

MÁSTER EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES



CURSO ACADÉMICO: 2015/2016

ESPECIALIDAD: Psicología Aplicada

MODALIDAD: Revisión Bibliográfica

TÍTULO: El Burnout en el personal de Enfermería

AUTOR: Ana Victoria Riquelme Castillo

TUTOR: Elisa Nofre Subirats

FECHA DE ENTREGA: 02 de Junio de 2016



**INFORME DEL DIRECTOR DEL TRABAJO FIN MASTER DEL MASTER
UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES**

D/D^a ELISA NOFRE SUBIRATS., Tutor/a del Trabajo Fin de Máster, titulado **EL BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA** y realizado por el estudiante D./D^a **ANA VICTORIA RIQUELME CASTILLO**

Hace constar que el TFM ha sido realizado bajo mi supervisión y reúne los requisitos para ser evaluado.

Fecha de la autorización: **03/6/2016**

Fdo.: Elisa Nofre Subirats
Tutor TFM

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Elisa Nofre Subirats', written over a horizontal line.

ÍNDICE

1. Resumen	3
2. Palabras clave	3
3. Introducción	4
3.1. Los Riesgos Psicosociales	4
3.2. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales y Los Riesgos Psicosociales	7
3.3. El Síndrome de Burnout	8
4. Justificación	12
5. Objetivos	14
6. Metodología Aplicada	14
7. Resultados de la revisión	16
7.1. Tipos de Variables estudiadas y Factores Precipitantes	16
7.2. Consecuencias.....	21
7.3. Prevalencia	22
7.4. Prevención y Afrontamiento	48
8. Evaluación de Riesgos Psicosociales en Enfermería	55
9. Conclusiones	68
10. Bibliografía	72
11. Anexo I (Cuestionario Maslach Burnout Inventory).....	81
12. Anexo II (Cuestionario CoPsoQ-ISTAS 21 versión 2).....	82

RESUMEN

Para la realización de este trabajo se ha hecho una búsqueda bibliográfica de artículos sobre el Síndrome de Burnout (SB) en el personal de enfermería que desempeña su trabajo en diversos servicios para conocer cómo se desarrolla este síndrome, cómo influye como riesgo psicosocial sobre la vida laboral y personal de los trabajadores, que consecuencias podría suponer para la salud, que tipo de personas, servicios y turnos son más susceptibles de padecerlo, cuáles serían las medidas preventivas para evitarlo y las estrategias de afrontamiento más eficaces según la literatura.

Por último se hace una propuesta de evaluación de riesgos psicosociales para enfermería, explicando la importancia de la evaluación de este tipo de riesgos dentro de la Prevención de Riesgos Laborales y como llevarla a cabo mediante sus sucesivas fases, centrándonos en los métodos de recogida de datos escogidos para la determinación de la presencia de Burnout (Maslach Burnout Inventory) y el método ISTAS para evaluar las condiciones de trabajo.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de Burnout, Estrés laboral, Riesgos Psicosociales, Personal de Enfermería, Prevención, Evaluación de Riesgos Psicosociales

INTRODUCCIÓN

Los Riesgos Laborales Psicosociales

El trabajo ha sido históricamente un riesgo para la salud. La preocupación por los riesgos laborales siempre se ha centrado en los riesgos físicos y ambientales, pero en los tiempos actuales, los riesgos psicosociales se han incrementado e intensificado.

Los datos actuales muestran que sus efectos sobre la salud son amplios e importantes, por ello, una atención integral a la salud laboral necesita prestar especial atención a los factores y riesgos psicosociales.

Cabría aquí establecer la diferencia entre los siguientes conceptos: factores psicosociales, factores de riesgo psicosocial y riesgos psicosociales.

Los factores psicosociales son descriptivos, aluden a la estructura organizacional, a las condiciones psicosociales del trabajo como la cultura corporativa, el clima laboral, el estilo de liderazgo o el diseño del puesto de trabajo, factores que como tales pueden ser positivos o negativos.

Los factores de riesgo psicosocial son predictivos, se refieren a las condiciones organizacionales cuando tienen una probabilidad de tener efectos lesivos sobre la salud de los trabajadores, cuando son elementos con probabilidad de afectar negativamente la salud y el bienestar del trabajador, cuando actúan como factores desencadenantes de la tensión y el estrés laboral.

Son factores de estrés que pueden alterar y desequilibrar los recursos y las capacidades de la persona para manejar y responder al flujo de la actividad derivada del trabajo. Son innumerables y pueden provenir de los múltiples componentes del trabajo: falta de control en el trabajo, muchas horas de trabajo, intensidad del ritmo de trabajo, horarios cambiantes e imprevisibles, mala comunicación organizacional ascendente horizontal o descendente, ambigüedad o sobrecarga de rol y otros muchos.

Los riesgos psicosociales laborales son situaciones laborales que tienen una alta probabilidad de dañar gravemente la salud de los trabajadores, física, social o mentalmente. Mientras que los factores de riesgo psicosocial son habitualmente factores con diferentes

niveles de probabilidad de ocasionar daños de todo tipo, los riesgos psicosociales tienen una alta probabilidad de generar consecuencias principalmente graves.

El INSHT reconoce como riesgos psicosociales a situaciones como la violencia y agresión en el trabajo, el acoso laboral y sexual, el estrés laboral crónico, el burnout o desgaste profesional, y la inseguridad contractual. [1]

El estrés laboral se puede considerar como un proceso en donde intervienen estresores de diversa índole, consecuencias del estrés y también recursos tanto de la persona como del trabajo que su ausencia puede convertirse en un estresor más, y su presencia puede amortiguar los efectos dañinos de los estresores.

Desde este planteamiento, los riesgos psicosociales se pueden categorizar en dos bloques:

1. *Estresores o demandas laborales*, entendidas como aspectos físicos, sociales y organizacionales que requieren esfuerzo sostenido, y están asociados a ciertos costes fisiológicos y psicológicos (por ejemplo, el agotamiento).

2. *La falta de recursos personales y laborales*, son aspectos físicos, psicológicos, sociales y organizacionales que son funcionales en la consecución de las metas, reducen las demandas laborales y estimulan el crecimiento y desarrollo personal y profesional.

Existen dos tipos de recursos: personales y laborales. Los recursos personales hacen referencia a las características de las personas tales como autoeficacia profesional. Por otra parte, los recursos laborales, son entre otros, el nivel de autonomía en el trabajo, la retroalimentación sobre las tareas realizadas, y la formación que oferta la organización.

La existencia de demandas y la falta de recursos para poder afrontarlas tiene por lo general consecuencias negativas en los trabajadores, en la organización del trabajo, en el grupo de trabajo y en la organización. Entre las consecuencias cabe señalar, el burnout (o síndrome de estar quemado por el trabajo). También la falta de motivación hacia el trabajo, aumento de los niveles de ansiedad y depresión relacionadas con el trabajo, el absentismo laboral, disminución del desempeño, etc.

Desde planteamientos prevencionistas, es necesario realizar una adecuada evaluación de estos riesgos psicosociales, para en su caso, poder corregirlos o prevenirlos en las

organizaciones. No obstante, la falta de instrumentos de evaluación válidos y fiables en nuestro país es bastante consistente, si nos comparamos con otros países europeos con mayor tradición en este campo, como es el caso de Holanda.

Durante la década pasada, y en especial como resultado de la introducción del Acta sobre las Condiciones de Trabajo (WCA), se prestó más atención a los riesgos psicosociales y a su prevención en Holanda. Por ejemplo, las políticas del Gobierno Holandés, se han dirigido a promulgar la nueva legislación institucionalizando los servicios de salud y seguridad ocupacionales (OHHS) informando a los empleadores y empleados sobre los riesgos psicosociales y estimulando la investigación sobre la evaluación y los proyectos de prevención.

Dado que existe un marco europeo que intenta armonizar la legislación sobre las condiciones laborales en todos los estados miembros (ver la Directiva Marco europea sobre Seguridad y Salud Laboral, Directiva 89/391/EEC), las experiencias de la implantación de este marco legal en Holanda son potencialmente relevantes para España, aún teniendo en consideración las principales diferencias sociales, laborales, y culturales existentes en ambos países.

La evaluación de riesgos, se refiere básicamente a la identificación y ubicación de limitaciones y peligros (ej., características de la situación laboral que pueden causar daño), mientras que la valoración de riesgos se refiere a la estimación del riesgo en comparación con ciertas normas. En el caso del estrés laboral, la evaluación de riesgos y su valoración, pertenece principalmente a los factores psicosociales del trabajo.

La situación española respecto a la evaluación y valoración de riesgos psicosociales está en un estado incipiente. Como señala Peiró (1999) caben múltiples razones para explicar esta situación, pero se podrían resumir en su dificultad y la falta de metodologías adecuadas.

No obstante, existen algunas iniciativas en nuestro contexto que prometen ser interesantes y fructíferas. Por ejemplo, las guías con aplicaciones informáticas del INSHT (ej., AIP- Aplicación Informática para la Prevención) que contempla la evaluación de la carga mental y aspectos relacionados con la organización del trabajo.

Además, también algunas entidades que actúan como servicios de prevención externos están desarrollando procedimientos para la evaluación de riesgos en general y, en algún caso de los riesgos psicosociales.

Por otra parte, existen algunas publicaciones científicas interesantes como la monografía sobre "Factores Psicosociales de la Prevención de Riesgos Laborales: Perspectivas Internacionales" (Peiró y Bravo, 1999) en donde aparecen publicados 8 artículos con experiencias en la prevención de riesgos psicosociales a nivel internacional, y nacional (ej., el modelo AMIGO como base de la metodología "Prevenilab/Psicosocial", por Peiró).

También en la Universitat Jaume I el equipo de investigación WONT (Work and New Technologies), con la activa participación del prof. José M. Peiró y el prof. Wilmar Schaufeli, viene desarrollando desde hace algunos años material e instrumentos útiles para tal fin. [2]

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales y Los Riesgos Psicosociales

En España, el planteamiento actual sobre los riesgos laborales se origina en la Ley de Prevención de Riesgos laborales (31/1995), que no aborda en ningún momento los riesgos psicosociales, pero sí establece de forma taxativa en su artículo 12 párrafo 2 la obligación del empresario de “garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo”, lo que incluye a los factores relacionados con la organización del trabajo, refiriéndose a las condiciones psicosociales del trabajo como la cultura corporativa, el clima laboral, el estilo de liderazgo o el diseño del puesto de trabajo.

Es en el Real Decreto 39/1997 de los Servicios de Prevención, en el anexo VI, en el que describiendo la formación necesaria para el Técnico Superior En Prevención de Riesgos Psicosociales se explicita como una de las especialidades la de Ergonomía y Factores Psicosociales.

Como tal, es probablemente la primera referencia legal a los factores psicosociales. Cuando posteriormente los escasos manuales de Ergonomía y Psicosociología aplicada exponen el tema 10, 11 se centran en temas tales como el contenido del trabajo, la carga laboral, el control de la tarea, la supervisión y las relaciones laborales. [1]

El Síndrome de Burnout

La experiencia de estrés es particular, puede darse por diferentes situaciones o contextos donde estén inmersas las personas. En el caso de los ambientes laborales, pueden ocasionar altos niveles de estrés en unas personas más que en otras, sobre todo cuando fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear el sujeto o cuando hay un desequilibrio entre las demandas y las capacidades para hacer frente a dichas demandas, presentándose entonces lo que se denomina estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional que aparece como resultado de un proceso continuo, es decir, por la exposición prolongada en el tiempo ante eventos estresantes; y desde las primeras conceptualizaciones se consideraba que los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización eran los más proclives a desarrollarlo.

El estrés laboral crónico es una de las principales fuentes de riesgos psicosociales en cualquier tipo de organización laboral, y en el sector servicios una de las formas más habituales de desarrollarse el estrés laboral es el Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT) o el Burnout como lo describe Gil-Monte (2006), se considera como síndrome por la comunidad científica la agrupación de síntomas y signos recurrentes que pueden indicar una patología. Seguidamente Gil-Monte (2005), hace la aclaración de que el síndrome de quemarse en el trabajo (SQT) debe entenderse como una forma de acoso psicosocial en el trabajo pero es diferente al acoso psicológico o mobbing.

El acoso psicológico o mobbing es un estresor laboral ocasionado por un conflicto interpersonal asimétrico, donde existe un acosado y un acosador, mientras que el burnout (acoso psicosocial) es una respuesta a los estresores crónicos laborales.

Por otro lado, Moreno y Peñacoba (1999) al hacer una diferenciación del estrés y el burnout argumentan textualmente lo siguiente, que: “el burnout no se identifica con la sobrecarga de trabajo, el exceso de trabajo no provoca sin más el burnout; de la misma manera un trabajo escasamente estresante pero desmotivador puede llevar al burnout. Desde esta perspectiva el burnout no es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue al abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto”.

En otras palabras, el estrés está relacionado con un sinnúmero de situaciones que pertenecen a la vida cotidiana y el burnout es sólo una de las formas que tiene de progresar el estrés laboral. Por consiguiente, una de las definiciones que más se aproxima a la dada por varios autores es la postulada por Farber (1983) donde explica la relación del burnout con el ámbito laboral: “El Burnout es un síndrome relacionado con el trabajo. Surge por la percepción del sujeto de una discrepancia entre los esfuerzos realizados y lo conseguido. Sucede con frecuencia en los profesionales que trabajan cara a cara con clientes necesitados o problemáticos. Se caracteriza por un agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y cinismo hacia los destinatarios, sentimientos de incompetencia, deterioro del auto concepto profesional, actitudes de rechazo hacia el trabajo y por otros diversos síntomas psicológicos como irritabilidad, ansiedad, tristeza y baja autoestima”.

Pero la definición más consolidada de Burnout, es la de las investigadoras estadounidenses Cristina Maslach y Susan Jackson en 1981, tras varios años de estudios empíricos, quienes lo describieron como un síndrome de estrés crónico que se manifiesta en aquellas profesiones de servicios caracterizadas por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o de dependencia”. [6]

Los elementos de referencia que se revelan como más característicos en el SB, de acuerdo con Maslach, serían:

- Agotamiento emocional (AE): los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el trabajo.
- Despersonalización (DP): una respuesta impersonal y fría hacia los que realizan las tareas profesionales.
- Realización personal disminuida (RPD): los sentimientos de escasa competencia y fracaso profesional.

