the risk of suffering, in health care workers, categories of nursing and auxiliary nursing, oncology services at the University Hospital General St. Lucia, which by the nature of their work is susceptible to the "burnout". This is an observational, cross-sectional study with simple random sampling, to determine the prevalence and characteristics of professionals (age, sex, time worked in service, etc.).

In the survey results, according to the data, 67.7% of professionals no burnout syndrome, while the remaining 32.3% if you have Burnout Syndrome.

Conclusions: The results obtained in this study warn us about the current state of Burnout in the oncology department of the University Hospital Santa Lucía de Cartagena; discovering levels that can lead to an alarming symptoms of burnout.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 EN QUÉ SE BASA LA ENFERMERÍA.

Definiciones de Enfermería.

Florence Nightingale, en 1859, define la Enfermería como “El acto de utilizar el entorno del paciente para ayudarle en su recuperación”.

Virginia Herdenson, en 1966, dijo que “La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible”.

La Asociación Norteamericana de Enfermeros declara desde 1980 en un documento denominado «Nursing: A Social Policy Statement» indica a la enfermería como: «El diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales»

Según la ANA (American Nurses Association), en el 2003, la Enfermería “Es la protección, promoción y optimización de la salud y las capacidades, prevenciones de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana y el apoyo activo en la atención de individuos, familias, comunidades y poblaciones”.⁽¹⁾

La OMS dice que la Enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos en todos los contextos, e incluyen la de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Las funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación. (Revisión 2015).⁽²⁾

En las últimas décadas, la comprobación de las implicaciones y de las derivaciones de las transformaciones del contexto laboral, han llamado la atención para el estudio de los riesgos psicosociales en el trabajo.⁽³⁾

Los factores psicosociales son las condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionadas con la organización del trabajo, su contenido y con la realización de la tarea, que se presentan con capacidad de afectar positiva o negativamente al desarrollo del trabajo, y la salud física, psíquica y/o social del trabajador. Cuando esos factores psicosociales son percibidos negativamente por los individuos se convierten en

factores de riesgo, y pueden producir estrés laboral que, potencialmente, pueden causar daño psicológico, fisiológico o social en las personas. Este fenómeno se ha incrementado en las últimas décadas hasta el punto de constituir un problema laboral y social similar al de otro tipo de riesgos, como los físicos, químicos o biológicos. ⁽⁴⁾

La *National Institute for Occupational Safety and Health* define el estrés ocupacional o estrés en el trabajo, como las reacciones físicas y emocionales nefastas que ocurren cuando las exigencias de la función no coinciden con las capacidades, recursos o necesidades del trabajador. ⁽³⁾

Entre 50% y 60% de los días de trabajo perdidos están relacionados con el fenómeno del estrés. Según un conjunto extenso de estudios, el estrés es responsable por la disminución de la calidad del desempeño profesional, por la disminución de la satisfacción y el bienestar del individuo y por el absentismo laboral. ⁽³⁾

En el ámbito hospitalario, se pueden encontrar gran cantidad de problemas que están asociados al estrés laboral y que tienen efectos negativos en la calidad de vida del personal de enfermería, los cuales deben ser afrontados de manera adecuada ya que pueden alterar su estado de salud, el rendimiento laboral, la adaptación hospitalaria, favorecer el ausentismo y causar enfermedades laborales.

Según estudios realizados en Estados Unidos el trabajo de la enfermería hospitalaria es considerado como intrínsecamente estresante ya que está en contacto continuo con el dolor y en ocasiones con la muerte, así como la carga de trabajo, las tensiones a las que están sometidos, etc. Todo esto, puede llegar a ocasionar en el trabajador un descontrol de sus emociones y convertirse en la causa de enfermedades psicosomáticas. ⁽⁵⁾

Otros estudios realizados muestran que un alto porcentaje de enfermeros/as percibe factores psicosociales desfavorables, y además muestran que su trabajo les genera desgaste e influye en una condición de salud desfavorable. Autores plantean que las condiciones de trabajo de las enfermeros/as se caracterizan por sobrecarga de trabajo, jornadas extensas, turnos rotatorios, trabajo nocturno, frecuentes cambios de servicios y carga psicológica por el manejo de situaciones críticas. ⁽⁶⁾ Por todo esto está justificado el interés de realizar estudios relacionados con el estrés en enfermería, por la naturaleza de los servicios prestados, una vez que la calidad y eficacia de su trabajo pueden tener un impacto decisivo en la calidad de los cuidados prestados a los usuarios. ⁽⁷⁾

En el área de la oncología la prestación de cuidados se recubre de gran complejidad y exigencia, debido a las demandas asistenciales del paciente oncológico: tratamientos prolongados y agresivos con efectos colaterales, sufrimiento y sentimientos de miedo, desesperación y pánico de los enfermos, y la muerte. Todo ello, ha sido evidenciado como

factores de estrés y están relacionados al sufrimiento psíquico del profesional de enfermería en oncología. ⁽⁸⁻⁹⁾

El trabajo de la enfermería oncológica requiere de un gran número de actividades que necesita de un control mental y emocional de mayor rigor que en otras disciplinas, ya que es una tarea expuesta a múltiples agresiones, como la manipulación de pacientes con mal pronóstico, cuidados prolongados; también se demanda alta responsabilidad que traen como consecuencia desgaste físico y mental y el requerimiento de un espíritu mantenido de compartir con el enfermo y su familia, las horas de angustia, depresión y dolor.

De hecho el trabajo con pacientes significa para el profesional que lo realiza un doble reto, en tanto implica no solamente un alto nivel de eficacia profesional, sino también un compromiso personal en el cual quiera o no quiera, se afectan sus propias emociones y necesidades. Pero está claro que si el enfermo que debe atender tiene una enfermedad maligna, este reto se multiplica. ⁽¹⁰⁾

Pero no todos los trabajadores ante una determinada condición psicosocial adversa desarrollan las mismas reacciones. Ciertas características propias de cada trabajador (personalidad, necesidades, expectativas, vulnerabilidad, capacidad de adaptación, etc.) determinarán la dimensión y la naturaleza tanto de sus reacciones como de las consecuencias que sufrirá. Así, estas características personales también tienen un papel importante en la generación de problemas de esta naturaleza. ⁽¹¹⁾ Desde este planteamiento, los riesgos psicosociales se pueden categorizar en dos bloques:

- Estresores o demandas laborales, entendidas como aspectos físicos, sociales y organizacionales que requieren esfuerzo sostenido, y están asociados a ciertos costes fisiológicos y psicológicos.
- La falta de recursos personales y laborales. Los recursos personales hacen referencia a las características de las personas. Los recursos laborales, son entre otros, el nivel de autonomía en el trabajo, el feedback o retroalimentación sobre las tareas realizadas, y la formación que oferta la organización.

El estrés es difícil de determinar porque es muy común; tiene muchas causas que es casi imposible medir. Cierta grado de estrés en la vida es normal y necesario, pero si se prolonga o es repetido y continuo, el organismo se agota y pueden surgir enfermedades. Los primeros síntomas de una reacción de estrés-distrés crónico pueden ser inespecíficos: indecisión, falta de apetito, pérdida de peso, funcionamiento irregular de los intestinos, dolor de cabeza, dolor de espalda, alergias de la piel, insomnio, nerviosismo, temblores, mala memoria e irritabilidad. Puede que estos síntomas no aparezcan y que el estrés conduzca directamente a una enfermedad real.

En la medida en que las organizaciones sanitarias, tanto públicas como privadas, buscan un mejor cuidado de sus pacientes así como una mayor efectividad de los tratamientos, también necesitan maximizar su potencial humano. Maslach (1982) afirma que los profesionales de la salud al estar en interacción con los problemas psicológicos, sociales y/o físicos de los pacientes, son potencialmente más vulnerables al estrés crónico, al desgaste emocional y finalmente al desgaste profesional. Los periodos prolongados de desgaste profesional tienen consecuencias perjudiciales a largo plazo tanto a nivel individual, en el cuidado de los pacientes y la misma efectividad de la organización.⁽¹²⁾

Estas instituciones competentes y máximamente autorizadas vienen insistiendo desde hace más de 6 años en la necesidad de adoptar nuevos enfoques en materia de prevención de riesgos profesionales y atender a nuevos o más bien emergentes, riesgos, como los denominados “riesgos psicosociales”, un concepto unitario que engloba una diversidad de situaciones.

Entre estas situaciones se encuentra el “síndrome del quemado” o de “desgaste profesional”, también conocido como “estrés asistencial” por tener mayor incidencia en determinados colectivos profesionales, en particular, quienes prestan servicios educativos, sanitarios y sociales⁽¹³⁾ y en general, entre aquellos profesionales que mantienen trato con personal ajeno a la empresa o a la Administración, clientes, usuarios o consumidores del producto de su responsabilidad; este trato genera una forma de tensión que los expertos individualizan en sus consecuencias negativas bajo el calificativo de Síndrome de Burnout (estar quemado), describiéndolo como una entidad clínica diferenciada. En este caso concreto se encuentra el personal de Enfermería.⁽¹⁴⁾

El constructo de “Burnout”, empleado para referirse a un tipo de estrés generalmente vinculado a las profesiones asistenciales o de servicios, comienza a desarrollarse con los escritos de Freudenberg (1974) en los que se describe el síndrome como “el agotamiento de energía experimentado por los profesionales cuando se sienten sobrepasados por los problemas de los demás”. Maslach y Jackson (1982) enfocan el estudio del Burnout desde los primeros momentos en el estrés emocional que surge de la relación interpersonal con los propios clientes. Por ello estaba centrado en las profesiones de servicios y de ayuda.

Maslach (1976) definía en un primer momento el Burnout como “un estrés crónico producido por el contacto con los clientes que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con los clientes en su trabajo.

Maslach y Jackson (1984) publican un artículo en el que exponían por primera vez las características psicométricas del “Maslach Burnout Inventory” (MBI). Dicho artículo

fue devuelto por el editor de la revista con el comentario de no haber sido leído dado que la línea editorial de la revista no incluía “pop psychology”.

Seguramente el hecho diferencial que marca el paso de un período a otro sea la aparición y el desarrollo del MBI como técnica e instrumento para la evaluación del Burnout, ya que para medir la intensidad del Burnout inicialmente se utilizaba la observación clínica.

Su aparición significó poder contar con una definición operativa que fijara de forma clara qué se entendía por Burnout. En el MBI, el Burnout aparecía definido como “*un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y reducción de la realización personal*”. (Maslach y Jackson, 1981). A partir de su aparición quedaba fijada una línea clara de investigación de estudios empíricos que permitía diferentes tipos de investigaciones sobre su desarrollo y factores asociados. Cabe notar el auge del estudio empírico que supuso su aparición de forma que la bibliografía publicada por Kleiber y Enzman (1990) incluía 1500 trabajos desde 1983.

Es probablemente en la obra editada conjuntamente por Schaufeli, Maslach y Marek (1993) dónde se encuentran los primeros elementos de la reelaboración del constructo al insistir en el síndrome como un proceso profesional (Professional Burnout) y al insistir en el proceso como algo que puede derivarse de cualquier actividad profesional e incluso no profesional (Maslach y Schaufeli, 1993).⁽¹⁵⁾

El síndrome de quemarse por el trabajo está definido por la coexistencia de tres síntomas: a) baja realización personal en el trabajo (RPT), que hace referencia a la tendencia de los trabajadores a evaluarse negativamente, en especial en relación a su habilidad para realizar el trabajo y a las relaciones con las personas hacia las que se trabaja, b) agotamiento emocional (AE), es una experiencia en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo debido al contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo y c) despersonalización (DEP), definida como el desarrollo de actitudes, sentimientos, y conductas negativas y cínicas hacia las personas destinatarias del trabajo.

Estos tres síntomas se recogen en forma de dimensiones en el MBI-HSS (Maslach y Jackson, 1986).⁽¹⁶⁾

El MBI-HSS es una escala o cuestionario dirigido a los profesionales de la salud. Este instrumento es la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson 1981). Está constituido por 22 ítems que se distribuyen en 3 escalas para evaluar la frecuencia con que los profesionales perciben *baja realización personal en el trabajo* (8 ítems) (v. g., Me siento acabado); *agotamiento emocional* (9 ítems) (v. g., Me siento emocionalmente agotado por

mi trabajo); y, *despersonalización* (5 ítems) (v. g., Realmente no me preocupa lo que les ocurre a mis pacientes).⁽¹⁷⁾ Existe una versión realizada en español que subsana las insuficiencias psicométricas en su adaptación a idiomas diferentes del inglés. (CESQT. Pedro Gil Monte)

La inquietud por el estrés laboral y por el SQT (síndrome de Quemarse por el Trabajo) se ha dejado notar en numerosas publicaciones académicas y científicas. Hay datos que insisten en que uno de cada 10 trabajadores de los países industrializados sufre depresión, ansiedad, estrés o cansancio crónico, lo que ocasiona graves consecuencias económicas y sociales en el trabajo, según un nuevo informe de la Organización Internacional del Trabajo (...) En Finlandia, más del 50% de los trabajadores sufre algún tipo de síntoma relacionado con el estrés tales como ansiedad, sentimientos depresivos, (...), y trastornos del sueño. Otros estudios afirman que en los países de la UE los costos del estrés en el trabajo son cada vez mayores calculándose que entre un 3 o 4% del PIB se gasta en problemas de salud mental”.

1.2 MARCO LEGAL

En España, la Constitución (art. 40.2) exige a los poderes públicos velar por la seguridad e higiene en el trabajo, indicando el desarrollo de una política de prevención de riesgos y protección de la salud de los trabajadores. En la Ley General de Sanidad, la salud laboral figura en el capítulo IV, ocupándose el art. 21 de los aspectos de la actuación sanitaria en este campo: promoción de la salud integral de los trabajadores, prevención de riesgos profesionales, vigilancia de las condiciones de trabajo, determinación y prevención de los factores del microclima laboral, vigilancia de la salud de los trabajadores, elaboración de mapas de riesgo, y promoción de la información, formación y participación de trabajadores y empresarios en planes, programas y actuaciones sanitarias en el campo de la salud laboral.⁽¹⁸⁾

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 implantada en España mediante la aprobación de la actual Ley de Prevención de Riesgos Laborales (ley 31/1995 de 8 de noviembre, BOE 10-11-1995) al reconocer la organización y la ordenación del trabajo como condiciones de trabajo susceptibles de producir riesgos laborales, incorpora la necesidad de diagnosticar y prevenir los riesgos psicosociales con el objetivo de erradicarlos y ofrecer entornos laborales más saludables. Dentro de los riesgos laborales de carácter psicosocial, el estrés laboral y el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) ocupan un lugar destacado, pues son una de las

principales consecuencias de unas condiciones de trabajo nocivas, fuente asimismo de accidentalidad y absentismo.

La OIT (2001) reconoce que el estrés y el agotamiento son problemas de salud mental en el medio ambiente de trabajo y que el SQT es un efecto crónico del estrés laboral sobre la salud de dimensiones similares a otros trastornos mentales (Maslach, 2001).⁽¹⁹⁾

1.3 TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO DE BURNOUT

Invertir en prevención pasa por la formación de los trabajadores en contenidos de psicología, además se hace necesario implantar medidas dirigidas al mantenimiento del sistema social de la organización y a implantar programas de entrenamiento de habilidades y apoyo sociales.⁽²⁰⁾

En el ámbito de la sanidad una de las primeras medidas para evitar el síndrome de quemarse por el trabajo es formar al personal para conocer sus manifestaciones y considerar programas que impliquen la adquisición de conocimientos. Las estrategias para la intervención deben contemplar tres niveles:

a) nivel individual: considerar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales, y el desarrollo de estrategias cognitivo-conductuales que les permitan eliminar o paliar la fuente de estrés y defenderse de las acciones amenazantes para su propio “Yo”, inoculación de estrés (aumentar la resistencia individual al estrés mediante cursos de formación, ofrecidos por la propia institución con carácter gratuito), neutralizar las consecuencias negativas de esa experiencia, proporcionar un estilo de vida sano; dieta, ejercicio y descanso (comedores con dietas equilibradas, gimnasio gratuito para el personal de enfermería).

b) nivel grupal: potenciar la formación de las habilidades sociales y de apoyo social de los equipos de profesionales.

c) nivel organizacional: eliminar o disminuir los estresores del entorno organizacional que dan lugar al desarrollo del síndrome.

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. 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.

En el nivel grupal e interpersonal las estrategias pasan por promover el apoyo social por parte de los compañeros y supervisores. Este tipo de apoyo social debe ofrecer apoyo emocional, pero también incluye evaluación periódica de los profesionales y retroinformación sobre su desarrollo del rol. Entrenamiento en habilidades de comunicación. El sistema sanitario, en general, es un sistema altamente jerárquico donde se establecen relaciones muchas veces autoritarias, o en donde no existen canales de comunicación, tan fundamentales para un buen clima laboral.

En el nivel organizacional, la dirección de las organizaciones debe desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización. Además se recomienda desarrollar programas de socialización anticipatoria, con el objetivo de acercar a los nuevos profesionales a la realidad laboral y evitar el choque con sus expectativas irreales. También se deben desarrollar procesos de retroinformación sobre el desempeño del rol. Junto a los procesos de retroinformación grupal e interpersonal por parte de los compañeros, se debe dar retroinformación desde la dirección de la organización y desde la unidad o el servicio en el que se ubica el trabajador. Además, es conveniente implantar programas de desarrollo organizacional. El objetivo de estos programas se centra en mejorar el ambiente y el clima organizacional mediante el desarrollo de equipos de trabajo eficaces. Otras estrategias que se pueden llevar a cabo desde el nivel organizacional son reestructurar y rediseñar del lugar de trabajo haciendo participar al personal de la unidad, establecer objetivos claros para los roles profesionales, aumentar las recompensas a los trabajadores, establecer líneas claras de autoridad, y mejorar las redes de comunicación organizacional. ⁽²¹⁾ Las rotaciones regulares entre los trabajadores o rotaciones externas opcionales, sería una de las formas de solucionar el Burnout, esto sería viable si existiera flexibilidad en el sistema sanitario. La existencia de un equipo de salud mental, que dé apoyo y asesoramiento psicológico al personal.