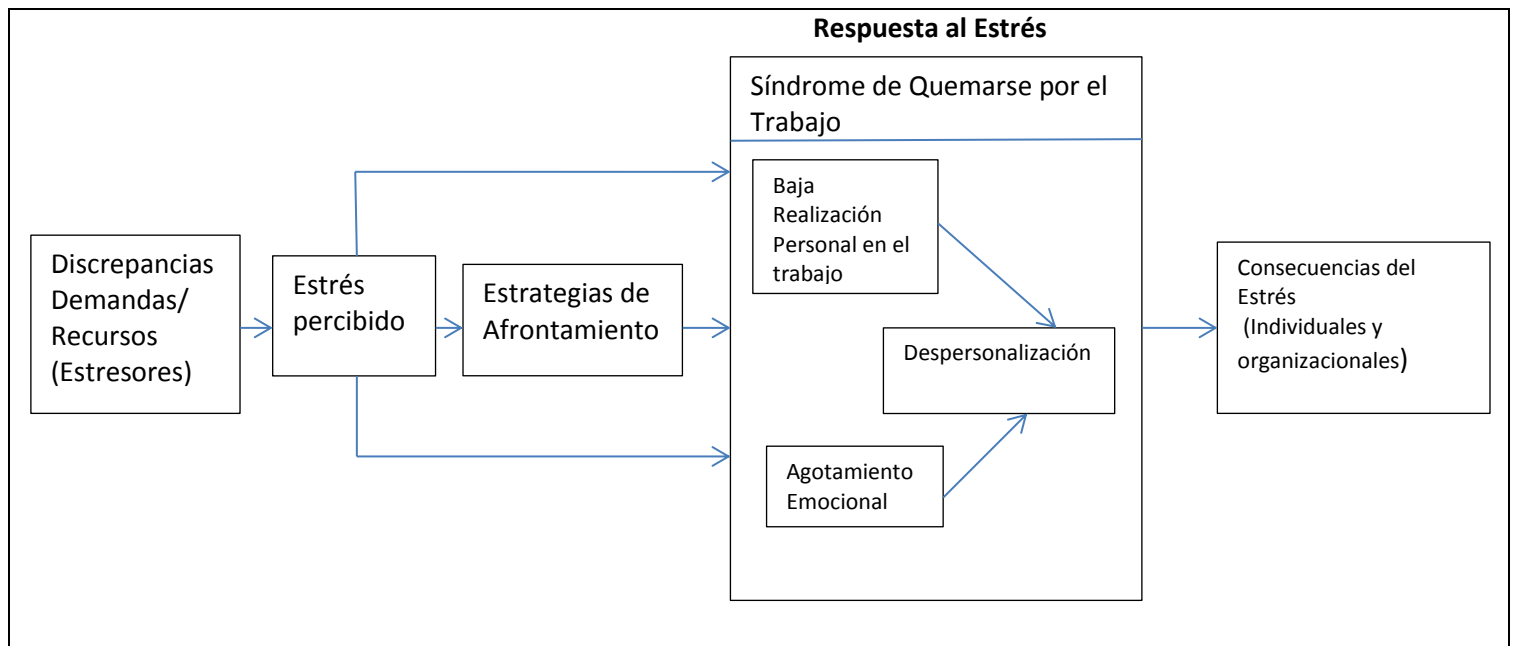


Figura 1. Desarrollo Síndrome de Burnout Gil-Monte, P. R. (2003)

El cuadro puede seguir la siguiente secuencia:

- 1ª Etapa: Se percibe un desequilibrio entre demandas laborales y recursos materiales y humanos de forma que los primeros exceden a los segundos, lo que provoca una situación de estrés agudo.
- 2ª Etapa: El individuo realiza un sobreesfuerzo para adaptarse a las demandas. Pero esto sólo funciona transitoriamente, (hasta aquí el cuadro es reversible).
- 3ª Etapa: Aparece realmente el SB con los componentes descritos: AE, DP y RPD.
- 4ª Etapa: El individuo deteriorado psicofísicamente, se convierte en un peligro más que en una ayuda para los destinatarios de sus servicios. [4]

Gil-Monte y Peiró (1997) han afirmado que este síndrome puede estudiarse desde las perspectivas clínica y psicosocial; la clínica asume el Burnout como un estado (concepto estático) al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral, y la psicosocial lo define como un proceso con una serie de etapas que se generan por interacción de las características personales y del entorno laboral.

El concepto más importante es que el Burnout es un proceso más que un estado y es progresivo. Este proceso incluye: exposición gradual al desgaste laboral, desgaste del idealismo y falta de logros. [5]

Existen diferentes métodos para diagnosticar y evaluar el SB, siendo el MBI (Maslach Burnout Inventory), desarrollado por Maslach y Jackson (1986) en su versión comercial adaptada a la población española, el cuestionario más utilizado para evaluar la frecuencia e intensidad del síndrome de «estar quemado por el trabajo» dentro del contexto laboral sanitario. El instrumento consta de 22 ítems, y en él se pueden diferenciar tres subescalas que miden, a su vez, las tres dimensiones que conforman el síndrome:

1. Agotamiento emocional (AE): Esta subescala está formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo.
2. Despersonalización (DP): Esta subescala está formada por 5 ítems que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención o servicio.
3. Realización personal en el trabajo (RP): Subescala compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás.

Estos 22 ítems se valoran con una escala tipo likert, en la que el sujeto puntúa la frecuencia con la que experimenta los sentimientos que configuran el síndrome.

El rango de frecuencia está formado por 7 adjetivos que van desde «nunca» (0) a «todos los días» (6). De acuerdo con la versión comercial española del cuestionario, se establecen los siguientes valores medios de referencia para interpretar cada una de las dimensiones:

1. Agotamiento emocional: 20,86.
2. Despersonalización: 7,62.
3. Realización personal en el trabajo: 35,71.

Además de estas puntuaciones medias, el manual establece los puntos de corte anteriormente citados (alto, medio y bajo) para cada una de las dimensiones. [24]

Las categorías de la escala original son: CE bajo (puntuación menor o igual a 16), CE medio (17-26), CE alto (mayor o igual a 27); DP baja (puntuación menor o igual a 6), DP media (6-

12), DP alta (mayor o igual a 13); RP baja (puntuación mayor o igual a 39), RP media (38 a 32) y RP alta (menor o igual a 31). [15]

Puntuaciones altas en las dos primeras escalas o criterios y baja en la tercera son indicativas de grados elevados del síndrome. [16] Concretamente más de 31 puntos para CE, más de 13 para DP y menos de 30 para RP. En las tres escalas la puntuación mínima alcanzable es 0, mientras que la máxima es 54 para CE, 30 para DP y 48 para RP. [12]

Además de este, existen otros cuestionarios en inglés como el Burnout Measure desarrollado por Pines y Aronson en 1988, o el Tedium Measure también desarrollado por Pines en 1981.

En España se dispone de varios como el desarrollado por García en 1995 “Efectos Psíquicos del Burnout” o el “Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería” desarrollado por Moreno en el año 2000. [6]

En general, pueden establecerse dos tipos de repercusiones del SB: para el individuo (salud, relaciones interpersonales fuera del trabajo) y para la institución (insatisfacción laboral, propensión al abandono y al ausentismo, deterioro de la calidad del servicio, se genera cierto grado de hostilidad y resentimiento).

El perfil de riesgo para el desarrollo del SB sería: personas idealistas, optimistas y entregadas en exceso al trabajo, es más frecuente en el sexo femenino, en personas sin pareja o con poco apoyo familiar, y durante los primeros años de ejercicio profesional. [4]

JUSTIFICACIÓN

El propósito de este trabajo es realizar una revisión de la literatura científica que permita conocer la evidencia existente acerca del Síndrome de Burnout y su relación con los profesionales de Enfermería.

El interés por este tema radica en que el Síndrome de Burnout, ha cobrado especial relevancia en las últimas décadas debido a un importante incremento de su prevalencia en el sector servicios, en especial en sanidad y educación.

La prevalencia de esta patología, relacionada única y exclusivamente con el desempeño de la actividad laboral, varía de unos estudios a otros. En algunos estudios se han obtenido porcentajes del 30%, aunque resultados más moderados sitúan su prevalencia en el 11,4%. Aplicando criterios más conservadores, en Holanda se estima que entre el 4% y el 7% de la población podrían sufrir niveles graves de SB. Porcentajes cercanos al 7% se han estimado en Suecia. En Finlandia se estima que los casos graves de SB de la población trabajadora se sitúan sobre el 2,4%. En estudios realizados en España se han obtenido porcentajes similares.

Varias revisiones y estudios concluyen que el SB puede ser considerado un problema relevante para la salud pública y un tema de preocupación para los políticos responsables de la salud.

La dimensión del problema es merecedora de atención como problema de salud pública, pues es una patología que se desarrolla en mayor medida en los profesionales del sector servicios que desarrollan su actividad laboral hacia otras personas, y según la Encuesta de la Población Laboral Activa correspondiente al último trimestre de 2008 un 70 % de la población española ocupada trabaja en el sector servicios.

Trabajar en contacto con los clientes de la organización hace que los trabajadores estén expuestos con frecuencia a riesgos psicosociales como agresiones y conflictos interpersonales, sobrecarga de casos a atender, conflicto y ambigüedad de rol, percepción de inequidad en los intercambios sociales, falta de control sobre los resultados, etc.

Estas condiciones de trabajo favorecen el desarrollo del SB y el de otras patologías como la depresión.

El número de personas que sufren estrés por la exposición a los riesgos psicosociales en el trabajo va a ir en aumento, pues los cambios en el mundo laboral están incrementando el número de exigencias a los trabajadores, se pide mayor flexibilidad de destrezas y funciones, un mayor desequilibrio trabajo-familia, y más sobrecarga e intensificación del trabajo, a lo que se une el incremento de los contratos temporales, la subcontratación, y la falta de estabilidad en el empleo.

Con relación a décadas pasadas, las estadísticas indican un incremento en los problemas de salud derivados de la exposición prolongada en el entorno laboral a los riesgos de carácter psicosocial. [7]

OBJETIVO GENERAL

Conocer la evidencia acerca del Síndrome de Burnout en los profesionales de Enfermería

Objetivos Específicos:

- Averiguar cuáles son las Variables estudiadas y los Factores Precipitantes del Síndrome de Burnout
- Establecer la prevalencia del Síndrome de Burnout en los enfermeros/as
- Enumerar cuáles son las Consecuencias que puede originar el síndrome
- Identificar medidas preventivas y estrategias de afrontamiento frente al Síndrome de Burnout
- Conocer el proceso de evaluación de riesgos psicosociales en enfermería.

METODOLOGÍA APLICADA

Para cumplir los objetivos de la presente revisión bibliográfica, se ha llevado a cabo durante los últimos dos meses, la lectura crítica de artículos científicos de producción española, portuguesa y latinoamericana, en idioma castellano y dentro de los últimos 15 años.

Para llevar a cabo la búsqueda, se consultaron bases de datos de producciones científicas como Elsevier, Dialnet y Scielo, así como en revistas digitales e impresas sobre Medicina y Seguridad en el Trabajo, Psicología, Salud Pública y Enfermería y en repositorios universitarios de recursos abiertos.

De cada artículo se recogió su información bibliográfica (autores, revista, año de publicación, tipo de trabajo, metodología utilizada y tema estudiado según las palabras claves

si estaban presentes o el tema principal del trabajo) y los resultados y conclusiones más relevantes.

En la primera fase de la búsqueda, se introdujeron los descriptores Riesgos Psicosociales y Estrés laboral, para encontrar información acerca de factores de riesgo y riesgos psicosociales en relación con la enfermería. Se seleccionaron tras la lectura de resúmenes 12 artículos y finalmente tras la lectura crítica se seleccionaron 3 artículos.

En una segunda fase se seleccionaron los artículos que dan cuerpo a los resultados de este trabajo, estableciendo como criterios imprescindibles, estudios en español, que las muestras utilizadas en los estudios estuvieran integradas por profesionales sanitarios y que no fueran estudios anteriores al año 2000. Para ello se utilizaron como descriptores Síndrome de Burnout, Enfermería y Prevención, resultando numerosos artículos de los cuales se seleccionaron finalmente por cumplir los criterios de inclusión 24 artículos.

De los 24 artículos, 4 son latinoamericanos y el resto son de producción nacional, la gran mayoría son estudios descriptivos, aunque también hay estudios analíticos y revisiones. La mayor parte de los estudios se realizaron en personal de cuidados intensivos y el resto son de hospitalización y urgencias.

AUTOR Y AÑO	OBJETIVO ESTUDIO	TIPO DE ESTUDIO
Martínez,C. (2005)	Analizar rasgos de personalidad asociados con las escalas de MBI	Estudio observacional, descriptivo no aleatorio y transversal.
Grazziano, E (2010)	Revisar las publicaciones en la última década hasta el momento, relacionados a burnout y a su impacto en el trabajo de la enfermera, así como las estrategias de gerenciamento del estrés ocupacional descritos.	Revisión
Gomes, S (2013)	Identificar fuentes de estrés y estrategias de coping en enfermeros de tres hospitales centrales de Portugal.	Estudio transversal, de carácter descriptivo y exploratorio
Monte,G (2002)	Enumerar recomendaciones sobre estrategias de intervención que los administradores de recursos humanos de la sanidad deben considerar para prevenir el SQT	Revisión
Rísquez, M (2010)	Analizar la capacidad predictiva de la personalidad resistente y la autoeficacia generalizada sobre la percepción del estado general de salud en una muestra de profesionales de enfermería	Diseño retrospectivo de corte transversal,
Toledo,A (2007)	Analizar la vertiente histórica, causas, consecuencias y factores mediadores del burnout	Análisis reflexivo
Gascón, S (2003)	Discutir las características del chequeo preventivo de Leiter y Maslach, frente a otros tipos de intervención	Revisión
González, A (2010)	Analizar la importancia del engagement como forma de evitar la prevalencia del estrés en los trabajadores, desde la perspectiva de la Psicología Organizacional Positiva.	Revisión
Austria, F (2012)	Validar relaciones estructurales y funcionales hipotetizadas entre estrategias de afrontamiento y factores asociados al síndrome de burnout	Estudio de observaciones pasivas transversal
García,G (2007)	Analizar la prevalencia y prevención del burnout	Revisión
Deschamps, A (2011)	Analizar la evidencia científica existente acerca de la influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras	Revisión bibliográfica
Loubon,C (2011)	Estudiar los aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en el personal sanitario Del Hospital Aquilino Tejeira	Estudio descriptivo, transversal.
Noguera,L(2007)	Describir los indicadores de Burnout utilizando el MBI en profesionales de la enfermería de los Hospitales Públicos del área sur de Gran Canaria	Estudio descriptivo transversal
Rísquez,M (2011)	Averiguar la relevancia de las variables de tipo individual en el desarrollo del SQT así como el potencial efecto de la "personalidad resistente" como factor de protección de dicho proceso y sus consecuencias sobre la salud	Estudio retrospectivo
Rísquez,M(2008)	Comparar el nivel de burnout existente en los Servicios de Cuidados Intensivos y Urgencias,	Estudio descriptivo transversal