2. JUSTIFICACIÓN

El Burnout cada vez tiene más relevancia entre los profesionales de la salud y se considera un problema de salud pública, ya que su afección trae consigo efectos negativos tanto para el trabajador como para la organización en la que trabaja. Hay que tener en cuenta que los profesionales de la salud que trabajan en unidades hospitalarias donde la demanda de atención es alta e intensa generan mucho estrés.

Por tanto, se hace evidente la conveniencia de realizar un estudio descriptivo para determinar la prevalencia y características de los profesionales (edad, sexo, tiempo trabajado en el servicio, etc.) con Síndrome de Burnout del Servicio de Oncología del hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena, así como las posibles relaciones entre estas variables. De este modo, podríamos reconocer la dimensión del problema en nuestro servicio y plantear posibles soluciones e intervenciones para prevenir su aparición, bien dando recomendaciones preventivas del Síndrome, estructurando programas de atención y prevención de este trastorno, así como, diseñando intervenciones de Educación para la salud y su puesta en marcha, ya que estas actividades han demostrado ser eficaces para la promoción y prevención de situaciones de riesgo como el estrés y el Burnout. ⁽²²⁾

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout y cada una de sus dimensiones y el riesgo de padecerlo, en el personal sanitario, de las categorías de enfermería y auxiliares de enfermería, de los servicios de oncología del hospital General Universitario Santa Lucía.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar los profesionales con Burnout (enfermeros y auxiliares) de los servicios de oncología, del hospital de referencia.
2. Determinar el riesgo de padecer Burnout en el personal sanitario (enfermeros y auxiliares) de los servicios de oncología, del hospital de referencia.
3. Analizar la posible asociación de diversas variables (edad, sexo, tiempo trabajado en el servicio, descanso, etc.) con el nivel de Burnout.

4. METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio observacional descriptivo transversal.

4.2 POBLACIÓN DE REFERENCIA O ÁMBITO DE ESTUDIO

Personal sanitario, de los servicios de oncología, pertenecientes a las categorías de enfermería y auxiliares de enfermería, del hospital de referencia del Área II de Salud de la Región de Murcia: Hospital General Universitario Santa Lucía (HGUSL).

4.3 POBLACIÓN A ESTUDIO O DIANA

Personal sanitario, enfermeros y auxiliares, pertenecientes a servicios relacionados con enfermos oncológicos, entre ellos van a participar: planta de hospitalización de oncología en adultos, planta de hospitalización de onco-hematología, hospital de día oncológico y onco-hematológico.

4.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No ser enfermeras y auxiliares de enfermería del servicio de oncología.

Enfermeras y auxiliares de enfermería que se negaron a participar en el estudio.

Aquellos que ya tengan un diagnóstico de salud mental: estrés, depresión...

4.5 TAMAÑO MUESTRAL

La muestra del estudio está compuesta por todo el equipo de enfermería que trabaja en los servicios de oncología del hospital de referencia, siendo un total de 50 individuos entre enfermeros y auxiliares. De los 50 sólo rellenan el cuestionario de forma correcta 31 (N=31) (Ver anexo 2; Características generales de la muestra).

4.6 VARIABLES

- Edad.
- Sexo.
- Años de experiencia profesional.
- Años de experiencia en el servicio.
- Realización de pequeños descansos. El art. 34 del Estatuto de los Trabajadores (ET) relativo a la Jornada de Trabajo fija sus límites de duración máxima a 40 horas semanales como efectivo promedio en el cómputo anual, aunque abre la puerta a su concreción diaria y a su distribución irregular a lo largo del año a la negociación colectiva o al acuerdo con los representantes de los trabajadores, pero exige respetar los periodos mínimos de descanso establecidos en la Ley, que son de doce horas entre el final de una jornada y el comienzo de la siguiente, y de quince minutos cuando la jornada continuada diaria exceda de seis horas, considerándose como tiempo efectivo de trabajo.
- Dimensiones del Síndrome de Burnout (Cansancio emocional, despersonalización y realización personal).
- Riesgo de padecer Síndrome de Burnout.

5. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Los instrumentos utilizados para la recogida de datos han sido dos cuestionarios donde se recogen datos sociodemográficos de la muestra de estudio. Consta de ocho preguntas cerradas y opción múltiple: categoría, sexo, edad, experiencia laboral, antigüedad en el puesto de trabajo. El segundo instrumento de recogida de datos ha sido el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI HSS) en su versión validada en español. (Anexo 1) El cuestionario consta de 22 preguntas valoradas en una escala tipo Likert con cuatro posibles respuestas y mide tres dimensiones del síndrome de Burnout:

1. Cansancio emocional (CE): preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54 puntos. Se clasifica en alto, medio y bajo.
2. Despersonalización (DP): preguntas 5, 10, 11, 15, 22. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30 puntos. Se clasifica en alto, medio y bajo.
3. Realización personal (RP): preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. Evalúa los resultados de autosuficiencia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48. Se clasifica en alto, medio y bajo.

Se deben mantener separadas las puntuaciones de cada sub-escala y no combinarlas en una puntuación única porque no está claro si las tres pesan igual en esa puntuación única o en qué medida lo hacen.

Para identificar el síndrome de Burnout sería preciso obtener puntuaciones altas en cansancio emocional y despersonalización y bajas en realización personal.

Se considera prevalencia de Burnout el tener uno o más factores alterados en un profesional, según otros estudios que han utilizado este criterio de medición (Ramirez, 1995).⁽²³⁾

Para situar los puntos de corte, se utilizaron los propuestos en el estudio de Seisdedos (1997): CE bajo con menos de 18 puntos, CE medio de 19 a 26 y alto con más de 27 puntos; DP bajo con menos de 5 puntos, DP medio de 6 a 9 puntos y DP alto con más de 10 puntos; por último, RP bajo con menos de 33 puntos, RP medio de 34 a 39 puntos y RP alto con más de 40 puntos.^(24,25)

6. RECOGIDA DE DATOS

Las encuestas se distribuyeron entre el personal sanitario, enfermeros y auxiliares, de los servicios de oncología del hospital de referencia, durante el mes de junio de 2016

tanto en turno de mañana, de tarde y de noche. Tras un mes se recogieron todas las encuestas que habían sido respondidas.

7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

-El análisis de datos obtenidos se ha realizado con el paquete estadístico SPSS versión 17.

-Se realiza un análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central y de dispersión y frecuencias.

- Se realizaron contrastes de hipótesis para determinar diferencias entre las medias con el test U de Mann-Whitney, ya que las variables no siguen una distribución normal.

- Se analizó la asociación entre variables cualitativas con tablas de contingencia. Se utilizó la prueba exacta de Fisher, ya que la frecuencia esperada en algunas casillas era inferior a 5.

- En ambos casos se ha determinado un nivel de significación $\alpha = 0.05$.

8. ASPECTOS ÉTICOS

Antes de realizar el estudio, se solicitó autorización al Comité de Ética e Investigación Clínicas (CEIC), mediante envío por correo electrónico de la siguiente información: solicitud para el comité, hoja de recogida de datos (encuesta) y modelo de consentimiento informado.

Se repartieron y recogieron las encuestas personalmente.

9. RESULTADOS

Se obtuvo una tasa de respuesta del 62%. Siendo con respecto al sexo el 93,5% mujeres y el 6,5% hombres. Según la profesión el 61,3% eran enfermeras, el 38,7% auxiliares. El 26% de la muestra afirman que realizan pequeños descansos durante el trabajo frente al 6,5% que no los realiza, el resto de la muestra contestó que realizan descanso a veces. (Anexo 2)

Con respecto al riesgo de padecer Burnout, el 83,9% de la muestra tiene un riesgo bajo de padecerlo y el 16,1% tiene un riesgo moderado.

La media de edad de los que participaron en el estudio es de 45,68 años.

La media de años de experiencia laboral ha sido de 17,39 años y de los años en el servicio es de 7,29 años.

9.1 CANSANCIO EMOCIONAL (Anexo 3)

El 48% de la muestra presenta un nivel alto de cansancio emocional, el 39% un nivel medio y el 13% un nivel bajo, según indica el gráfico 1.

El 32% de enfermeros y un 16% de auxiliares presentan un cansancio emocional alto siendo un 45% mujeres y un 3% hombres mientras que el 6,5% de enfermeros y el 6,5% de auxiliares tienen un cansancio emocional bajo.

El rango de edad con mayor cansancio emocional es de 40-49 años siendo un 19%.

La experiencia laboral no influye con el elevado cansancio emocional, ya que los resultados indican un 35,5% en personal menos experimentado con rango entre 10-19 años de experiencia.

La experiencia en el servicio con más cansancio emocional, comprende un rango de antigüedad entre 5 y 9 años, con un 19%.

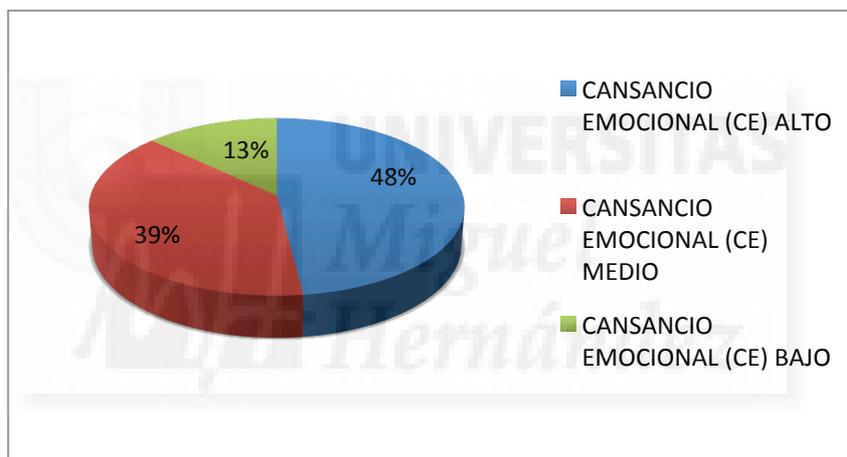


GRAFICO 1. SUBESCALA CANSANCIO EMOCIONAL

9.2 DESPERSONALIZACIÓN (Anexo 4)

El 68% de la muestra presenta un nivel alto de despersonalización, el 26% un nivel medio y el 6% un nivel bajo. (Gráfico 2)

Los profesionales con mayor despersonalización son los enfermeros con un 38,7%, seguidos de los auxiliares con un 29%. La variable sexo no se puede comparar debido a la muestra tan pequeña de hombres no siendo representativa.

El rango de edad con mayor despersonalización es de 50-60 años con un 26%.

Respecto a la experiencia laboral los profesionales con mayor despersonalización son los que menos experiencia laboral tienen, 10-19 años de experiencia, con un 48,4%. Lo mismo ocurre con la antigüedad en el servicio, siendo los profesionales con menor antigüedad los que mayor despersonalización tienen con un 29%.

De los profesionales que realizan descanso un 22,5% tienen alta despersonalización y un 45% los realiza sólo a veces.

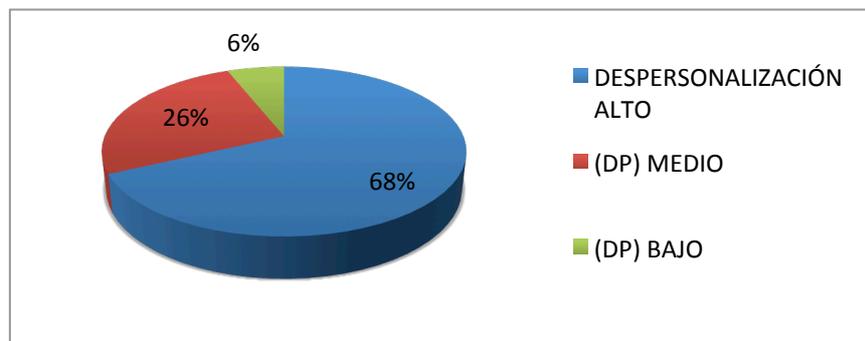


GRÁFICO 2. SUBESCALA DESPERSONALIZACIÓN

9.3 REALIZACIÓN PERSONAL (Anexo 5)

El 51,6% de los profesionales presentan un nivel bajo de realización personal, frente al 32,3% un nivel medio y el 16% un nivel alto. (Gráfico 3)

Del 51,6% de los profesionales con un nivel bajo el 29% son enfermeros y el 22,5% son auxiliares.

La variable sexo no es representativa.

Las personas con una realización personal más baja (19%) tienen una edad 40-49 años.

Los profesionales con menor experiencia laboral son los que presentan menor realización personal con un 35,4%.

La antigüedad en el servicio con menor realización personal se encuentra en un rango de tiempo entre 5-9 años, con un 22,5%.

Respecto al descanso, los profesionales con bajo nivel de realización personal, que realizan descansos representan el 13% frente al 38,7% que los realiza a veces.

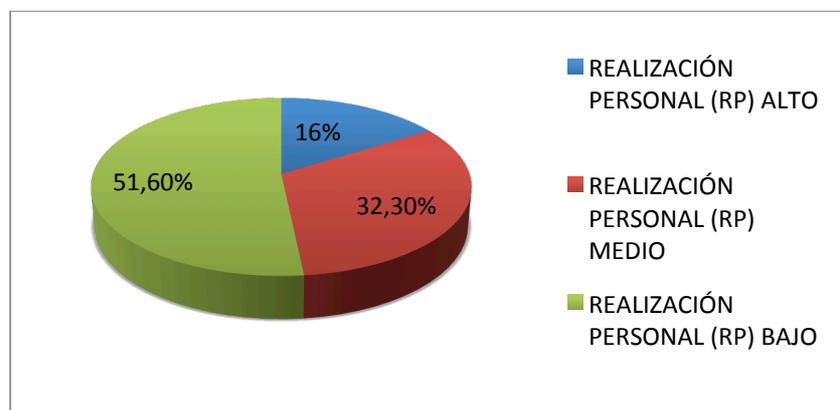


GRÁFICO 3. SUBESCALA REALIZACIÓN PERSONAL

9.4 SÍNDROME DE BURNOUT (Anexo 6)

Según los datos obtenidos, el 67,7% de los profesionales no presenta Síndrome de Burnout, mientras que el 32,3% restante si presenta Síndrome de Burnout. (Gráfico 4)

El 42% de la muestra que no presenta el Síndrome son enfermeros y el 26% auxiliares de enfermería.

El 19% de la muestra que si presentan el Síndrome son enfermeros y el 13% auxiliares.

El 35,4% de los profesionales que no presentan Burnout se encuentran en un rango de edad de 50-60 años.

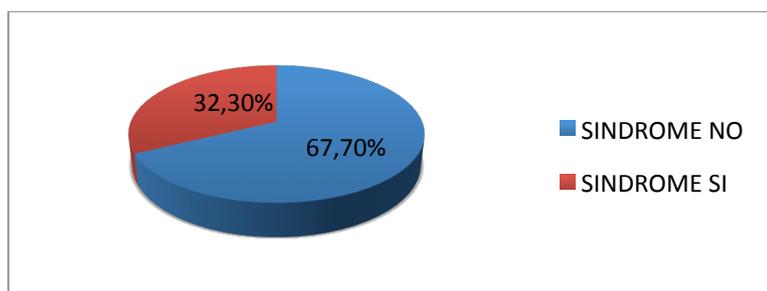


GRÁFICO 4. SÍNDROME DE BURNOUT.

9.5 RIESGO DE PADECER BURNOUT (Anexo 7)

Según los datos obtenidos, un 16% de la categoría de enfermería presenta un riesgo moderado, mientras que el 100% de las auxiliares presentan un riesgo bajo. El resto de la categoría de enfermería tiene un riesgo bajo, ya que en los resultados no se ha obtenido ninguno con riesgo alto. (Gráfico 5)

El rango de edad comprendido entre 50-60 tienen menos riesgo de padecer Burnout, así como los que tienen mayor experiencia en el servicio.

Con respecto al descanso realizado durante el trabajo el 61% con riesgo bajo, realiza descansos a veces.

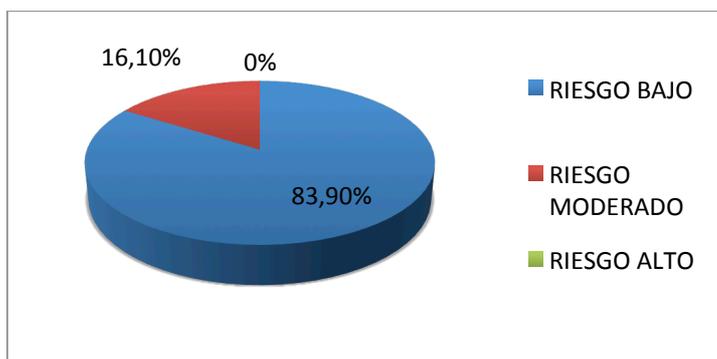


GRÁFICO 5. RIESGO DE BURNOUT.

9.6 ASOCIACIÓN DE VARIABLES (Anexo 8)

Las medias obtenidas en relación a los que tienen el síndrome o no son:

Según los años de experiencia laboral la media obtenida en los que no tiene el síndrome ha sido de 18,62 años y de 14,8 de los que si tienen el síndrome.

Según los años en el servicio la media obtenida en los que no tiene el síndrome ha sido de 7,38 años y los que si lo tiene es de 7,10 años.

La edad de los que no tienen el síndrome su media es de 47,67 años y de los que si presentan el síndrome es de 41,5 años.

No existen diferencias significativas por lo que no hay una asociación entre estas variables (edad, tiempo trabajado y tiempo trabajado en el servicio) y el riesgo de Burnout, ya que el nivel de significación de las variables es mayor que alfa. Se utilizó la U de Mann-Whitney, porque estas variables, en los que no tienen síndrome de Burnout, no siguen una distribución normal.