	y estudiar su asociación con las características sociodemográficas y laborales	
Grau,N(2004)	Analizar el grado de Burnout en el equipo de Enfermería de las ucis de Cataluña y su asociación a variables típicas	Estudio transversal de carácter analítico
Jofré,V(2005)	Estudiar la prevalencia del SB en el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de un Hospital de Chile, y los factores que se relacionan con él.	Estudio descriptivo exploratorio
Cabrera,L(2009)	Investigar el grado de severidad del síndrome de burnout entre el personal sanitario de una unidad de medicina intensiva (UMI) y de las plantas de hospitalización	Estudio transversal, descriptivo,
López ,F(2002)	Averiguar la prevalencia del síndrome de burnout en las enfermeras y auxiliares de un hospital comarcal de Murcia	Estudio descriptivo transversal
Fagoaga,M (2000)	Estudiar el grado de satisfacción laboral y desgaste profesional en el personal de enfermería de los servicios de urgencias, hospitalaria y extrahospitalaria del área de salud de Albacete.	Transversal, de prevalencia y asociación cruzada entre variables
Del Río,O(2003)	Analizar la prevalencia del síndrome de burnout en las enfermeras de hospitalización de un hospital de Toledo	Estudio transversal y descriptivo
Pera,G(2002)	Analizar la prevalencia del síndrome del quemado entre los trabajadores de un hospital comarcal y características asociadas	Estudio observacional transversal
Montero,C (2000)	Estudiar la incidencia del síndrome de burnout en distintas unidades del Servicio de Radioterapia y Oncología de un hospital	Estudio comparativo
Bernaldo,M (2007)	Averiguar el nivel de estrés laboral y burnout en los servicios sanitarios de urgencia extrahospitalaria	Estudio comparativo
Reyes,M(2004)	Estudiar la prevalencia del síndrome de Burnout en las enfermeras de la unidad de paciente crítico	Estudio descriptivo, prospectivo de tipo transversal.
Rísquez,M (2008)	Analizar la prevalencia del síndrome de burnout en profesionales de enfermería intensiva, y su relación con otras variables sociodemográficas y laborales.	Estudio descriptivo transversal.
Navarro,J (2012)	Recopilar la producción científica sobre las enfermeras de UCI en España	Revisión bibliográfica
Mera,M (2009)	Analizar la prevalencia del síndrome de desgaste profesional en el personal sanitario de distintas unidades de cuidados intensivos	Estudio analítico comparativo transversal
Gil Monte,P(2002)	Analizar si el género establece diferencias significativas en los niveles y en el proceso del síndrome de quemarse por el trabajo	Analítico comparativo
Gil Monte,P(2008)	Analizar la influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el SQT	Descriptivo
Vidal,P(2002)	Estudiar la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos de diferentes hospitales de la provincia de Alicante	Revisión Bibliográfica

Tabla 1. Tipo de Estudio y Objetivo

En una tercera fase, se busca literatura acerca de la evaluación de riesgos psicosociales y los métodos ISTAS y Maslach Burnout Inventory., seleccionando finalmente 6 artículos.

RESULTADOS DE LA REVISIÓN

Tipos de Variables estudiadas y Factores Precipitantes

Las variables utilizadas en la mayoría de los estudios revisados para medir el SQT en el personal de Enfermería, se dividen en: sociodemográficas, de personalidad y laborales. [4]

Las variables personales consideradas en los estudios sobre burnout son el sexo, la edad, tener hijos o no, estado civil, antigüedad en el trabajo, las características de personalidad y las psicopatologías y las estrategias de afrontamiento. [8]

Las variables organizacionales consideradas en los estudios revisados fueron el clima laboral, el bienestar laboral, el grado de autonomía, la ejecución en el trabajo, el apoyo social, la ambigüedad de rol y la falta de reciprocidad.

Otros aspectos serían el número de horas de trabajo, tipo de contrato y tipo de servicio.

Entre los estresores específicos de la profesión que suponen una alta implicación emocional y los relacionados con la organización del trabajo estarían:

- Exceso de estimulación aversiva.
- Contacto continuo con enfermos que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda.
- La frustración de no poder curar.
- Proporción muy alta de enfermos a los que deben de atender.
- Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de las de los pacientes y sus familiares.
- Horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos.
- Conflicto de rol y ambigüedad de rol.
- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinar.
- Burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias. [8,18]

Según Leiter y Maslach (2000), no son las características individuales las que constituyen un factor de riesgo de burnout, sino las propias estructuras y procesos que forman la vida en una organización, por interacción entre la persona y su medio laboral. [33]

En cambio, en un estudio realizado al personal sanitario de un hospital de Tenerife, que investigaba la relación entre el SQT y el afrontamiento, aunque no encontró resultados concluyentes para relacionar ambos constructos, sí que llegó a concluir que los aspectos relacionados con el afrontamiento y con la personalidad, están realmente vinculados al desarrollo y mantenimiento del síndrome y, sobre todo, a su tratamiento, argumentando que aunque el síndrome de “estar quemado” parece manifestarse casi exclusivamente vinculado al ambiente laboral, lo cierto es que las personas no llegan a ese ambiente laboral libres de toda influencia sino que deben aprender a integrar todo lo que son, lo que llevan consigo y con lo que se encuentran en ese ambiente laboral y a pesar de que en la literatura al respecto del tema, se ha dado escasa importancia, a las variables de personalidad y al afrontamiento dentro

del ámbito del “estar quemado” frente a las variables sociodemográficas o laborales, según el estudio parece una renuncia injustificada. [9]

Un análisis reflexivo sobre el Síndrome de Burnout Asistencial, hace la siguiente clasificación de los factores precipitantes del burnout, dividiéndolos en varios niveles:

- A nivel individual, son el choque de la realidad con las expectativas lo que generan baja realización personal y agotamiento emocional, pudiendo originar enfermedades.

- En cuanto a la personalidad, un locus de control externo donde el trabajador tiene la creencia de que los eventos vitales y sus consecuencias son controlados por fuerzas externas o del entorno, afianza la posibilidad de padecer burnout.

-A nivel interpersonal, la relación laboral desfavorable, la alta competencia y los problemas familiares, predisponen a la persona a sufrir burnout.

- Desde la perspectiva organizacional añade: bajas expectativas de refuerzo y altas expectativas de castigo, falta de comunicación entre el equipo de trabajo, excesivo control del personal por la dirección y burocratización excesiva. [10,36]

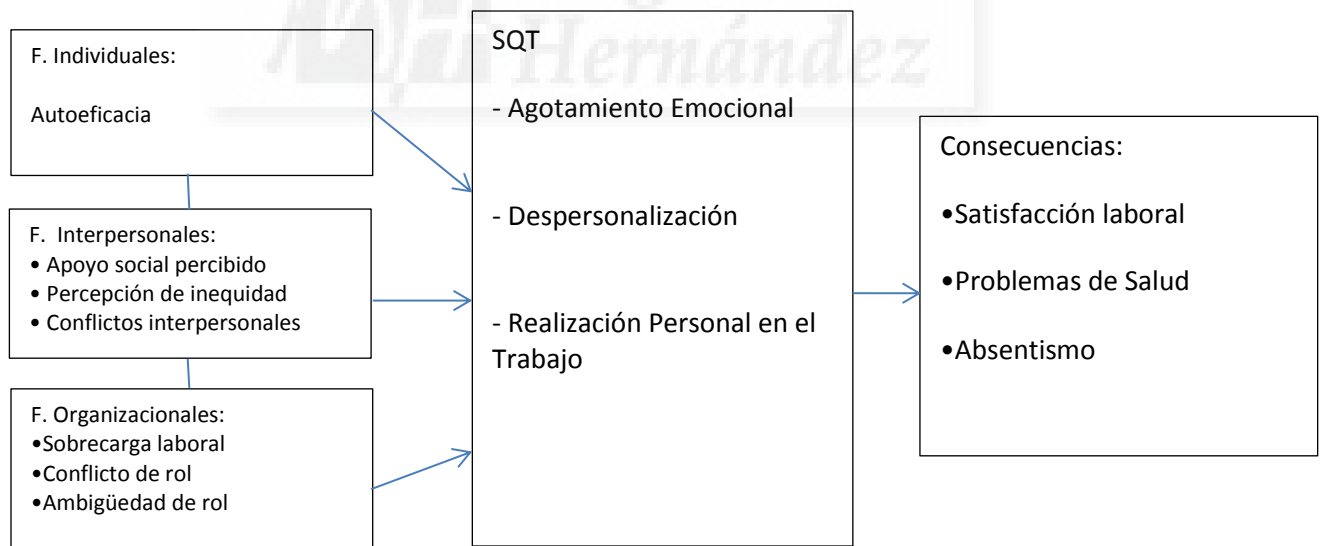


Figura 2. Génesis del Síndrome de Quemarse por el Trabajo

En un estudio longitudinal en enfermería, cuyo objetivo fue analizar la influencia de los Conflictos Interpersonales (conflictos con los compañeros) en las organizaciones hospitalarias, sobre el SQT y sus efectos sobre la salud, los análisis de regresión realizados permitieron obtener evidencia empírica de que los Conflictos Interpersonales eran un antecedente significativo de Agotamiento Emocional y de Realización Personal en el Trabajo, mientras que Agotamiento Emocional y Despersonalización eran un antecedente significativo de los Problemas de Salud. Como consecuencia, el trabajador trata de distanciarse de las personas-clientes de la organización mostrándose cínico, irritable e irónico, experimentando una baja eficacia profesional.

En este caso se proponía para disminuir los niveles de Agotamiento Emocional, la promoción de estrategias de comunicación adecuada entre los profesionales de enfermería aumentando así la satisfacción laboral. [11]

Otra revisión sobre el impacto del estrés ocupacional en enfermeros, atribuye los estresores ocupacionales para enfermeros a varias actividades que desempeñan para realizar su clasificación:

- Relacionados a la actuación profesional: falta de autonomía; falta de control sobre el trabajo; conflicto de papel; ambigüedad de papeles; insatisfacción en el trabajo, rutina y monotonía; falta de oportunidad de crecimiento en la carrera; bajos salarios;
- Relacionados al ambiente de trabajo: reestructuración organizacional; falta de soporte organizacional; powerless; sobrecarga de trabajo; pocos recursos materiales y humanos; ausencia de capacitaciones para el uso de nuevas tecnologías, presión de tiempo; exposición a riesgos ocupacionales y a enfermedades infecciosas;
- Relacionados a la administración de personal: realización de escalas de trabajo, faltas de los colaboradores; falta de involucramiento del equipo; turnover de enfermeros y técnicos de enfermería; número reducido de enfermeros, auxiliares y técnicos de enfermería;
- Relacionados al relacionamiento interpersonal: conflicto con pacientes, familiares, colegas y superiores; conflicto con el equipo médico y de enfermeros; violencia en el local de trabajo;

- Relacionados a la asistencia prestada: convivir con el dolor, sufrimiento y muerte, tratar los pacientes gravemente enfermos o fuera de posibilidades terapéuticas; convivir con los sentimientos de los pacientes y familiares; fragmentación del cuidado; menor tiempo de permanencia con el paciente;
- Relacionados a la vida personal: trabajo en turnos, rotación de horario y de unidad de trabajo; privación de sueño. [39]

Un estudio sobre el Burnout en Madrid, clasifica los factores relacionados con el síndrome en:

- Factores profesionales: posibilidad de cometer errores con graves consecuencias, contacto directo con el sufrimiento, dolor y la muerte, miedo al contagio de enfermedades, ambigüedad y conflicto del rol, tareas poco gratificantes, acontecimientos desvalorizadores, escasa autonomía en la toma de decisiones...
- Factores institucionales: falta de recursos materiales y humanos, bajos sueldos, turnos de trabajo, sobrecarga cuantitativa y cualitativa del trabajo, falta de conocimientos, excesiva burocracia, falta de compañerismo, conflictos interpersonales, espacio inadecuado, baja promoción interna, contratos eventuales, plantillas flotantes...
- Factores personales: sentimiento de impotencia y soledad, factores que componen la personalidad del individuo (valores, creencias, deseos...), falta de reconocimiento social y profesional, desmotivación, personalidad “tipo A” (personas activas, competitivas, buscan el éxito profesional). [19]

Consecuencias

Según la literatura consultada, podemos considerar las consecuencias del síndrome dentro de tres amplios niveles: a nivel conductual, físico y psicológico / emocional:

- A nivel Conductual se dan alteraciones de la conducta alimentaria, absentismo laboral, abuso de sustancias, aumento de la conducta violenta y de los comportamientos de alto riesgo, disminución de la productividad, deterioro de la calidad de servicio y falta de competencia en la organización, incapacidad de relajación, aislamiento, cambios bruscos de humor, dificultad de concentración, aburrimiento, incumplimiento de horarios de trabajo, deterioro social y familiar.
- A nivel Físico desencadena alteraciones cardiovasculares, fatiga crónica, cefaleas / migrañas, un elenco de alteraciones orgánicas (gastrointestinales, respiratorias, del sueño, dermatológicas y menstruales), disfunciones sexuales, dolores musculares /articulatorios, hipertensión, pérdida progresiva de la energía (agotamiento), pérdida de peso.
- A nivel Psicológico / Emocional condiciona estados de autovaloración negativa, apatía, cinismo, ansiedad, irritabilidad, depresión, pérdida del idealismo inicial, disforia, sentimientos de alienación, hostilidad, melancolía, baja autoestima, falta de motivación, desorientación, sentimientos de vacío, distanciamiento emocional, suspicacia, sentimientos de frustración profesional, cambios negativos de actitud, respuestas rígidas e inflexibles con los demás, impaciencia, sentimientos de culpabilidad, ansiedad generalizada y focalizada hacia el trabajo, dificultades para la memorización, la abstracción y la elaboración de juicios. [8,10]

Como consecuencias que pueden generar la realización de turnos y guardias nocturnas, según una revisión bibliográfica acerca de su influencia en el desarrollo del burnout, podría destacarse el estado de ánimo negativo, el estrés elevado, las alteraciones del sueño, del estado de alerta y del rendimiento, las alteraciones cardiovasculares y gastrointestinales, los abortos, efectos psiconeuróticos y músculo esquelético, aumento del consumo de medicación para dormir o el uso de tranquilizantes, el envejecimiento y el cáncer de mama. [30]

Prevalencia

Un estudio descriptivo transversal, se dirigió a 223 profesionales de enfermería (70.6% enfermeros y 29.3% auxiliares) del hospital de Caravaca de la Cruz en Murcia, mediante cuestionario autoadministrado, compuesto por el Maslach Burnout Inventory (MBI) y variables sociodemográficas y laborales. El cuestionario incluía variables universales como edad y sexo, antigüedad en el hospital, tipo de servicio asistencial (médico, quirúrgico o central), y otras variables presumiblemente relacionadas con el hecho de “quemarse” en el trabajo: tipo de contrato (interino o propietario), antigüedad en la profesión y categoría profesional (enfermeras o auxiliares).