No hay relación entre el sexo, profesión y descanso con la existencia o no de Síndrome de Burnout. Se ha usado el test exacto de Fisher. No se ha usado la chi cuadrado porque las frecuencias esperadas eran menores de 5 en alguna casilla de la tabla de contingencia.

Las medias obtenidas para el riesgo de padecer Burnout son las siguientes :

Según los años de experiencia laboral la media obtenida con riesgo moderado es de 12,8 años y de 16,2 años para el riesgo bajo.

Según los años en el servicio la media para los que han obtenido un riesgo moderado es de 6 años y para los que han obtenido un riesgo bajo de 7,54 años.

La media de edad para los que tienen un riesgo moderado es de 40,04 años y los que tienen riesgo bajo tiene una media de 46,69 años.

Para comprobar si existe diferencia entre el riesgo de Burnout y las variables, tiempo de experiencia en el servicio, tiempo trabajado y edad, se utilizo la U de Mann-Whitney. No existen diferencias significativas.

Tampoco existen diferencias significativas entre las otras variables, sexo, profesión y descanso con el riesgo de Burnout.

10. DISCUSIÓN

Los valores obtenidos en las subescalas del Burnout en un estudio realizado por C.M. Martin et al, con una muestra de tamaño similar (n=36), coinciden con las de nuestro estudio, dando valores altos en la sala de oncología en CE y DP. En cuanto a la RP

también existe coincidencia ya que dan valores altos en puntuaciones bajas en el nivel DP. En este estudio tampoco se detectaron diferencias significativas en relación al resto de variables.

Sin embargo, diferentes estudios sí han detectado diferencias significativas en algunas de las subescalas del síndrome de quemarse por el trabajo en función del género. En una revisión de Gil Monte, Peiro y Valcárcel, 1996,⁽²⁶⁾ se encuentran valores más altos en despersonalización en varones que en mujeres. En un estudio del mismo autor, realizado en un Hospital de Tenerife, también se encuentran diferencias entre el género femenino y el masculino en despersonalización dando valores más altos en los varones. Para explicar este resultados, argumenta que puede ser debido a la consideración tradicional de la profesión de enfermería como una profesión femenina y las diferencias en los modelos de socialización de nuestra sociedad para los diferentes géneros.⁽²⁷⁾ Del mismo modo, tras la revisión de varios estudios se da la coincidencia de que en todos predomina el género femenino. Como ya hemos comentado, en nuestro estudio no encontramos diferencias significativas en el género, lo que puede explicarse porque la muestra de varones es muy pequeña.

Se realizó un estudio descriptivo en Gran Canaria, del síndrome de Burnout en una muestra de 101 profesionales de enfermería de diferentes hospitales públicos, donde los resultados constatan elevados niveles de Burnout en dicho personal, al igual que en nuestro estudio. Un 40.6% y un 38.6% dieron niveles altos en CE y DP. Los niveles bajos de RP fue de un 38.6%.⁽²⁸⁾

Según Mc Craine EW et al, la rotación del turno laboral puede llevar a cabo la presencia del síndrome, siendo en enfermería donde se encuentra más influencia.⁽²⁹⁾ Con respecto a esta variable, en nuestro estudio no se midió ya que todos los profesionales encuestados tienen el mismo turno rotatorio.

Sobre la antigüedad profesional algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome, manifestada en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome. Se encuentra una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes.^(30, 31) En nuestro trabajo no se encuentra diferencia significativa con los años de antigüedad laboral y el Burnout, aunque cabe destacar que de los 10 encuestados con síndrome de Burnout ninguno pertenece a los que

tienen mayor experiencia laboral (>29 años) y los que tienen menos experiencia laboral (10-19 años) re presentan el 22,5% de la muestra.

Un estudio realizado por Atance Martínez, muestra que los mayores de 44 años en las subescalas de cansancio emocional y realización personal, son los que presentan diferencias significativas respecto a los más jóvenes.⁽³²⁾ En nuestro estudio se encuentra una mayor despersonalización en los mayores de 50 años y un mayor cansancio emocional y falta de realización personal en los mayores de 40 años, aunque entre ellos no existe diferencias significativas.

En cuanto a la categoría profesional, en nuestro estudio se podría decir que la enfermería presenta más despersonalización, menos realización personal y mayor cansancio emocional que la categoría de auxiliar de enfermería, aunque no existe diferencias significativas. Esto coincide con un estudio realizado en un Hospital de Madrid por Romana Albaladejo et al, donde al estudiar el Burnout y sus componentes según la categoría profesional (enfermería versus auxiliares/técnicos) se vio que el primero estaba más despersonalizado y menos realizado que el grupo de los auxiliares, no encontrándose otras diferencias estadísticamente significativas.⁽³³⁾

En un estudio comparativo realizado en el País Vasco, en el que estudia la prevalencia del síndrome en enfermeras de cuidados paliativos con un grupo control, sus resultados son parecidos al nuestro en cuanto a porcentaje en las tres subescalas y en los sujetos de la muestra que padecen Burnout (8 versus 10). Su estudio llega a la conclusión que las enfermeras de cuidados paliativos obtienen unos resultados similares a los de las enfermeras de otros equipos hospitalarios, por lo que se podría decir que conjugando los dos estudios, que las enfermeras de oncología, de cuidados paliativos y hospitalarias muestran una prevalencia de Burnout elevado.⁽³⁴⁾

11. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este estudio nos alertan sobre el estado actual de Burnout en el servicio de oncología del Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena; descubriendo niveles que pueden derivar en una sintomatología alarmante de Burnout. Nuestros datos muestran que existe un moderado nivel de riesgo de padecer Burnout en algunos miembros de la muestra, existiendo síndrome de Burnout en el 32,3% de la muestra, lo que significa que no hay que llegar a un nivel alto de riesgo de Burnout para tener el síndrome. Esto nos lleva a la conclusión de que sería necesario elaborar y/o instaurar programas de prevención del desarrollo del síndrome. Los resultados nos

permiten acceder y nos ayudan a determinar los factores implicados en el desgaste del personal de enfermería y auxiliares de enfermería en este servicio.

Se puede decir que en cuanto a la categoría profesional presentan por igual el Síndrome, con una experiencia laboral de entre 10-19 años y con un rango de antigüedad en el servicio de 5-9 años, realizando a veces la gran mayoría descanso en su turno de trabajo.

En cuanto al riesgo de padecer Burnout, el grupo que mayor tendencia mostró ha sido el de enfermería, con edad menor de 40 años y con menos tiempo de experiencia laboral. La experiencia en el servicio no es significativa.

Como sesgos del estudio cabe destacar:

Que los resultados obtenidos, no pueden extrapolarse a otras poblaciones, ya que la muestra no es lo suficientemente grande, lo que puede afectar al hecho de que no se detecten diferencias significativas.

En cuanto a la prevalencia del síndrome de Burnout, es elemental apuntar que su comparación con otros estudios es dificultosa debido a la variedad de instrumentos de medición utilizados así como las muestras y punto de corte.

Por otro lado, podemos pensar que el Burnout en oncología está poco estudiado, por la dificultad de acceso y búsqueda a estos estudios.

El no entendimiento de algunos ítems y sus puntuaciones, era una de las quejas por parte del personal que participó en el estudio, lo que nos hace sospechar problemas de validez del instrumento.

Sería interesante continuar la investigación, pudiendo ampliar la muestra y comparar los resultados con profesionales que no se dediquen a la oncología, así como estudiar y analizar comparativamente la incidencia de Burnout tras la realización de intervenciones, ya que existen algunos estudios que afirman que los programas para disminuir el síndrome de Burnout han resultado efectivos.⁽³⁵⁾

Además sería interesante realizar un estudio multicéntrico de las asociaciones profesionales del ámbito de la oncología que permita visualizar los riesgos psicosociales en esta área, con el fin de implementar programas de prevención y de humanización del trabajo para los profesionales del sector, dado el aumento de la demanda continua que se viene produciendo, tanto por la mayor detección de casos, como por el aumento de supervivencia de los enfermos que hace cada vez más compleja la organización de los servicios de oncología y la necesidad de profesionales con mayor nivel de especialización.

Se podrían recomendar intervenciones para el personal de oncología y técnicas básicas para prevenir el Burnout, ⁽³⁶⁾ sobre todo para los profesionales que presentan síndrome de Burnout según nuestro estudio:

- Selección del personal, que tenga unas habilidades sociales y una motivación elevadas.
- Programas de entrenamiento en habilidades personales.
- Formación en habilidades de comunicación y en el desarrollo de respuestas empáticas.
- Programas de formación continua y reciclaje.
- Definir claramente la jerarquía, las normas y las tareas del entorno laboral.
- Hacer una clara distinción entre la vida laboral y la personal.
- Usar el humor con pacientes y otros profesionales.
- Participar en grupos de apoyo para el personal sanitario en los que se pueda plantear y discutir situaciones estresantes, compartir experiencias similares y recibir apoyo emocional.
- Practicar técnicas de relajación y meditación.
- Trabajar en equipo e introducir innovaciones en la rutina diaria.
- Reducir las horas de actividades estresantes en la medida de lo posible.
- Discutir los problemas con los compañeros de trabajo.
- Emplear técnicas de resolución de problemas ante situaciones conflictivas.
- Compartir problemas laborales con la familia.
- Considerar temporalmente un cambio de actividad laboral.
- Tener autonomía en el trabajo.
- Recibir supervisión, feedback del rendimiento profesional y reconocimiento por el trabajo realizado adecuadamente.
- Compartir la responsabilidad del cuidado del paciente.