En los resultados, la puntuación media en agotamiento emocional fue de $19,8 \pm 11,1$, en despersonalización fue de $9,0 \pm 6,4$, y en desrealización fue de $32,3 \pm 8,0$. El 26,5% presentó puntuaciones de agotamiento emocional elevadas, con una mediana de 19. El 20,2% puntuó bajo en falta de realización personal, con una mediana de 33. Por último, el 30,0% puntuó alto en despersonalización, con una mediana de 8.

Los contrastes estadísticos pusieron de manifiesto que las tres dimensiones del burnout están efectivamente relacionadas entre sí. La dimensión agotamiento no se relacionó significativamente con ninguna variable sociodemográfica. La desrealización se relacionó significativamente con la edad y con la antigüedad en la profesión. La madurez y la experiencia parecen ayudar a soportar los niveles de estrés que provoca el trabajo en sanidad.

La despersonalización sólo se correlacionó positivamente con la pertenencia a la plantilla del hospital. El grupo de auxiliares puntuó más alto que el de enfermeras en desrealización (menor desrealización), que podría explicarse por una mejor definición de su rol, o por estar más satisfechas con su trabajo.

El sexo y el desempeño de servicio (central, médico o quirúrgico) no se asociaron significativamente con mayores o menores puntuaciones en las tres subescalas.

Presentó puntuaciones elevadas en agotamiento emocional el 26,5% y en despersonalización el 30,0%, siendo la dimensión predominante. Puntuó bajo en falta de realización personal el 20,2%. En conclusión, se detectaron niveles de este síndrome preocupantemente elevados.

En cuanto a la prevención, en el estudio se apuesta por las medidas encaminadas a producir cambios organizacionales, que deben incidir en un equilibrio de cargas de trabajo, en el refuerzo de la autoridad sobre el trabajo que se desempeña, en una adecuada política de recompensas, en la mejora del clima laboral, en la resolución de conflictos de valores, y en una adecuada política de apoyos en el trabajo. Estas últimas seis medidas parecen ser las más adecuadas para conseguir un descenso en la prevalencia de este síndrome, siempre que se actúe sobre todas ellas a la vez, pues parece ser que interactúan entre sí. [40]

En un estudio transversal y descriptivo realizado a 320 enfermeros de un hospital de Toledo, utilizando como instrumento de medida el MBI, se declaró que el 17,83% sufría burnout. Además se objetivó la presencia de cansancio emocional en el 43,3% de los enfermeros/as, despersonalización en el 57% y la falta de realización en el trabajo en el 35,66%.

El grupo de enfermeros más importante que presenta burnout es el de hospitalización, un 55,35% de casos de burnout, pertenecen a este sector.

La edad media de los casos de Burnout fue de 34,6 años. En cuanto al sexo con respecto a la población total, las mujeres con burnout representan un 78,57 % y los hombres 21,42 %.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la situación personal y el tipo de contrato, pero si se puede determinar que la mayor parte de casos con burnout (75%), aparece en enfermeros con < 10 años de tiempo trabajado en el servicio.

En cuanto a la declaración del tipo de bajas que más afectó a los casos de burnout, aparece el de enfermedad (57,14% de las causas de baja en casos de burnout).

En las conclusiones del estudio, se anima a poner en marcha mecanismos para resolver los casos conocidos, para lo que habría que implicar a parte de enfermería, dirección de enfermería, y el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del hospital. [5]

En el Hospital comarcal de Mataró en Barcelona, se diseñó un estudio observacional transversal para 300 trabajadores (40 % enfermeros de diversos servicios, mayoritariamente hospitalización) a los que se les administró el MBI para medir el grado de burnout.

El estudio concluyó que la prevalencia del SQT es relativamente baja y se asocia al género y la categoría profesional. El 13,9% de los entrevistados presentó un grado elevado de burnout para el cansancio emocional, el 11,1% para la despersonalización y el 6,6% para la realización personal. Ninguno de los entrevistados obtuvo puntuaciones elevadas en las tres escalas a la vez y un 27% de los encuestados tuvo un alto grado de burnout en al menos una de las tres escalas.

El análisis bivariado muestra que el estamento, el sexo, el estado civil, el nivel de estudios y el tipo de contrato laboral son variables que se asocian de forma estadísticamente significativa con un alto burnout en alguna de las tres escalas del MBI, aunque si reflejó que las variables asociadas de forma independiente y estadísticamente significativa con el burnout fueron el colectivo laboral y el sexo.

En las tres escalas del MBI, se observa un elevado porcentaje de burnout de los administrativos y un bajo porcentaje en las enfermeras, por lo que parece ser que el estamento de enfermería tiene un efecto protector sobre el burnout alto tanto para la escala CE como para la RP. Referente al burnout alto para la escala DP, el sexo masculino y el estamento de los administrativos demuestran ser factores de riesgo independientes y estadísticamente significativos. Para las escalas CE y DP, los resultados evidencian el mayor porcentaje de burnout alto en los varones y en los que tienen contrato fijo.

La edad se correlacionó débilmente con la escala CE, siendo los de mayor edad los que tuvieron índices superiores de burnout. Los que tenían hijos presentaron puntuaciones medias más elevadas en la escala CE respecto a los que no los tenían.

El resto de variables estudiadas, como los años de convivencia con la pareja actual, años de profesión, antigüedad en la empresa y turno horario, no se relacionó con cambios en las escalas del MBI.

Si comparamos el servicio de urgencias con el resto del hospital no se observan diferencias en ninguna de las escalas ni en la media de sus puntuaciones ni en el porcentaje de burnout alto. [12]

Un estudio comparativo en 36 profesionales del servicio de oncología de un hospital de Granada, incluido el personal médico y enfermería (60%), a los que se le aplicó el instrumento de medida MBI de forma autoadministrada, organizó la muestra alrededor de cuatro unidades o servicios básicos: Hospital de Día (HD), Servicio de Oncología (SO), Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) y Unidad de Cobalto y Radioterapia (RT).

En el cuestionario, además de datos sociodemográficos, se preguntaba acerca de cuestiones como formación específica en cuidados paliativos, si han tenido algún caso de enfermedad terminal entre sus familiares o amigos y sus expectativas al entrar en el Servicio de Radioterapia y Oncología.

La Sala de Oncología presentó los niveles más altos de burnout, en comparación con el resto de unidades, mientras que en la dimensión RP dicha puntuación media pasa a ser la menor de los servicios analizados.

Respecto a la dimensión CE la sala de Oncología muestra niveles superiores de CE en comparación con la Unidad de Cuidados Paliativos. Igualmente podemos en cuanto al CE existen también diferencias significativas entre la Unidad de Cuidados Paliativos y Hospital de Día, de forma que en términos medios, los trabajadores de la Unidad de Cuidados Paliativos presentan índices inferiores en esta dimensión en cuanto a Hospital de Día.

En DP en comparación con las restantes Unidades, se puede resaltar la tendencia hacia una puntuación más elevada en DP en comparación con las restantes Unidades.

Al analizar la RP, sólo se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre la Unidad de Cuidados Paliativos y la sala de Oncología, de forma que en términos medios la primera puntúa en mayor medida en esta dimensión en comparación con la segunda.

Las mujeres presentaron unos niveles más altos de burnout que los varones, en todas las unidades excepto en la Sala de Oncología, donde los varones superan a las mujeres. Las

enfermeras presentan unos niveles mayores en comparación con los médicos, aunque los médicos de la sala de Oncología y Hospital de Día superan a las enfermeras en las demás Unidades.

El personal con plaza en propiedad tiene unas puntuaciones mayores que el personal contratado, exceptuando Hospital de Día en el que el personal contratado supera ampliamente al personal fijo.

La relación entre antigüedad profesional y burnout, según los datos del estudio nos vienen a demostrar que no es una variable significativa.

En cuanto a los niveles de burnout según la Unidad en la que se presta servicio, se observa que la Sala de Oncología es quien presenta los niveles más altos. Llama la atención que la Unidad de Cobalto y Radioterapia presenta niveles más bajos que la Unidad de Cuidados Paliativos.

Los datos obtenidos indicaron que la unidad por sí sola no es un elemento significativo para alcanzar niveles preocupantes de burnout, a pesar de que este tipo de unidad, según la literatura son potencialmente más estresantes e induzcan con más frecuencia al personal que trabajan en ellas a “quemarse”, debido al tipo de pacientes que atienden, la tecnología que utilizan, la exigencia de preparación del personal y las rápidas decisiones e intervenciones a las cuales se ve constantemente sometido dicho personal, pero lo cierto es que el estudio arrojó cifras bajas de burnout, aunque este hecho se puede deber a las características propias de este servicio y del hospital, por ello los autores, aun siendo significativos algunos de los datos, afirmaron que no pueden extrapolarse a otras poblaciones. [13]

Un estudio descriptivo con una muestra compuesta por 76 trabajadores de los servicios de urgencia (médicos, personal de enfermería y celadores) del Area 9 de Madrid, utilizó para la recogida de datos el MBI y el Inventario de Estresores Laborales para Enfermería, cuyos ítems hacen referencia a situaciones potencialmente estresantes en el marco laboral de los profesionales sanitarios y tratan de valorar en qué medida cada situación representa una fuente de estrés, tensión o irritabilidad en su trabajo actual, permite evaluar el estrés laboral que presentan los distintos profesionales.

Respecto al estrés, se concluyó que los médicos muestran un nivel de estrés ligeramente superior a los profesionales de enfermería, (ya que presentaban mayor número de estresores laborales) y estos a su vez ligeramente superior a los celadores, pero las diferencias entre los distintos grupos no llegaron a ser significativas.

Respecto a los resultados de las tres dimensiones del Burnout, los médicos presentaron una puntuación media en cansancio emocional, mientras que el personal de enfermería y los celadores presentaron una puntuación baja.

En despersonalización, los médicos presentan una puntuación alta en, mientras que el personal de enfermería y los celadores presentan una puntuación media.

Todos los estamentos profesionales presentaron un nivel medio de realización personal. El hecho de que en el estudio no se hayan encontrado niveles altos puede ser debido a la inclusión de profesionales no sanitarios (celadores) dentro de la muestra, que mostrarían niveles de estrés más bajos, y a la inclusión de los suplentes habituales que trabajan normalmente en estos centros que presentan también niveles menores de estrés. [14]

Un estudio transversal Transversal, de prevalencia y asociación cruzada entre variables, en personal de enfermería de los Servicios de Urgencias hospitalarios y extrahospitalarios de Albacete y Hellín, utilizó un cuestionario específico dividido en tres partes: 1. Datos de afiliación, sociodemográficos, y laborales. 2. Encuesta MBI. 3. Cuestionario sobre estrés laboral y personal.

La muestra total 106 incluye personas de los servicios de urgencia extrahospitalaria (SUE) y hospitalaria (SUH). El personal de enfermería tiene una media de edad y antigüedad alta y son en su mayoría mujeres casadas/pareja estable que tienen 2 o más hijos. Según los resultados, la rotación de turnos en el horario laboral conlleva alteraciones psíquicas (trastornos del sueño, irritabilidad, nerviosismo) y afecta la vida laboral aumentando el cansancio emocional (CE).

El CE es bajo con un 46,8%, el DP bajo con un 41,8% y la RP alto con un 43%. El CE está más relacionado con la DP, la edad del personal y la afectación de la vida familiar.

La DP está más relacionada con el CE y la edad del personal. La falta de RP estaría más relacionada con otras variables que no fueron recogidas. Y el estrés estaría condicionado por el tiempo de antigüedad y la afectación de la vida familiar.

La valoración del estrés: entre el 42,83% y el 65,68% del personal de enfermería considera que está sometido a un nivel de estrés elevado. Si separamos el estrés en personal y laboral observamos que el nivel medio es en el que mayor porcentaje de personal de enfermería encontramos, entre 45,32 % Y 68,05 % en el estrés personal y entre 70,62 % y el 88,96 % en el estrés laboral.

La edad media del personal es alta con 38,7 años, al igual que la antigüedad con 14,04 años. El 67,1 % tienen plaza en propiedad, el tiempo en el puesto actual de trabajo es de 8,6 años.

El porcentaje más alto está en mujeres, casadas/pareja estable que tienen 2 ó más hijos. La rotación de turnos en el horario laboral conlleva alteraciones psíquicas y afectación de la vida familiar aumentando el cansancio emocional.

Los profesionales con mayor antigüedad (+10 años) en su trabajo presentan menos burnout. El estrés total entre SUE/SUH, es similar, siendo medio-alto en los hospitales debido a la presión asistencial.

El síndrome de Burnout en conclusión es bajo, y el estrés condicionaría el cansancio CE. [15]

Un estudio descriptivo de prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) en 17 enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Chile, todas ellas mujeres, teniendo una media de edad 33,6 años, utilizó el cuestionario MBI, separando por servicios UNI (Unidad Cuidado Intermedio) que concentraba el tramo de edad hasta 30 años y UCI (Unidad Cuidado Intensivo) el resto.

El promedio de años de ejercicio profesional es 8,6 años y la distribución mayor se ubica en el intervalo de 7 a 9 años con un 26,7 %. En relación al estado civil se encontró que 53% es casada y 46% soltera, con distribución homogénea en ambos servicios. Frente a la pregunta si tiene hijos se encontró que un 60% tiene y que un 40% no.

A la distribución de los resultados del MBI se encontró una media de 57,2 puntos. Al separar por servicios encontramos que UCI tiene un promedio de MBI de 57,7 puntos y UNI 58,5 puntos.

Al separar por criterios de MBI se destaca que frente a cansancio emocional UNI tiene un promedio mayor que UCI con un 75% de la puntuación más alta. Al cruzar variables encontramos que los puntajes mayores coinciden con el tramo de edad de 24 a 30 años. En relación a los años de ejercicio profesional el tramo de 7 a 9 años tiene la distribución más alta de MBI.

En despersonalización la puntuación mayor también se ubica en el tramo de 24 a 35 años y en UNI con un 62,5% de puntuación alta.

En realización profesional, encontramos que a mayor edad mayor realización, con un 62,5% de las puntuaciones de UCI sobre 31 puntos.

En conclusión, los resultados obtenidos del estudio indicaban valores de bajo CE, baja DP y una adecuada RP para las enfermeras de la unidad. Al analizar las dimensiones se observó que existe diferencia entre las enfermeras de UNI y UCI donde UNI tiene valores de CE y DP altos en relación a UCI y la RP es baja en UNI. Los valores de UNI son más cercanos al diagnóstico de SQT. Al analizar el puntaje MBI según nivel operativo se observa que se encuentra en nivel medio a bajo, entre 33 y 70 puntos.

En relación a las variables estado civil e hijos no se observó resultados significativos de las dimensiones de MBI. En relación a la edad se destaca que el tramo de menor edad posee mayor CE. Existe un grado mayor de DP en las enfermeras de UNI y en las enfermeras de menor tramo de edad. Se observó que a menos experiencia existe menor grado de RP lo cual se distribuye principalmente en UNI. [16]

Un estudio descriptivo transversal del Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Morales Meseguer ubicado en Murcia capital, realizado en 56 profesionales de enfermería, que se distribuyen en dos categorías profesionales: auxiliar de enfermería y enfermería, empleó como instrumentos de evaluación: una encuesta de variables sociodemográficas y laborales, y los cuestionarios validados MBI y General Health

Questionnaire (GHQ-28) de Goldberg, método de identificación de pacientes con trastornos psíquicos, que consta de 28 ítems agrupados en 4 subescalas de 7 ítems cada una que evalúan síntomas somáticos de origen psicológico, síntomas relacionados con la ansiedad, síntomas relacionados con la “disfunción social” y síntomas que se relacionan con el estado de ánimo.

De este análisis se desprendió una prevalencia moderada-alta del síndrome de burnout siendo especialmente relevante la alta tasa de CE con un 54,8%, también se obtienen puntuaciones elevadas para la dimensión de DP en un 35,7% de los sujetos, y para la dimensión de falta de RP en el trabajo en un 21,4% de los sujetos.

Si tenemos en cuenta las tres dimensiones simultáneamente, se obtiene que un 11,90% de la muestra puntúa alto en las mismas.

Destacar dos variables de tipo sociodemográfico y laboral que sí que resultan significativas en el estudio: la variable “hijos” que presenta una mayor vulnerabilidad al CE en sujetos que no tienen, lo que podría deberse a la mayor estabilidad y madurez emocional de las personas que tienen hijos y al hecho de que las personas que no tienen hijos podrían usar el trabajo como fuente de vida social y, como consecuencia, una mayor implicación con el trabajo llevaría aumentando el riesgo de sufrir síndrome de burnout. La otra variable sería el “tipo de contrato”, encontrando una mayor vulnerabilidad al síndrome de burnout en aquellos sujetos que poseen plaza en propiedad, ya que los sujetos interinos y contratados refieren una mayor realización que aquellos que poseen plaza.

También resultó una tendencia estadísticamente significativa con la variable edad, en cuanto a que a más edad, mayor propensión de los sujetos a manifestar síntomas de ansiedad, pero no se relaciona con ninguna de las tres dimensiones del Burnout.

Si se consideran las puntuaciones totales de los sujetos en el cuestionario GHQ-28, el 42,9% de los sujetos encuestados presentaron malestar psíquico, con una mayor incidencia de los síntomas somáticos de origen psicológico y de los síntomas de ansiedad e insomnio, mientras que la escala de síntomas depresivos resulta ser la que menor incidencia refleja. [17]

Una revisión acerca de la producción científica sobre las enfermeras de unidad de cuidados intensivos (UCI) en España, analizó 76 artículos, entre los cuales había nueve

estudios sobre el Burnout en UCI, dos de los trabajos encontraron niveles altos de burnout en enfermeras y auxiliares y en otros siete eran medios o bajos.

Entre el 54% y el 87% de las enfermeras afirmaban que su trabajo era estresante y aunque los estudios encontrados utilizaban diferentes escalas para medir el estrés de los profesionales, todos identificaron una serie de factores responsables, como los relacionados con el estado de los pacientes (gravedad y cuidados que necesitan, realizarles cuidados dolorosos, verlos sufrir e impotencia ante un paciente que no mejora) y los relativos al entorno laboral (escasez de personal, mobiliario incómodo, insuficientes recursos materiales, problemas en el equipo de UCI, situaciones de urgencia y temor tanto a confundir la medicación como a hacer mal el trabajo y perjudicar al paciente).

Los síntomas atribuibles al estrés que presentaban las enfermeras eran irritabilidad, ansiedad/nerviosismo, trastornos digestivos, sensación de impotencia y tristeza.

Las profesionales más jóvenes presentaron mayor vulnerabilidad al estrés, posiblemente porque, a mayor edad y antigüedad en la unidad, la enfermera alcanza mayor seguridad en sí misma y crea sus propios mecanismos para regular el estrés.

Para luchar contra el estrés, las enfermeras en sus unidades, actuarían sobre la escasez de personal, el ruido excesivo y los turnos de trabajo, establecerían un periodo máximo de permanencia en UCI y facilitarían el traslado a otros servicios.

Los estudios analizados utilizaron el Maslach Burnout Inventory como instrumento de medida. Uno encontraba niveles altos de burnout en enfermeras y auxiliares de enfermería y el otro puntuaba alto en cansancio emocional y despersonalización y bajo en realización personal. En el resto de estudios, los niveles fueron medios o bajos.

Al estudiar las tres dimensiones del burnout por separado, cinco estudios midieron niveles altos y medios de cansancio emocional, atribuyéndolo a diferentes causas: encontrando mayor cansancio emocional en los profesionales de más antigüedad y edad, porque querían abandonar el servicio y no habían podido, que las enfermeras contratadas tenían niveles más altos de cansancio emocional que las fijas debido a la incertidumbre e inseguridad laboral que les provocaba su situación, aunque también por contraposición se midieron niveles más bajos de cansancio emocional en los contratados porque “desconectaban” al ser cesados.

En cuanto a la despersonalización, se obtuvieron niveles altos atribuidos a la presión asistencial, y niveles medios, niveles más altos de despersonalización en el turno de noche y atribuidos a la menor comunicación y administración de cuidados a los pacientes en ese turno.

La realización personal era baja, asociándose significativamente a trabajar en el turno de noche posiblemente por la escasa integración y participación activa con el resto del equipo y las características propias del turno.

Los artículos comparando el burnout en UCI y plantas de hospitalización encontraron los mismos niveles en ambos grupos de profesionales. Y al comparar el burnout de las enfermeras de urgencias y UCI, en dos estudios se encuentran resultados contrapuestos en lo que respecta al mayor agotamiento emocional.

En la comparación del nivel de burnout de las enfermeras que habían salido de UCI tras cinco o más años de actividad con las que continuaban en la misma, las enfermeras que se habían trasladado tenían niveles altos de cansancio emocional y despersonalización y niveles bajos de realización personal y posiblemente habían salido de UCI por “estar quemadas”. [18]

Un estudio analítico comparativo transversal, realizado en UCI del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, en una muestra de 289 profesionales, entregando el cuestionario MBI y variables sociodemográficas-laborales, dió una prevalencia del síndrome de burnout del 14%, siendo los profesionales de enfermería los más afectados. Según la categoría profesional fue del 16% en DUE, 14% en residentes, 13% en médicos y 10% en AE.

De los encuestados, mostraron un nivel de CE y DP elevado el 37% y 57% respectivamente y el 37% un nivel de RP bajo.

Las variables relacionadas con el síndrome de desgaste profesional fueron satisfacción profesional baja, relación con compañeros regular, reconocimiento laboral bajo, bajo reconocimiento laboral por parte de los pacientes y un cansancio emocional elevado en el personal más experto.

Según el estudio, las variables sociodemográficas tiene un efecto modulador muy pequeño sobre el burnout, pero las variables de tipo motivacional y el ambiente laboral inciden más directamente sobre el estrés laboral.

La UCI con mayor prevalencia de burnout, durante el mes estudiado, atendió a pacientes con mayor mortalidad, estancia y aislamientos. [19]

En un estudio descriptivo exploratorio de la prevalencia del síndrome de burnout (SB) en el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) de un hospital de Chile y los factores que se relacionan con él, se aplicó un cuestionario de datos sociodemográficos y se trabajó con ocho variables derivadas de la aplicación del inventario de Burnout de Maslach en una muestra de 26 enfermeras y auxiliares, todas ellas mujeres.

Los resultados obtenidos en las dimensiones del SB en el personal de enfermería de la UCIP evidenciaron mayores porcentajes de niveles de Burnout bajo, especialmente en la subescala CE.

El gran porcentaje de la muestra posee un bajo nivel de despersonalización, posiblemente relacionado con la forma como las mujeres han sido socializadas en nuestra cultura para cuidar, educar, encargarse de los niños, las tareas del hogar, independiente de su labor en el trabajo.

Más de la mitad de la población en estudio presentó un alto logro personal, deduciendo que el grupo está conformado por un personal preparado, con destrezas y habilidades para desarrollar su labor.

En esta muestra no se encontraron diferencias significativas de la prevalencia del síndrome de Burnout en relación con las variables analizadas (ocupación, estado civil, antigüedad en la UCIP, presencia de hijos y tipo de turno), posiblemente debido a las características propias de este colectivo, que se caracteriza por un personal adulto joven y con menos de 10 años de trabajo en la unidad. [20]

Un estudio transversal descriptivo del personal de enfermería de la UMI (Unidad de Medicina Intensiva) y de las plantas de hospitalización del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, fue llevado a cabo en 92 enfermeras/os, el 61% de UMI y el 39% de las plantas de hospitalización, y a 80 miembros del personal auxiliar, el 51% de UMI y el 49% de las plantas.

Según las conclusiones, el agotamiento emocional se encuentra en el nivel medio en todos los grupos, y es mayor entre el personal auxiliar de la planta que el de la UMI.

En cuanto a la despersonalización y la falta de realización personal en el trabajo se encontraron elevados niveles en todos los grupos, sin encontrar diferencias significativas entre el personal de la UMI o de las plantas de hospitalización.

En conclusión, no se encontraron diferencias en la percepción del burnout entre el personal de la UMI y de las plantas de hospitalización. [21]

Se llevó a cabo un estudio transversal de carácter analítico con la intención de determinar el grado de Burnout en el equipo de Enfermería de las UCIs de Cataluña, así como su asociación con el tipo de institución hospitalaria, la satisfacción en el trabajo, la ratio enfermera-paciente y otras variables de conocida influencia en el Burnout y potencialmente modificable.

La muestra estudiada fueron 366 sujetos que respondieron a dos cuestionarios: el MBI y otro general de carácter sociodemográfico y laboral.

Los resultados indicaron un diagnóstico de Burnout medio en cansancio emocional y realización personal y alto en despersonalización. Se observó que una relación insatisfactoria con los compañeros se asociaba a una ratio enfermera/paciente >2 . De igual modo, el deseo de abandonar la UCI se ha asociado a una ratio enfermera/paciente >2 .

Las variables de años de profesión (>10) y años en la UCI (> 5), se asociaban significativamente a un alto grado de cansancio emocional. Niveles bajos en realización personal se asociaban significativamente a trabajar en turno de noche y a los años en UCI (>5).

Se llegó a la conclusión de que la incidencia del síndrome de Burnout en las UCIs de Cataluña es alta y que una ratio enfermera/paciente >2 provoca desmotivación y aumenta los conflictos interpersonales. [22]

En un estudio para estimar la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos de diferentes hospitales de la provincia de Alicante, entregando el cuestionario MBI a un total de 107 personas, se obtuvo un MBI medio total de 55,05.

Estos resultados indican, para el personal de enfermería de los cuidados críticos, valores de bajo cansancio emocional, baja despersonalización y una adecuada realización personal.

Para la variable género encuentra pequeña diferencia significativa en la puntuación total del MBI, obteniendo los varones una puntuación media mayor a las mujeres.

En las variables estado civil, número de hijos, reconocimiento del trabajo por parte de los pacientes, número de pacientes que se atienden, tiempo en la profesión no se encuentra ninguna diferencia significativa tanto en las tres dimensiones del MBI por separado como en la puntuación total.

La situación laboral de las personas encuestadas muestra una diferencia significativa en la dimensión cansancio emocional donde los trabajadores fijos tienen una puntuación media mayor a los contratados o interinos.

El horario de trabajo ha mostrado diferencias significativas en la despersonalización donde los turnos de noches y otro tipo de turnos puntúan por encima del turno de mañanas y el correturnos /turno rodado.

Las personas que piensan que el número de pacientes que atienden es excesivo muestra un mayor cansancio emocional que los que refieren que dicho número es el apropiado.

En relación a la edad se encontraron diferencias significativas en la dimensión cansancio emocional y en la puntuación total del MBI, siendo el grupo de mayores de 44 años los que mayores puntuaciones dieron en ambos casos.

Para la variable antigüedad en el trabajo actual la dimensión cansancio emocional mostró diferencias significativas siendo el grupo con una antigüedad mayor a 15 años el que obtuvo las cifras más elevadas.

En las variables estado civil, número de hijos, reconocimiento del trabajo por parte de los pacientes, número de pacientes que se atienden, tiempo en la profesión no encontramos ninguna diferencia significativa tanto en las tres dimensiones del MBI por separado como en la puntuación total.

Concluye que los profesionales de enfermería estudiados presentan unos niveles razonables de estrés laboral asistencial. Sin embargo, para un grupo de profesionales los niveles elevados de Burnout pueden representar una amenaza seria para su calidad de vida personal y laboral. Así, el 14,5% refiere presentar con frecuencia sentimientos de agotamiento físico y emocional; un 10,8% refiere falta de sentimientos afectivos y comportamientos impersonal hacia los receptores de su ayuda, y un 37,3% manifiesta con frecuencia sentimientos de insatisfacción con sus logros y consigo mismo en el trabajo de enfermería. Pudiéndose afirmar que sólo 1,9% presentaría el síndrome cumpliendo con los tres criterios. [23]

Un estudio descriptivo transversal cuyo objetivo es estimar y comparar el nivel de burnout existente en los Servicios de Cuidados Intensivos y Urgencias del Hospital Morales Meseguer (Murcia) y estudiar su asociación con las características sociodemográficas y laborales de los profesionales de enfermería encuestados, empleando dos instrumentos de evaluación: una encuesta de variables sociodemográficas y laborales, y el cuestionario MBI, estimó que los niveles de agotamiento emocional son significativamente mayores en el Servicio de Cuidados Intensivos que en el de Urgencias.