12. CALENDARIO DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES		CALENDARIO ACTIVIDADES AÑO 2016			
		ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
1	Búsqueda bibliográfica	X	X		
2	Autorización al Comité de Ética		X		
3	Entrega de Cuestionarios		X	X	
4	Recogida de Cuestionarios			X	
5	Análisis de datos			X	
6	Resultados				X
7	Conclusiones				X

13. BIBLIOGRAFÍA

1. Tomey, A. Modelos y Teorías en Enfermería, 5a. ed. Mariner MTEO5. 2003
2. OMS <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
3. Da Fonte Sousa Gomes, S; Magalhaes Cabugueira Custódio dos Santos, M; De Mata Almeida Carolino, E. Riesgos Psicosociales en el trabajo: estrés y estrategias de coping en enfermeros en oncología. Rev latino-Am Enfermagem. 2013; 21 (6): 1282-1289.
4. Michael Taub. Victor Olivares.. Riesgos psicosociales en el trabajo. Ciencia y Trabajo. Fundación científica y tecnológica. 2009.11 (32).
5. Hernández Mendoza E, Cerezo-Reséndiz S, López-Sandoval M.G. Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2007; 15 (3): 161-166.
6. Ceballos Vázquez, P, Valenzuela Suazo S, ParavicKlijn T. Factores de riesgos psicosociales en el trabajo: Género y Enfermería. 2014; XXXII(2): 271-279.
7. Mininel VA, Baptista PCP, Felli VE. Psychic workloads and strain processes in nursing workers of Brazilian university hospitals. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011; 19 (2): 340-7.
8. Rodrigues AB, Chaves EC. Stressing factors and *coping* strategies used by oncology nurses. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008; 16 (1): 24-28.
9. Faria DAP, Maria EMC. Nursing professionals' anxiety and feelings in terminal situations in oncology. Rev. Latino- Am. Enfermagem. 2007; 15(6): 1131-7.
10. Chacón Roger M, Grau Abalo J. Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. Rev. Cubana Oncología.
11. Martín Daza F, Pérez Bilbao J. NTP 443: Factores psicosociales: metodología de evaluación. INSHT. 1999
12. Peinador Aguilar R. Factores psicosociales. Estrés laboral y Enfermería. Zaragoza.
13. Guía sobre el síndrome de quemado (Burnout) observatorio permanente riesgos psicosociales. Diciembre 2006. Comisión Ejecutiva Confederal de UGT.
14. Moreno-Jiménez B, Garrosa Hernández E, Rodríguez Carvajal R. El desgaste profesional o Burnout en los profesionales de oncología. Boletín de psicología, 2003; 79: 7-20.
15. Moreno Jiménez B, Bustos Rodríguez R, Matallana Álvarez A, Miralles Caballero T. La evaluación del Burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones. 1999; 13 (2): 185-207.

16. Gil Monte P, Peiro J.M. Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 2000; 16 (2): 135-149.
17. Víctor E, Olivares Faúndez, Gil-Monte P. Análisis de las Principales fortalezas y Debilidades del Maslach Burnout Inventory (MBI). 2009; 11 (31): 160-167.
18. Madrigal Fernández. M. *Prevención del Síndrome del Burnout en el Profesional de Enfermería*” Universidad de Valladolid. 2015.
19. Fidalgo Vega M. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “Burnout” (I): definición y proceso de generación. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
20. Gil Monte P. Como evaluar y prevenir el síndrome de quemarse por el trabajo. *Gestión práctica de Riesgos Laborales*. 2007; (34): 44.
21. Gil Monte P. El Síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Revista Psicología Científica*. 2007, 3 (5).
22. OMS. *Protección de la salud de los trabajadores*. Abril 2014
23. Ramirez A.J, Graham.J, Richrads M.A, Cull A, Gregory W.M (1995). Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *British Journal of Cancer*. 71: 1263-1269
24. Méndez I, Secanilla E, Martínez J.P, Navarro J. Estudio comparativo de Burnout en cuidadores profesionales de personas mayores institucionalizadas con demencias y otras enfermedades. *Eur. J. investig. healthpsycho. educa*. 2011; 1 (2): 61-70.
25. Cañadas de la Fuente G.A, San Luis C, Lozano L.M, Vargas C, García I, De la Fuente E.I. Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de Burnout en profesionales sanitarios. *Rev Latino am Psicol*. 2014; 46 (1): 44-52.
26. Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. y Valcárcel P. Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de Burnout: un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*. 1996; 6 (2): 43-63.
27. Gil-Monte P.R. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo(Burnout)en profesionales de enfermería. *Revista electrónica* 2003; 7(1) :19-33.
28. Farrerons Noguera L, Calvo Francés F. Estudio descriptivo del síndrome de Burnout en una muestra de profesionales de enfermería en el área sur de Gran Canaria. *Ansiedad y estrés*. 2008;14 (1): 101-113.
29. Mc Craine EW, Lambert V.A, Lambert C.E. Work Stress , hardiness and Burnout among hospital staff nurses. *Nursing Research* 1987: 33 (6): 374-378.

30. Neisberg JL, Fenning S. Personality characteristics and propenessto Burnout: A stufy among psychiatrits. *Stress Med* 1991; 7 (4): 201-205.
31. Ramos J, Montalban FM, Bravo M. Estrés en las organizaciones: Concepto, consecuencias y control. En: Hombrados MI. *Estrés y Salud*, Valencia: Promolibro 1997; 173-210.
32. Atance Martínez J.C. “Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario” *Revista Española Salud Pública* 1997; 71: 293-303.
33. Romana Albaladejo, Rosa Villanueva, Paloma Ortega, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un Hospital de Madrid. *Rev. Esp. Salud Publica*. 2004;78 (4): 505-516.
34. Martínez García M, Centeno Cortes C, Sanz-Rubiales A, Del Valle M.L. Estudio sobre el síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados paliativos del País Vasco. *Rev. Med. Univ Navarra*. 2009; 53 (1): 3-8.
35. Chacón Roger M, Grau Abalo, J, Massip Pérez. C. “ El control del Síndrome de degaste profesional o Burnout en enfermería oncológica: una experiencia de intervención”. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. 2006; 24 (1): 39-53.
36. González Barón M, Lacasta M.A, Ordoñez A. “ El Síndrome de Agotamiento Profesional en Oncología”. *Editorial Medica Panamericana*. 2008; (6): 53-60.

14. ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APELLIDOS _____

NOMBRE _____

D.N.I. _____

Con domicilio en _____ Provincia de _____

C/ _____ N° _____ Piso _____

DECLARO :

Que D. Cristina Alcobas Romero con nº de colegiado 8995, como enfermera, del Hospital General Universitario Santa Lucía, me informa de la posibilidad de formar parte del Trabajo de Investigación “PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT Y EL RIESGO EN ENFERMERÍA Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD DE ONCOLOGÍA” y en una entrevista clínica, me han informado del tipo de trabajo, su fundamento científico y en qué consistiría mi participación.

He comprendido las explicaciones que se me han dado y soy consciente de la voluntariedad de mi participación.

Por todo ello expreso mi satisfacción con la información recibida y que comprendo los compromisos adquiridos.

CONSIENTO

En aceptar mi participación en el Trabajo fin de master que se indica, sabiendo que puedo abandonar en el momento que lo desee, sin tener que dar explicación alguna.

Fdo.: El/la Responsable del trabajo

Fdo.: El/la participante

REVOCACIÓN

APELLIDOS _____

NOMBRE _____

D.N.I. _____

Con domicilio en _____ Provincia de _____

C/ _____ Nº _____ Piso _____

Revoco el Consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo continuar con la participación, que doy por finalizada en el día de hoy.

En _____, a _____ de _____ 201_____

Fdo.: El/la Responsable del trabajo

Fdo.: El/la participante

DATOS PERSONALES	
FECHA DE NACIMIENTO	
EDAD	
SEXO	
PROFESIÓN	
AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL	
SERVICIO AL QUE PERTENECE	
AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL SERVICIO	
¿TOMA PEQUEÑOS MOMENTOS DE DESCANSO EN EL TRABAJO?	SI NO A VECES

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. Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

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.

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS. 3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA. 6= TODOS LOS DÍAS.



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	

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor total
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	

Los resultados de cada subescala:

Subescala de agotamiento emocional: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

Subescala de despersonalización: valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.

Subescala de realización personal: evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome Burnout.