La población objeto de estudio estuvo formada por 125 profesionales de enfermería que se subdividieron en dos subpoblaciones correspondientes a los dos servicios mencionados: 69 profesionales del Servicio de Urgencias y 56 del Servicio de Cuidados Intensivos, perteneciendo a dos categorías profesionales: auxiliar de enfermería y enfermería.

En los resultados, un elevado porcentaje de la muestra presentó un nivel alto en la dimensión de agotamiento emocional: un 41,2% de los sujetos encuestados. Cuando considera ambas

Unidades de Cuidados de forma independiente, se obtiene que un 54,8% de los profesionales de Cuidados Intensivos refieren niveles altos de agotamiento emocional frente a un 30,9% de los profesionales del Servicio de Urgencias.

Si tenemos en cuenta las tres dimensiones simultáneamente, se obtiene que un 5,15% de la muestra total de profesionales puntúa de forma elevada en las mismas.

El género masculino obtiene una mayor puntuación en la dimensión de despersonalización que el género femenino.

Existe una mayor vulnerabilidad al agotamiento emocional en el grupo de profesionales que llevan más de 15 años trabajando.

En conclusión, los niveles encontrados de burnout resultaron ser moderados-altos. El 5,15% de la muestra total estudiada puntúa alto en las tres dimensiones del síndrome.

El resto de dimensiones que componen el síndrome no ha demostrado diferencias significativas entre ambos servicios. [24]

Un estudio argentino para medir el nivel de burnout en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI) y determinar si el perfil de afrontamiento de las enfermeras difiere en función de los niveles de manifestación del burnout, utilizó como instrumentos de medida el MBI y el Inventario de Modos de Afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1986), utilizando para su evaluación la taxonomía propuesta por Moos y Billings (1982). La muestra contó con 53 enfermeras, todas ellas mujeres, de instituciones públicas y privadas.

En cuanto a las diferencias en los modos de afrontamiento según el nivel de burnout, se halló que existen diferencias significativas en las estrategias utilizadas entre las enfermeras que presentan diferentes niveles, principalmente en cuanto a las dimensiones despersonalización y baja realización personal. Las enfermeras de UTI tenderían a utilizar estrategias de afrontamiento menos funcionales a medida que aumenta el nivel de burnout.

Las enfermeras con baja despersonalización utilizan en mayor medida el análisis lógico y el desarrollo de gratificaciones alternativas a diferencia de las enfermeras con más

despersonalización. El uso de la ejecución de acciones disminuye a medida que aumenta el nivel de despersonalización.

A medida que la realización personal disminuye, decrece el uso del análisis lógico y de la ejecución de acciones que resuelvan el problema.

Las enfermeras con moderado cansancio emocional utilizan en mayor medida el control afectivo que las enfermeras con bajo o alto nivel. En las enfermeras con bajo cansancio emocional, dado que no percibirían demasiados estresores, es de esperar que el uso del control afectivo sea bajo. Las enfermeras con nivel medio de cansancio emocional podrían controlarse afectivamente, es decir, controlar las emociones que surgen a partir de las situaciones que se vivencian en las UTI, en pos del bienestar del paciente y su familia. En este caso, controlar las emociones le permitiría funcionar de una manera adaptativa. En contraposición, las que presentan cansancio emocional alto, hacen un menor uso del control afectivo, posiblemente porque no poseen recursos o herramientas ante tan elevado nivel de cansancio emocional.

Las enfermeras con niveles altos de despersonalización hacen mayor uso del requerimiento de información o asesoramiento.

Las enfermeras con niveles altos de realización personal hacen mayor uso del control afectivo que las que presentan niveles medios y bajos de realización personal. Dado que su trabajo implica la relación con el paciente y sus familiares, quizás la mejor manera que encuentra para afrontar las situaciones que se viven en UTI (que de por sí tienen un alto nivel de incertidumbre, sufrimiento y dolor) es siendo medidas en su expresión emocional, controlando las propias emociones, de tal forma que no interfieran con el trabajo que deben realizar ni con la vulnerabilidad propia de los familiares y del paciente. Esto las llevaría a evaluarse positivamente en el trabajo y a tener una alta realización personal en éste.

Las enfermeras que presentaron niveles inferiores de burnout utilizaron estrategias de afrontamiento, tales como: el análisis lógico de la situación problemática, sus causas, consecuencias y posibles soluciones como la ejecución de acciones que resuelvan el problema y el desarrollo de gratificaciones o recompensas alternativas en otro tipo de fuentes de satisfacción, por ejemplo relaciones sociales, actividades y desarrollo personal. [25]

Una investigación que pretendía analizar la relevancia de las variables de tipo individual en el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo, así como el potencial efecto de la “personalidad resistente” como factor de protección de dicho proceso y sus consecuencias sobre la salud de los trabajadores, cuya muestra estaba constituida por 97 profesionales de enfermería (incluyó dos categorías profesionales: enfermeras y auxiliares de enfermería, predominando enfermería) pertenecientes a las unidades de Intensivos y de Urgencias del Hospital Morales Meseguer de Murcia, aplicando cuatro instrumentos: un cuestionario elaborado ad hoc de variables sociodemográficas y laborales, una versión española del Cuestionario de Salud General (GHQ-28), una adaptación española del MBI y la Escala de Personalidad Resistente (CPR) del Cuestionario de Desgaste Profesional del Personal de Enfermería (CDPE), dió como resultados que los profesionales con hijos presentaron una menor frecuencia de síntomas de malestar cotidiano que los profesionales sin hijos.

En cuanto a la edad, a medida que se incrementa, los profesionales manifestaban una mayor frecuencia de síntomas de ansiedad y de depresión.

En cuanto a las hipótesis planteadas, la personalidad resistente presentó una relación negativa y significativa con las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, y de manera positiva con la dimensión de realización personal en el trabajo.

Se observa claramente que es la dimensión de cansancio emocional la que registra una asociación más relevante con el constructo de personalidad resistente y cada uno de sus componentes. También se obtuvo una correlación positiva y significativa entre las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización y la frecuencia de sintomatología psíquica, al igual que una relación negativa entre personalidad resistente y la frecuencia de síntomas de malestar psíquico.

En este sentido, se evidencia que aquellos individuos que expresan mayores niveles de personalidad resistente experimentan menos el síndrome de quemarse por el trabajo, así como una menor frecuencia de síntomas de malestar psíquico. Se demuestra, pues, el potencial protector de esta estructura de la personalidad frente a la presencia de trastornos en la salud de los sujetos sometidos a diversas fuentes de estrés. [26]

Otro estudio observacional descriptivo con enfermeras mexicanas que utilizó el cuestionario MBI y consideraron las variables sociodemográficas como la edad, sexo, estado civil, relación de pareja y turno laboral.

Se encontró que la edad se correlaciona negativamente con las puntuaciones de las tres subescalas y las puntuaciones del inventario en su totalidad, que las enfermeras casadas presentan diferencias estadísticamente mayores que las solteras en la subescala de RPD (realización personal disminuida) así como en el inventario en su totalidad, mientras que los enfermeros casados presentan diferencias estadísticamente superiores que los solteros en la subescala de DP.

Turnos matutino y nocturno presentaron las puntuaciones más altas de DP, mientras que el turno vespertino presentó puntuaciones altas en la subescala de RPD, a pesar de que se encontraron valores moderados, la puntuación más alta correspondió al turno vespertino seguido por el nocturno y finalmente el matutino.

Los enfermeros mostraron mayor prevalencia de puntuaciones altas de Burnout en las subescalas de CE y RPD así como en la escala global. [4]

Los resultados de un estudio descriptivo transversal, cuyo objetivo era describir los indicadores de Burnout utilizando el Maslach Burnout Inventory en una muestra de 101 profesionales de la enfermería de los Hospitales públicos del área sur de Gran Canaria, constatan unos elevados niveles de Burnout en dicho personal, con una alta puntuación en despersonalización.

En cuanto a las posibles fuentes de estos altos niveles de Burnout, se sospechó de la dificultad en las relaciones con los propios compañeros de profesión, que se valoró como la más difícil, por encima incluso de las dificultades de relación con los pacientes. La manifestación de satisfacción en el puesto de trabajo y el carácter motivador y estimulante del mismo se asociaron a una menor intensidad de los indicadores de burnout.

La única diferencia de medias significativa que se constató en los tres indicadores de burnout, al compararlos en función de las distintas variables de agrupamiento estudiadas, es entre contratados temporales y contratados interinos en relación al CE, siendo mayor en estos últimos. [27]

En un estudio descriptivo, transversal a 156 profesionales sanitarios de hospitalización, empleando la encuesta de Maslach para la medición de las 3 dimensiones del síndrome, se obtuvo un 4.5% de prevalencia del síndrome.

La dimensión más determinante fue la baja realización personal con 31.4% seguido de un 21.2 % de cansancio emocional y 17.2% de despersonalización.

Se obtuvieron diferencias significativas con relación a la edad para la dimensión cansancio emocional, siendo el grupo de edad más afectado el correspondiente de 41-50 años de edad.

En cuanto a la despersonalización, se obtuvo una relación estadísticamente significativa con el cargo desempeñado, siendo los enfermeros los que mostraron mayor frecuencia respecto a los demás.

Con respecto a la falta de realización personal, se obtuvo una relación estadísticamente significativa para los años de trabajo y cargo que desempeña, siendo el grupo con menos de 10 años de trabajo, y los enfermeros, los que presentaba mayor grado de falta de realización personal.

Este estudio no encontró relación con las demás variables sociodemográficas. Tales resultados podrían indicar que el efecto de las variables sociodemográficas y laborales sobre el síndrome es inconsistente y que otras variables pueden estar ejerciendo una influencia moduladora mucho más fuerte sobre el síndrome que las primeras.

Estos resultados demostrarían también que las variables del ambiente laboral, pero sobre todo las de tipo motivacional y personal, como son las habilidades de afrontamiento, inciden de manera más directa sobre el síndrome que las características demográficas de los sujetos. [28]

En un estudio de Gil Monte que analiza si el género establece diferencias significativas en los niveles y en el proceso del síndrome de quemarse por el trabajo.

El estudio se hizo con 330 sujetos de dos hospitales integrados en el Servicio Canario de Salud. Se utilizó como instrumento el MBI y para estimar la Sobrecarga laboral percibida, fue medida con siete ítems del "Organizational Stress Questionnaire". También se utilizó la variable Falta de reciprocidad y el absentismo.

Los resultados obtenidos indicaron bajos niveles en las tres dimensiones del burnout, aunque relativo para la despersonalización, en la que los hombres puntuaron significativamente más alto que las mujeres.

Los varones experimentaron significativamente mayores niveles de falta de reciprocidad que sus compañeras femeninas, y mayor inclinación al absentismo. Falta de Reciprocidad presentó un efecto directo significativo sobre Agotamiento Emocional similar en ambas muestras.

Sobrecarga laboral presentó efectos directos significativos sobre Agotamiento Emocional en ambas muestras también.

Realización Personal en el Trabajo tuvo efectos significativos sobre Despersonalización sólo en la muestra de mujeres y sobre Inclinación al Absentismo en ambas muestras.

Y Agotamiento Emocional presentó efectos directos significativos sobre Despersonalización en ambas muestras y sobre Inclinación al Absentismo sólo en la muestra de hombre. Para Agotamiento Emocional, el valor resultó similar en ambas muestras.

En Despersonalización el valor resultó superior para la muestra de hombres y en Inclinación al Absentismo también fue muy superior en la muestra de hombres

La sobrecarga laboral aparece como un predictor significativo de agotamiento emocional, pero no de realización personal en el trabajo, en el caso de ambos sexos.

La falta de reciprocidad percibida aparece como predictor de agotamiento emocional para ambos sexos, pero sólo resultó predictor significativo de realización personal en el trabajo en la muestra de mujeres.

Se concluyó sobre la importancia de que los gestores de personal en sanidad tengan presente la diferencia de género. [29]

En cuanto a los turnos de trabajo, una revisión de artículos que estudió la influencia de los turnos de trabajo y guardias nocturnas en médicos y enfermeras y la aparición de burnout, concluyó que parece existir una relación de la influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas con la aparición del síndrome de Burnout, en médicos y enfermeras.

En uno de los estudios se atribuyeron errores como administración de medicación errónea a los pacientes bajo su cuidado, cuyas causas más importantes fueron: turno de trabajo nocturno, carga de trabajo, insatisfacción en el trabajo, etc.

Las enfermeras que trabajan turnos diferentes pueden mejorar la tolerancia al trabajo por turnos cuando aprenden a adoptar medidas para reducir las variaciones en el ritmo sueño-vigilia. Por ejemplo, ajustar los ritmos internos, mejorar el sueño durante el día, mejorar el funcionamiento familiar y reducir la somnolencia en el trabajo para así disminuir los errores.

Entre las medidas más efectivas se mencionan dormir la siesta, la eliminación de horas extras en turnos de 12 horas, completar las tareas difíciles de atención al paciente antes de las 4 am.

La identificación de los factores de riesgo psicosocial a los que pueden estar expuestos los médicos y enfermeras permitirá adoptar medidas preventivas, que pueden ser útiles para mejorar la salud y la calidad de vida de estos profesionales. Se debe insistir en que la programación de las guardias sean realizadas y dadas a conocer con antelación y con tiempos adecuados para que pueda producirse la recuperación, ya que se ha demostrado que estas medidas contribuyen a disminuir el estrés y permiten otorgar mayor autonomía del tiempo, tanto al médico como a la enfermera, hecho de suma importancia, ya que algunos profesionales, debido a las consecuencias de los turnos de trabajo, pueden abandonar el ejercicio o enfermar. [30]

En otro estudio de Gil Monte, cuyo objetivo fue analizar la influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) en profesionales

de enfermería que trabajan en diferentes hospitales, el SQT se estimó mediante el cuestionario MBI-HSS, la sobrecarga laboral se midió mediante una escala de 7 ítems de Karasek y la autoeficacia mediante la escala de Baessler y Schwarzer.

Los resultados mostraron que la sobrecarga laboral y la autoeficacia fueron predictores significativos de las dimensiones agotamiento emocional, realización personal en el trabajo y despersonalización.

La Autoeficacia percibida se relacionó significativamente y de forma negativa con los niveles de Agotamiento emocional y Despersonalización, y de forma positiva con Realización personal en el trabajo.

La sobrecarga laboral apareció como un predictor significativo de las dimensiones de agotamiento emocional y de realización personal en el trabajo.

En la comprobación de los efectos moduladores de la autoeficacia en la relación entre sobrecarga laboral sobre las tres dimensiones del MBI sólo resultó significativo el efecto modulador de la autoeficacia en la relación entre sobrecarga laboral y agotamiento emocional.

El estudio concluyó que los resultados obtenidos deberían ser considerados por los responsables del personal de enfermería encargados de la asignación de tareas.

Si las demandas del trabajo son excesivas tendrán una repercusión negativa sobre los trabajadores pues conducirán a un deterioro afectivo y cognitivo, debido a que favorecerán el estrés crónico. De ahí la importancia de realizar un rediseño de los procesos de trabajo con participación de trabajadores para reducir la sobrecarga laboral.

Por otra parte, la autoeficacia percibida por los profesionales de enfermería juega un papel importante para reducir el SQT, y su entrenamiento mejorará la calidad del servicio de la organización y la calidad de vida laboral de los profesionales.

Ante situaciones de percepción de niveles de sobrecarga laboral similares, los individuos que presenten mayores niveles de autoeficacia desarrollarán menos agotamiento emocional. En este sentido, los profesionales que debido a su nivel de autoeficacia se vean desbordados por la carga de trabajo tienen más probabilidades de desarrollar el SQT.

Por ello, desarrollar programas de entrenamiento en autoeficacia podría mejorar los recursos personales de los trabajadores para prevenir el SQT. Asimismo, la intervención de los propios profesionales de enfermería en el diseño de los programas de trabajo, ayudaría a disminuir los niveles de sobrecarga laboral. Finalmente, es importante recordar a las Administraciones la necesidad de ampliación de las plantillas de trabajo en el colectivo de enfermería. [31]

Una investigación por la Universidad de Murcia en el hospital Morales Meseguer, cuyo propósito fue indagar en las relaciones entre las variables de personalidad, autoeficacia y personalidad resistente y la frecuencia de síntomas de malestar psíquico en personal de enfermería de Urgencias y Cuidados Intensivos, empleando como instrumentos de medida un cuestionario de variables sociodemográficas y laborales, el cuestionario de salud GHQ-28 de Goldberg, la escala de autoeficacia generalizada de Baessler y Schwarzer, y la subescala de personalidad resistente del cuestionario de desgaste profesional en enfermería (CDPE) de Moreno, reflejó la importante relación entre la personalidad resistente y bienestar psíquico.

El análisis de las variables sociodemográficas y laborales de la muestra reveló relaciones significativas de las variables edad e hijos respecto al estado de salud percibido por los profesionales. En concreto, los profesionales con hijos presentaban una menor frecuencia de síntomas de malestar cotidiano que los profesionales sin hijos, y, a medida que se incrementa la edad, los profesionales expresan una mayor frecuencia de síntomas de ansiedad y de depresión.

La primera hipótesis, relativa a la existencia de una relación positiva entre autoeficacia generalizada y personalidad resistente, quedó confirmada globalmente por los resultados, la segunda hipótesis planteaba la autoeficacia generalizada y la personalidad resistente como predictores de la presencia de síntomas de malestar psíquico y según los resultados obtenidos con el análisis se puede confirmar parcialmente la hipótesis, pues la personalidad resistente resulta relevante como predictora de la vulnerabilidad psíquica, mientras que la autoeficacia no parece ofrecer una contribución importante.

Los síntomas depresivos parecen ser el componente más relevante del conjunto de síntomas de malestar psíquico cuando se plantea un modelo predictivo de éstos a partir de la autoeficacia y la personalidad resistente.

Los resultados de esta investigación reflejan de forma relevante la importante relación entre la personalidad resistente y bienestar psíquico. Esta variable positiva de la personalidad modula la manera en que las personas percibimos y afrontamos los distintos estresores vitales, convirtiéndose en un importante protector frente a la aparición de trastornos en la salud. [32]

Un estudio mexicano de 2005 compuesto por 551 enfermeras (88.6%) y 71 enfermeros (11.4%), midió a través del MBI las variables sociodemográficas en relación con el SQT, y dividió los resultados por sexos.

En agotamiento emocional (AE) las puntuaciones fueron: altas en 24% enfermeras y 63.4% enfermeros, moderadas en 18.1% enfermeras y 16.7% enfermeros y valores bajos en 57.9% enfermeras y 31% enfermeros.

En despersonalización (DP): altas en 27.2% enfermeras y 22.5% enfermeros, moderadas en 24.5% enfermeras y 32.4% enfermeros y valores bajos en 48.3% enfermeras y 45.1% enfermeros.

Para realización personal disminuida (RPD): altas en 50.8% enfermeras y 81.7% enfermeros, moderadas en 15% enfermeras y 9.9% enfermeros y valores bajos en 33.4% enfermeras y 8.5% enfermeros.

En el inventario total, las puntuaciones de Burnout fueron altas en 29.8% de enfermeras y 63.4% de enfermeros, moderadas en 51.2% de enfermeras y 28.2% de enfermeros y valores bajos en 19.1% de enfermeras y 8.5% de enfermeros, concluyendo en general cifras altas de Burnout en las subescalas de AE y RPD así como en la escala global.

La edad en general así como la edad estratificada para enfermeras y enfermeros, se correlaciona negativamente con las puntuaciones de las tres subescalas y las puntuaciones del inventario en su totalidad, siendo nuevamente los enfermeros en quienes el grado de correlación fue más alto lo que podría indicar que a mayor edad, mayor probabilidad de presentar cifras elevadas de Burnout, en este caso fueron los enfermeros con menor edad que la submuestra de enfermeras, ya que la mayor parte de ellos se encontraron en los primeros años de la carrera y/o iniciando su vida profesional.

En este estudio además se encontró que las enfermeras casadas presentan diferencias estadísticamente mayores que las solteras en la subescala de RPD así como en el inventario en su totalidad, mientras que los enfermeros casados presentan diferencias estadísticamente superiores que los solteros en la subescala de DP. De este mismo modo, una relación de pareja evaluada como difícil o indiferente es un determinante para generar puntuaciones altas en las subescalas de Burnout así como en la escala global.

Los turnos matutino y nocturno presentaron las puntuaciones más altas de DP, mientras que el turno vespertino presentó puntuaciones altas en la subescala de RPD, a pesar de que se encontraron valores moderados, la cifra más alta correspondió al turno vespertino seguido por el nocturno y finalmente el matutino. [4]

AUTOR Y AÑO	AMBITO MUESTRA	SERVICIO	INSTRUMENTO EVALUACIÓN	NIVEL BURNOUT
Martínez,C (2005)	México	Hospitalización	MBI + v.sociodemográficas y laborales	Alto
40 (2002)	Murcia	Hospitalización	MBI + v. Sociodem y lab	Alto
Del Río,O (2003)	Toledo	Varios	MBI + v.sociodem y lab	Bajo
Pera,G(2002)	Barcelona	Varios	MBI + v.sociodem y lab	Bajo
Montero,C (2000)	Granada	Radioterapia y oncología	MBI + v.sociodem y lab	Bajo
Bernaldo,M(2006)	Madrid	Urgencia extrahospitalaria	MBI + Inventario de Estresores Laborales para Enfermería (IELE)	Bajo
Fagoaga,M(2000)	Albacete	Hospitalización	MBI + v. Sociodem y lab y Cuestionario sobre estrés laboral y personal	Bajo
Reyes,M (2003)	Chile	Cuidados intensivos	MBI + v. Sociodem y lab + General Health Questionnaire (GHQ-28) de Goldberg,	Bajo
Rísquez,M (2008)	Murcia	Cuidados intensivos	MBI + v. Sociodem y lab	Medio-alto
Navarro,J (2012)	Nacional	Cuidados intensivos	MBI	Medio-bajo
Mera,M (2009)	Madrid	Cuidados intensivos	MBI + v. Sociodem y lab	Bajo
Jofré,V (2008)	Chile	Cuidados intensivos pediátricos	MBI + v. Sociodem y lab	Bajo
Cabrera,L (2009)	Gran canaria	Cuidados intensivos	MBI	Medio
Vidal,P(2004)	Alicante	Cuidados intensivos	MBI + v. Sociodem	Bajo
Grau,N (2004)	Cataluña	Varios	MBI + v. Sociodem y lab	Alto
Rísquez,M (2008)	Murcia	Cuidados intensivos	MBI + v. Sociodem y lab	Bajo
Noguera,L (2007)	Gran canaria	Hospitalización	MBI + v. Laborales	Alto
Loubon,C (2011)	Panamá	Hospitalización	MBI + v. Sociodem y lab	Bajo

Gil Monte,P(2002)	Gran canaria	Varios	MBI + V.sociodem + Organizational Stress Questionnaire”	Bajo
-------------------	--------------	--------	---------------------------------------------------------	------

Tabla 2. Nivel de Burnout de los estudios

Prevención Y Afrontamiento Del Burnout

Según el chequeo preventivo que desarrollaron Leiter y Maslach, lo más importante es promover cambios para que las personas encuentren un significado a su trabajo y se sientan implicadas con él, de modo que el trabajador obtenga una satisfacción por su esfuerzo, transformando algunos patrones de relación entre los empleados y entre estos y la dirección.

Según este modelo, el sujeto, además de percibir unas recompensas económicas (principal motivación de su trabajo), necesita también obtener retroalimentación de sus compañeros y superiores, sintiéndose alguien competente que desempeña una función útil para su comunidad. Esta concepción implica una visión amplia a largo plazo y una decidida inversión en el presente que puede evitar muchas pérdidas y costes mayores en el futuro.

El procedimiento de chequeo organizacional pretende analizar las áreas de desajuste trabajo/persona en la empresa, conocer no sólo los problemas, sino también los aspectos positivos sobre los que podrá apoyarse una futura intervención frente al burnout.

Los objetivos de su programa son: la mejora del ambiente laboral (la sobrecarga, la ambigüedad de funciones, la retroalimentación sobre el desempeño de tareas, etc.), mejorar el funcionamiento de la comunicación entre las estructuras organizacionales, incrementar la responsabilidad y la participación, clarificar y aumentar las recompensas implícitas, etc. [33]

En esa misma línea un estudio del Departamento de Psicología Clínica de Huelva, rompe con la tradición del modelo médico centrado en las consecuencias negativas del estrés laboral, para desarrollar el concepto de engagement, que considerado como el constructo opuesto al “burnout” y vinculado a la “psicología positiva”, que se centra en las fortalezas y funcionamiento óptimo del individuo y además considera que la salud del trabajador debe incluirse en las políticas organizacionales.

En el contexto laboral el engagement se ha definido como “un estado psicológico positivo relacionado con el trabajo y que está caracterizado por vigor, dedicación y absorción o concentración en el trabajo”, al contrario que el burnout, cuyo núcleo central es el agotamiento y el cinismo.

Las personas con engagement se sienten energéticas y eficazmente unidas a sus actividades laborales y capaces de responder a las demandas de su puesto con absoluta eficacia. Las tres dimensiones citadas de engagement se oponen a las tres de burnout:

El vigor se refiere a la energía como opuesto al agotamiento, se caracteriza por altos niveles de energía y resistencia y activación mental mientras se trabaja, el deseo y la predisposición de invertir esfuerzo en el trabajo que se está realizando y la persistencia incluso cuando aparecen dificultades en el camino.

La dimensión dedicación (sería la opuesta al cinismo) denota una alta implicación laboral, junto con la manifestación de un alto nivel de significado atribuido al trabajo y un sentimiento de entusiasmo, inspiración, orgullo y reto por el trabajo. Es decir, la dedicación es involucrarse.

Por último, la absorción es caracterizada por un estado de concentración, de sentimiento de que el tiempo pasa rápidamente y uno tiene dificultades para desligarse del trabajo debido a la sensación de disfrute y realización que se percibe.[51]

El concepto de Engagement, se desarrollaría dentro del concepto de las organizaciones saludables, que se pueden definir como aquellas que realizan esfuerzos sistemáticos, planificados y proactivos para mejorar la salud de los empleados mediante buenas prácticas relacionadas con la mejora de las tareas (por ejemplo, con el diseño y rediseño de puestos), el ambiente social (canales de comunicación abierta, por ejemplo) y la organización (estrategias de conciliación trabajo/vida privada). [34,52,53]

En relación a las estrategias que puede adoptar el trabajador, en un estudio entre trabajadores de la salud mexicanos que tenía por objetivo la validación de la relación entre estrategias de afrontamiento y factores asociados al síndrome de burnout, se aplicó el Maslach Burnout Inventory y la escala de Afrontamiento ante Riesgos Extremos.

Los resultados confirmaron que el uso de estrategias activas de afrontamiento, tiene efectos protectores sobre los factores asociados al síndrome (cansancio emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo), independientemente de la muestra, del contexto y del tipo de atención hospitalaria.

Serían estrategias activas:

- uso de comportamientos relacionados con el problema
- análisis de las circunstancias para saber qué hacer
- reflexión de posibles soluciones
- búsqueda de información
- estrategias de anticipación a un desastre
- control de las emociones y circunstancias
- así como la búsqueda de apoyo social

En cambio, el uso de estrategias pasivas, aumenta la probabilidad de desarrollar burnout según este estudio. Serían estrategias pasivas:

- tratar de no pensar en el problema
- tratar de no sentir nada
- ignorar, negar o rechazar el evento
- bromear y tomar las cosas a la ligera
- así como retraimiento y aceptación pasiva [35,54,55]

Otros investigadores clasifican los modos de afrontamiento en directo e indirecto, el primero de estas estrategias se aplica externamente a la fuente ambiental de estrés para intentar dominar la transacción desfavorable con el ambiente.

El afrontamiento indirecto va dirigido a las propias emociones, donde la persona intenta reducir el trastorno cuando es incapaz de controlar el ambiente o cuando la acción es demasiado costosa, concluyendo diversas investigaciones, que las estrategias directas fueron más efectivas en el control del burnout. [10]

Gil Monte, en un análisis reflexivo sobre el afrontamiento del Burnout, establece que la primera medida a tomar por los administradores de recursos humanos en el ámbito de la sanidad para evitar el SQT, es formar al personal para conocer sus manifestaciones, mediante programas que impliquen la adquisición de conocimientos y estrategias para la intervención que deben contemplar tres niveles:

- Nivel individual, que implica el desarrollo de estrategias cognitivo-conductuales que permitan a los trabajadores eliminar o mitigar la fuente de estrés. En este nivel, el empleo de estrategias de afrontamiento de control o centradas en el problema previene el desarrollo del SQT por el trabajo.

Algunas de estas estrategias serían 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. Por el contrario, el empleo de estrategias de evitación o de escape facilita su aparición.