Otro test para medir las áreas de impacto del síndrome Burnout es el siguiente: Conteste con qué frecuencia estas situaciones le molestan en su trabajo. (Raramente) 1-2-3-4-5-6-7-8-9 (Constantemente)

A	IMPOTENCIA	
1	No puedo darle solución a los problemas que se me asignan	
2	Estoy atrapado en mi trabajo sin opciones.	
3	Soy incapaz de influenciar en las decisiones que me afectan. Estoy incapacitado y no hay nada que pueda hacer al respecto.	
B	DESINFORMACIÓN	
4	No estoy claro sobre las responsabilidades en mi trabajo. No tengo la información necesaria para trabajar bien.	
5	Las personas con las que trabajo no comprenden mi rol. No comprendo el propósito de mi trabajo.	

	CONFLICTO	
6	Me siento atrapado <i>en medio</i> . Debo satisfacer demandas conflictivas.	
7	Estoy en desacuerdo con las personas en mi trabajo. Debo violar procedimientos para hacer mi trabajo.	
D	POBRE TRABAJO DE EQUIPO	
8	Mis compañeros de trabajo me subestiman. La dirección muestra favoritismo.	
9	La burocracia interfiere con la realización de mi trabajo. Las personas en mi trabajo compiten en vez de cooperar.	
E	SOBRECARGA	
10	Mi trabajo interfiere con mi vida personal.	
11	Tengo demasiadas cosas que hacer en muy poco tiempo. Debo trabajar en mi propio tiempo.	
12	Mi carga de trabajo es abrumadora.	
F	ABURRIMIENTO	
13	Tengo pocas cosas que hacer.	

14	El trabajo que realizo actualmente no está acorde con mi calificación. Mi trabajo no es desafiante.	
15	La mayoría del tiempo la utilizo en labores de rutina.	
G	POBRE RETROALIMENTACIÓN	
16	No sé qué es lo que hago bien o mal.	
17	Mi superior (supervisor) no me retroalimenta en mi trabajo. Obtengo la información demasiado tarde para utilizarla.	
18	No veo los resultados de mi trabajo	
H	CASTIGO	
19	Mi superior (supervisor) es crítico.	
20	Los créditos por mi trabajo los obtienen otros. Mi trabajo no es apreciado.	
21	Soy culpado por los errores de otros.	

I	ALINEACIÓN	
22	Estoy aislado de los demás.	
23	Soy solo un eslabón en la cadena organizacional.	
24	Tengo poco en común con las personas con las que trabajo.	
25	Evito decirles a las personas donde trabajo y que cosa.	
J	AMBIGÜEDAD	
26	Las reglas están cambiando constantemente. No sé que se espera de mí.	
27	No existe relación entre el rendimiento y el éxito.	
28	Las prioridades que debo conocer no están claras para mí.	
K	AUSENCIA DE RECOMPENSAS	
29	Mi trabajo no me satisface. Tengo realmente pocos éxitos	
30	El progreso en mi carrera no es lo que he esperado	

31	Nadie me respeta.	
L	CONFLICTO DE VALORES	
32	Debo comprometer mis valores.	
33	Las personas desapruaban lo que hago. No creo en la Institución.	
34	Mi corazón ni está en mi trabajo.	

Puntuación	Riesgo de Burnout	Recomendaciones
De 48 a 168	Bajo	Tome decisiones
Entre 169 a 312	Moderado	Desarrolle un plan para corregir las áreas problema
Más de 313 (Max.432)	Alto	Necesidad urgente de acciones correctivas

ANEXO 2

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA N=31		
CATEGORIA	DUE	61% (n=19)
	AUXILIAR ENFERMERÍA	39% (n=12)
SEXO	MUJER	93,5% (n=29)
	HOMBRE	6,5% (n=2)
EDAD	<40 AÑOS	32% (n=10)
	40-49 AÑOS	26% (n=8)
	50-60 AÑOS	42% (n=13)
EXPERIENCIA LABORAL	10-19 AÑOS	68% (n=21)
	20-29 AÑOS	19% (n=6)
	>30 AÑOS	13% (n=4)
EXPERIENCIA EN EL SERVICIO	<5 AÑOS	35,5% (n=11)
	5-9 AÑOS	35,5% (n=11)
	>10 AÑOS	29% (n=9)
DESCANSO EN EL TRABAJO	SI	6,5% (n=2)
	NO	26% (n=8)
	A VECES	67,5% (n=21)

NIVELES DE BURNOUT		
CANSANCIO EMOCIONAL (CE)	ALTO	48% (n=15)
	MEDIO	39% (n=12)
	BAJO	13% (n=4)
DESPERSONALIZACIÓN (DP)	ALTO	68% (n=21)
	MEDIO	26% (n=8)
	BAJO	6% (n=2)
REALIZACIÓN PERSONAL (RP)	ALTO	16% (n=5)
	MEDIO	32,3% (n=10)
	BAJO	51,6% (n=16)

RIESGO DE PADECER BURNOUT		
RIESGO	BAJO	83,9% (n=26)
	MODERADO	16,1% (n=5)
	ALTO	0% (n=0)

SINDROME DE BURNOUT		
SINDROME	NO	67,7% (n=21)
	SI	32,3% (n=10)

ANEXO 3

CANSANCIO EMOCIONAL	ALTO (15)	CATEGORÍA	DUE 32% (10)	AUXILIARES 16% (5)		
		SEXO	MUJER 45% (14)	HOMBRE 3% (1)		
		EDAD	<40 AÑOS 16% (5)	40-49 AÑOS 19% (6)	50-60 AÑOS 13% (4)	
		EXPERIENCIA LABORAL	10-19 AÑOS 35,5% (11)	20-29 AÑOS 13% (4)	>29 AÑOS 0%	
		EXPERIENCIA EN EL SERVICIO	<5 AÑOS 16% (5)	5-9 AÑOS 19 % (6)	>9 AÑOS 13% (4)	
		DESCANSO	SI 13%(4)	NO 0%	A VECES 35% (11)	
	MEDIO(12)	CATEGORÍA	DUE 22,5% (7)	AUXILIARES 16% (5)		
		SEXO	MUJER 35% (11)	HOMBRE 3% (1)		
		EDAD	<40 AÑOS 13% (4)	40-49 AÑOS 0%	50-60 26% (8)	
		EXPERIENCIA LABORAL	10-19 AÑOS 22,5% (7)	20-29 AÑOS 6,5% (2)	>29 AÑOS 9,6% (3)	
		EXPERIENCIA EN EL SERVICIO	<5 AÑOS 13% (4)	5-9 AÑOS 3% (1)	>9 AÑOS 22,5% (7)	
		DESCANSO	SI 10% (3)	NO 3% (1)	A VECES 26% (8)	
	BAJO (4)	CATEGORÍA	DUE 6,5% (2)	AUXILIAES 6,5% (2)		
		SEXO	MUJER 13% (4)	HOMBRE 0%		
		EDAD	<40 AÑOS 3% (1)	40-49 AÑOS 6,5% (2)	50-60 AÑOS 3% (1)	
		EXPERIENCIA LABORAL	10-19AÑOS 9,6% (3)	20-29 AÑOS 0% 0	>29 AÑOS 3% (1)	
		EXPERIENCIA EN EL SERVICIO	<5 AÑOS 6,5% (2)	5-9 AÑOS 6,5% (2)	>9 AÑOS 0%	
		DESCANSO	SI 3% (1)	NO 3% (1)	A VECES 6,5% (2)	

*(n) recuento

ANEXO 4

DESPERSONALIZACIÓN	ALTO (21)	CATEGORÍA	DUE 38,7% (12)	AUXILIARES 29%(9)	
		SEXO	MUJER 61,3% (19)	HOMBRE 6,4% (2)	
		EDAD	<40 AÑOS 22,5% (7)	40-49 AÑOS 19% (6)	50-60 AÑOS 26%(8)
		EXPERIENCIA LABORAL	10-19 AÑOS 48,4% (15)	20-29 AÑOS 16% (5)	>29 AÑOS 3% (1)
		EXPERIENCIA EN EL SERVICIO	<5 AÑOS 29% (9)	5-9 AÑOS 19% (6)	>9 AÑOS 19% (6)
		DESCANSO	SI 22,5% (7)	NO 0%	A VECES 45% (14)
	MEDIO (8)	CATEGORÍA	DUE 16% (5)	AUXILIARES 9,7% (3)	
		SEXO	MUJER 26% (8)	HOMBRE 0%	
		EDAD	<40 AÑOS 9,6% (3)	40-49 AÑOS 6,5% (2)	50-60 9,6% (3)
		EXPERIENCIA LABORAL	10-19 AÑOS 19,3% (6)	20-29 AÑOS 3% (1)	>29 AÑOS 3% (1)
		EXPERIENCIA EN EL SERVICIO	<5 AÑOS 6,5% (2)	5-9 AÑOS 6,5% (2)	>9 AÑOS 13% (4)
		DESCANSO	SI 3% (1)	NO 6,5% (2)	A VECES 16% (5)
	BAJO (2)	CATEGORÍA	DUE 6,5%(2)	AUXILIAES 0%	
		SEXO	MUJER 6,5%(2)	HOMBRE 0%	
		EDAD	<40 AÑOS 0%	40-49 AÑOS 0%	50-60 AÑOS 6,5% (2)
		EXPERIENCIA LABORAL	10-19AÑOS 0%	20-29 AÑOS 0%	>29 AÑOS 6,5% (2)
		EXPERIENCIA EN EL SERVICIO	<5 AÑOS 0%	5-9 AÑOS 3% (1)	>9 AÑOS 3% (1)
		DESCANSO	SI 0%	NO 0%	A VECES 6,5% (2)

*(n) recuento

ANEXO 5

REALIZACIÓN PERSONAL	ALTO (5)	CATEGORÍA	DUE 9,6% (3)	AUXILIARES 6,5% (2)		
		SEXO	MUJER 13% (4)	HOMBRE 3% (1)		
		EDAD	<40 AÑOS 6,5% (2)	40-49 AÑOS 3% (1)	50-60 AÑOS 6,5% (2)	
		EXPERIENCIA LABORAL	10-19 AÑOS 13% (4)	20-29 AÑOS 0% 0	>29 AÑOS 3% (1)	
		EXPERIENCIA EN EL SERVICIO	<5 AÑOS 6,5% (2)	5-9 AÑOS 3 % (1)	>9 AÑOS 6,5% (2)	
		DESCANSO	SI 3% (1)	NO 6,5% (2)	A VECES 6,5% (2)	
	MEDIO (10)	CATEGORÍA	DUE 22,5% (7)	AUXILIARES 9,6% (3)		
		SEXO	MUJER 32% (10)	HOMBRE 0% (0)		
		EDAD	<40 AÑOS 9,6% (3)	40-49 AÑOS 3% (1)	50-60 19% (6)	
		EXPERIENCIA LABORAL	10-19 AÑOS 19% (6)	20-29 AÑOS 6,5% (2)	>29 AÑOS 6,5% (2)	
		EXPERIENCIA EN EL SERVICIO	<5 AÑOS 13% (4)	5-9 AÑOS 3% (1)	>9 AÑOS 16%(5)	
		DESCANSO	SI 9,6% (3)	NO 0%	A VECES 32% (7)	
	BAJO(16)	CATEGORÍA	DUE 29% (9)	AUXILIAES 22,5% (7)		
		SEXO	MUJER 48,4% (15)	HOMBRE 3% (1)		
		EDAD	<40 AÑOS 16% (5)	40-49 AÑOS 19% (6)	50-60 AÑOS 16% (5)	
		EXPERIENCIA LABORAL	10-19AÑOS 35,4%(11)	20-29 AÑOS 13% (4)	>29 AÑOS 3% (1)	
		EXPERIENCIA EN EL SERVICIO	<5 AÑOS 16% (5)	5-9 AÑOS 22,5% (7)	>9 AÑOS 13% (4)	
		DESCANSO	SI 13% (4)	NO 0%	A VECES 38,7%(12)	

*(n) recuento.

ANEXO 6

SÍNDROME DE BUURNOT	SI (10)	CATEGORÍA	DUE 19,3% (6)	AUXILIARES 13% (4)		
		SEXO	MUJER 29% (9)	HOMBRE 3% (1)		
		EDAD	<40 AÑOS 13% (4)	40-49 AÑOS 13% (4)	50-60 AÑOS 6,5% (2)	
		EXPERIENCIA LABORAL	10-19 AÑOS 22,5% (7)	20-29 AÑOS 9,6% (3)	>29 AÑOS 0%	
		EXPERIENCIA EN EL SERVICIO	<5 AÑOS 6,5% (2)	5-9 AÑOS 19,3 % (6)	>9 AÑOS 6,5% (2)	
		DESCANSO	SI 9,6% (3)	NO 0%	A VECES 22,5% (7)	
	NO (21)	CATEGORÍA	DUE 42% (13)	AUXILIARES 26% (8)		
		SEXO	MUJER 64,5% (20)	HOMBRE 3% (1)		
		EDAD	<40 AÑOS 19,3% (6)	40-49 AÑOS 13% (4)	50-60 35,4% (11)	
		EXPERIENCIA LABORAL	10-19 AÑOS 45% (14)	20-29 AÑOS 9,6% (3)	>29 AÑOS 13% (4)	
		EXPERIENCIA EN EL SERVICIO	<5 AÑOS 29% (9)	5-9 AÑOS 9,6% (3)	>9 AÑOS 29% (9)	
		DESCANSO	SI 16% (5)	NO 6,5% (2)	A VECES 45% (14)	

*(n) recuento.

ANEXO 7

RIESGO DE BURNOUT	MODERADO (5)	CATEGORÍA	DUE 16% (5)	AUXILIARES 0%	
		SEXO	MUJER 13% (4)	HOMBRE 3% (1)	
		EDAD	<40 AÑOS 9,6% (3)	40-49 AÑOS 3% (1)	50-60 AÑOS 3% (1)
		EXPERIENCIA LABORAL	10-19 AÑOS 13% (4)	20-29 AÑOS 3% (1)	>29 AÑOS 0%
		EXPERIENCIA EN EL SERVICIO	<5 AÑOS 6,5% (2)	5-9 AÑOS 6,5 % (2)	>9 AÑOS 3% (1)
		DESCANSO	SI 9,6% (3)	NO 0%	A VECES 6,5% (2)
	BAJO (26)	CATEGORÍA	DUE 45% (14)	AUXILIARE S 38,7% (12)	
		SEXO	MUJER 80,6% (25)	HOMBRE 3% (1)	
		EDAD	<40 AÑOS 22,5% (7)	40-49 AÑOS 22,5% (7)	50-60 38,7% (12)
		EXPERIENCIA LABORAL	10-19 AÑOS 55% (17)	20-29 AÑOS 16% (5)	>29 AÑOS 13% (4)
		EXPERIENCIA EN EL SERVICIO	<5 AÑOS 29% (9)	5-9 AÑOS 22,5% (7)	>9 AÑOS 32,2% (10)
		DESCANSO	SI 16% (5)	NO 6,5% (2)	A VECES 61% (19)

*(n) recuento.

ANEXO 8

Descriptivos				Estadístico	Error típ.
Síndrome de Burnout					
AÑOS EXP	NO	Media		18,62	1,564
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	15,36	
			Límite superior	21,88	
		Media recortada al 5%		18,14	
		Mediana		15,00	
		Varianza		51,348	
		Desv. típ.		7,166	
		Mínimo		11	
		Máximo		35	
		Rango		24	
		Amplitud intercuartil		10	
		Asimetría		1,085	,501
		Curtosis		-,034	,972
	SÍ	Media		14,80	1,306
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	11,84	
			Límite superior	17,76	
		Media recortada al 5%		14,78	
		Mediana		15,00	
		Varianza		17,067	
		Desv. típ.		4,131	
		Mínimo		10	
		Máximo		20	
		Rango		10	
		Amplitud intercuartil		10	
		Asimetría		,166	,687
		Curtosis		-1,495	1,334

Descriptivos

Síndrome de Burnout			Estadístico	Error típ.
AÑOS SER	NO	Media	7,38	,927
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior 5,45	
			Límite superior 9,31	
		Media recortada al 5%	7,21	
		Mediana	7,00	
		Varianza	18,048	
		Desv. típ.	4,248	
		Mínimo	3	
		Máximo	15	
		Rango	12	
		Amplitud intercuartil	9	
		Asimetría	,291	,501
		Curtosis	-1,583	,972
	SÍ	Media	7,10	,809
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior 5,27	
			Límite superior 8,93	
		Media recortada al 5%	7,06	
		Mediana	7,50	
		Varianza	6,544	
		Desv. típ.	2,558	
		Mínimo	3	
		Máximo	12	
		Rango	9	
		Amplitud intercuartil	3	
		Asimetría	,210	,687
		Curtosis	,600	1,334

Descriptivos

Síndrome de Burnout			Estadístico	Error ttp.	
EDAD	NO	Media	47,67	1,992	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	43,51	
			Límite superior	51,82	
		Media recortada al 5%	47,79		
		Mediana	51,00		
		Varianza	83,333		
		Desv. ttp.	9,129		
		Mínimo	33		
		Máximo	60		
		Rango	27		
		Amplitud intercuartil	17		
		Asimetría	-,240	,501	
		Curtosis	-1,626	,972	
		Sí		Media	41,50
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior			36,95	
	Límite superior			46,05	
Media recortada al 5%	41,33				
Mediana	41,00				
Varianza	40,500				
Desv. ttp.	6,364				
Mínimo	33				
Máximo	53				
Rango	20				
Amplitud intercuartil	10				
Asimetría	,622			,687	
Curtosis	-,291			1,334	

RIESGO DE BURNOUT (agrupado)		N	Media	Desviación tít.	Error tít. de la media
AÑOS SER	BAJO	26	7,54	3,922	,769
	MODERADO	5	6,00	2,550	1,140

RIESGO DE BURNOUT (agrupado)		N	Rango promedio	Suma de rangos
AÑOS EXP	BAJO	26	16,62	432,00
	MODERADO	5	12,80	64,00
	Total	31		

RIESGO DE BURNOUT (agrupado)		N	Media	Desviación tít.	Error tít. de la media
EDAD	BAJO	26	46,69	8,698	1,706
	MODERADO	5	40,40	7,603	3,400