- Nivel grupal, potenciando la formación de las habilidades sociales y de apoyo social de los equipos de profesionales. Este tipo de apoyo social debe ofrecer apoyo emocional, pero también incluye evaluación periódica de los profesionales y retroinformación sobre su desarrollo del rol.

- Nivel organizacional, eliminando o disminuir los estresores del entorno organizacional que dan lugar al desarrollo del síndrome.

La dirección de las organizaciones debe desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización. Como parte de estos programas 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.

Otras estrategias 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. [8,9,10,36]

Una revisión de la Universidad de La Rioja, identificó algunas de las posibles estrategias de intervención para reducir el síndrome de burnout y facilitar una mayor calidad de vida laboral del personal de enfermería, entre las que destaca la creación de hospitales y centros de salud con “magnetismo”, como resultado de la búsqueda de la excelencia. Estos centros tienen en común una serie de atributos organizativos: a) estructura horizontal, b) autogobierno, c) unidades autosuficientes, d) promociones, e) flexibilidad horaria, f) práctica especializada, g) apoyo a la formación continuada y el desarrollo de la investigación.

También propone entre las estrategias:

- Obligatoriedad de un equipo de salud mental, que dé apoyo y asesoramiento psicológico al personal.
- Optimizar la eficiencia del personal y disminuir el tiempo dedicado a tareas inespecíficas, limitar el trabajo por turnos y nocturno en función de la edad del personal de enfermería.
- Los cursos de formación y perfeccionamiento deberían realizarse dentro del horario laboral, para lograr una mejor conciliación entre la vida laboral y familiar.
- Rotaciones regulares entre los trabajadores.
- Favorecer la formación de equipos donde cada miembro ejerza una función específica y se sienta responsable de ella.
- Terapia racional emotiva, con el fin de dotar al sujeto de estrategias de afrontamiento. [37]

En otra revisión, se clasifican las intervenciones sobre el estrés ocupacional en tres tipos: primarias, secundarias y terciarias.

- Intervenciones primarias son aquellas que buscan alterar la organización del trabajo mediante la reducción de estresores ocupacionales. Son más raras en la literatura debida en gran parte a la falta de reconocimiento de las organizaciones.
- Intervenciones secundarias son enfocadas en la capacitación de los trabajadores, para promover la salud o desenvolver habilidades psicológicas para el afrontamiento de los estresores. Esta categoría de intervenciones son las más comunes y deben ser la primera opción de intervención cuando hay percepción de estrés en los trabajadores.
- Intervenciones terciarias, buscan ofrecer apoyo a aquellos trabajadores que fueron víctimas del estrés ocupacional y burnout y ya desarrollaron problemas de salud psíquicos o físicos. Estas intervenciones deben ser parte de un programa conducido en la institución a la que pertenecen y es raro que se lleven a cabo. [39]

Por otra parte en un estudio transversal, realizado con enfermeros de tres servicios de oncología de Hospitales Centrales en Portugal, se pretendió evaluar las estrategias de coping más utilizadas, a través de cuestionarios Cuestionario Socio-demográfico, Cuestionario de Salud General-12, Inventario de estresores Ocupacionales y el cuestionario Brief COPE.

El coping presupone la movilización de recursos, a través de los cuales el individuo irá a emprender esfuerzos cognitivos y comportamentales para administrar las exigencias internas o externas que resultan de la interacción con el medio ambiente, que son evaluadas como amenaza y exceden las capacidades individuales de enfrentamiento.

Las estrategias evaluadas fueron: la Planificación, el Coping Activo, la Aceptación, la Auto-Distracción y la Reinterpretación Positiva. La Planificación y el Coping Activo son estrategias de coping que objetivan resolver la situación estresante. La Aceptación, la Auto-Distracción y la Reinterpretación Positiva, son estrategias de coping enfocadas en la emoción.

El individuo utiliza este tipo de coping, cuando concentra esfuerzos en sí mismo para reducir el malestar provocado. En cuanto a la estrategia de Aceptación que representa la resignación

de la situación estresante, disminuyendo su importancia, constituye una de las estrategias menos utilizadas. El análisis destaca al Coping Activo que obtuvo porcentajes de respuesta más elevadas. [38]

Un hospital Chileno propuso para mejorar los aspectos de riesgo en el trabajo en UCI, una intervención separando tres áreas y planteando objetivos para cada una de ellas:

1. Trabajo personal:

- Desarrollar conductas que eliminen las fuentes de stress o neutralicen las consecuencias negativas del mismo.
- Utilizar estrategias de afrontamiento del control.

2. Trabajo en equipo:

- Fomentar el trabajo en equipo
- Determinar calendario de rotación del personal
- Diseñar funciones y roles de la enfermera
- Mejorar el soporte social

3. Organización:

- Desarrollar procedimiento efectivo de soporte asistencial
- Mejorar los canales de comunicación ascendente y descendente
- Disminuir la burocracia de algunos procedimientos
- Mantener un ambiente físico adecuado.

Concluye que sería prioritario abocarnos a tres tareas: a) Mejorar la motivación y el desarrollo del trabajador, b) Desarrollar sistemas de gestión de recursos humanos y c) Conseguir niveles progresivos de eficiencia y desarrollo organizacional. [16]

Según Simarro, que investigó la relación entre estrés y estilos de aprendizaje en su unidad, encontró que existía una relación de mayor estrés cuando los profesionales tenían niveles bajos de estilo de aprendizaje activo y niveles altos de los estilos de aprendizaje reflexivo y teórico, concluyendo que no actuar de forma arriesgada ni improvisada, sino con reflexión y consideración del riesgo, suponía una mayor percepción de estrés ante las situaciones complicadas.[18]

AUTOR Y AÑO	MEDIDAS DE PREVENCIÓN
López,F(2002)	Medidas organizacionales
Gomes,S(2013)	Estrategias de coping
García,G(2007)	Medidas organizacionales
Gascón,S(2003)	Medidas organizacionales
Austria,F(2012)	Medidas de afrontamiento activo
González,A(2010)	Medidas organizacionales
Gil Monte,P (2008)	Medidas organizacionales y programas de entrenamiento en autoeficacia
Gil Monte,P (2002)	Medidas de intervención y prevención del síndrome y el absentismo
Del Río,O (2003)	Medidas organizacionales
Montero,C(2000)	Formación en afrontamiento del estrés
Bernaldo,M(2007)	Programas de prevención y tratamiento
Poop,S(2008)	Programas de prevención y promoción de burnout y estrés en enfermeros
Fagoaga,M(2000)	Medidas organizacionales
Reyes,M(2004)	Medidas organizacionales
Mera,M(2009)	Creación de grupos de trabajo y manejo de conflictos para fomentar la motivación, las buenas relaciones y el trabajo en equipo
Deschamp,A(2011)	Dormir la siesta, la eliminación de horas extras en turnos de 12 horas, completar las tareas difíciles de atención al paciente antes de las 4 am.
Gil Monte,P(2002)	Estrategias a nivel individual, social y organizacional
Toledo,A(2007)	Afrontamiento directo e indirecto
Grazziano,E(2010)	Gerenciamiento del estrés por el individuo

Tabla 3. Medidas de Prevención del Burnout

8. EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES EN ENFERMERÍA

La Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) establece, como una obligación del empresario, planificar la actividad preventiva a partir de una evaluación inicial de los riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores (artículo 16.1). La evaluación de los riesgos viene expresamente definida en el artículo 3.1 del Reglamento de los Servicios de Prevención (RSP) como: «el proceso dirigido a estimar la magnitud de aquellos riesgos que no hayan podido evitarse, obteniendo la información necesaria para que el empresario esté en condiciones de tomar una decisión apropiada sobre la necesidad de adoptar medidas preventivas y, en tal caso, sobre el tipo de medidas que deben adoptarse».[64]

En esta evaluación de los riesgos laborales deben contemplarse todos los factores de riesgo, incluidos los de carácter psicosocial. Por lo tanto, la actuación sobre los factores de

riesgo psicosocial debe estar integrada en el proceso global de gestión de la prevención de riesgos en la empresa.

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 evaluación de los factores psicosociales de riesgo consistirá en la evaluación de las condiciones de trabajo con potencial para producir, agravar o desencadenar daños significativos a la salud.

Con la evaluación inicial de riesgos psicosociales se pretende iniciar un proceso dirigido a obtener la información necesaria para que el empresario pueda estar en condiciones de tomar decisiones apropiadas sobre la necesidad de adoptar medidas preventivas y en caso afirmativo sobre las medidas concretas a adoptar (número 1, del artículo 3 del Reglamento de los Servicios de Prevención).

Determinaremos la necesidad de la evaluación de riesgos de carácter psicosocial en el lugar de trabajo a partir de diferentes situaciones:

- A partir de la constatación de una serie de «anomalías» o disfunciones que hagan sospechar que existen problemas de índole psicosocial. Por ejemplo, un cúmulo de quejas, un absentismo elevado, una baja productividad, etc. Esta situación se puede dar en una sección o departamento determinado de la empresa, o puede tener un carácter más amplio.
- Se puede querer detectar los posibles riesgos psicosociales existentes, a fin de establecer medidas de mejora de la salud y seguridad de los trabajadores.
- Comprobación de que las medidas preventivas existentes son las adecuadas. Por ejemplo, verificar la idoneidad de las acciones llevadas a cabo tras una evaluación de riesgos.
- Como consecuencia de una evaluación global anterior, se puede querer evaluar de forma más específica determinadas actividades, grupos de trabajo o riesgos específicos.

- Siempre que vaya a introducirse una innovación en el lugar de trabajo un nuevo proceso de producción, nuevos equipos materiales o humanos, modificación de la organización del trabajo, etc. -que pueda alterar significativamente la situación actual.

Una vez determinada la necesidad de realizar la evaluación d riesgos psicosociales, se procederá a llevar a cabo cada una de las fases que comprenden el proceso y que conlleva una serie de etapas sucesivas que se interrelacionan entre sí:

1. Identificación de los factores de riesgo.
2. Elección de la metodología y técnicas de investigación que se han de aplicar.
3. Planificación y realización del trabajo de campo.
4. Análisis de los resultados y elaboración de un informe.
5. Elaboración y puesta en marcha de un programa de intervención.
6. Seguimiento y control de las medidas adoptadas.[60]

1.IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.

En esta primera fase es necesario definir, el problema que se debe estudiar y sus diferentes aspectos.

Para conseguir una definición precisa del problema por evaluar hay que intentar conseguir toda la información posible que nos oriente en nuestro objetivo. Algunos datos a recopilar serían:

- Organigrama oficial de la empresa (en este caso tratándose de un hospital, así estructuramos la multitud de unidades y departamentos en que se divide).
- Horarios, turnos (mañana, tarde, noche, rodado), tipo de contrato (fijo, contratado)
- Características demográficas de la plantilla (sexo, edad, hijos, estado civil, antigüedad en la profesión y en el servicio, etc.).

- Actividad desarrollada en cada puesto (en este caso en el puesto de enfermera)
- Aspectos que afectan al personal: absentismo, enfermedades, declaraciones de incapacidad para ciertos puestos de trabajo, permisos personales, formación, siniestralidad, rotación del personal, solicitudes de cambios de puesto, sanciones, etc.
- Aspectos que afectan a la calidad del servicio.

Una vez identificados los factores en los que se va a centrar nuestro estudio, y a partir de los datos recopilados anteriormente, hay que precisar cual será el colectivo de trabajadores y puestos de trabajo a analizar.

La participación de la parte directiva del hospital, jefes de servicio y supervisores, será imprescindible para recabar toda esta información.[63]

2.ELECCIÓN DE LA METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN QUE SE HAN DE APLICAR.

Consiste en delimitar qué método y qué técnicas se van a utilizar. La elección dependerá, sobre todo, del problema concreto que se pretende evaluar. Las técnicas de investigación son instrumentos para la recogida, tratamiento y análisis de la información.

Según sea la naturaleza del problema para evaluar, se distinguen varios tipos de métodos:

- Métodos globales de evaluación de las condiciones de trabajo que incluyen los riesgos de carácter psicosocial.
- Métodos globales de evaluación de los factores psicosociales. Algunos ejemplos serían:
 - Método de evaluación de Factores Psicosociales del INSHT
 - Copenhagen Psychosocial Questionnaire
 - Método ISTAS 21 COPSOQ
 - Cuestionario de evaluación de factores psicosociales de Navarra
 - Cuestionario de satisfacción laboral

- Job Diagnostic Survey
 - Cuestionario de análisis de puestos
 - Escala de clima social en el trabajo (WES)
 - Escala de bienestar psicológico (EBP)
 - Escala de Prevención de Riesgos Profesionales
- Cuestionarios de salud percibida.
- Métodos que analizan, de manera específica, un factor o área relacionada con el ámbito psicosocial. Algunos de ellos son:
- Maslach Burnout Inventory (MBI)
 - Tedium Measure
 - Teacher Attitude Scale
 - Cuestionario Breve del Burnout
 - Staff Burnout Scale
 - Efectos Psíquicos del Burnout
 - Matthews Burnout Scale for Employees

En primer lugar escogeremos un método para evaluar las condiciones psicosociales en el trabajo como es lo recomendable, en este caso escogemos el ISTAS 21 y una vez que se han detectado problemas concretos, utilizaremos como escalas específicas el Maslach Burnout Inventory.

Método COPSOQ (ISTAS21, PSQCAT21) de evaluación de riesgos psicosociales

El método CoPsoQ (ISTAS 21) es una herramienta de evaluación y planificación de la acción preventiva frente a los factores de riesgos psicosociales de origen danés, el cual consta de cuatro secciones:

- a. Datos sociodemográficos y exigencias del trabajo doméstico y familiar.
- b. Condiciones de empleo y de trabajo.

c. Daños y efectos en la salud.

d. Dimensiones psicosociales.

Este método se caracteriza por:

1. Marco conceptual basado en la Teoría General de Estrés, el uso de cuestionarios estandarizados y el método epidemiológico. Integra las dimensiones de los modelos demanda - control - apoyo social de Karasek y Therorell, y esfuerzo - recompensa (ERI) de Siegrist, y asume también la teoría de la doble presencia.
2. Identifica y mide factores de riesgo psicosocial que pueden perjudicar la salud.
3. Diseñado para cualquier tipo de trabajo. Incluye 21 dimensiones psicosociales, que cubren el mayor espectro posible de la diversidad de exposiciones psicosociales que puedan existir en el mundo del empleo actual.
4. La identificación de los riesgos se realiza al nivel de menor complejidad conceptual posible, lo que facilita la comprensión de los resultados y la búsqueda de alternativas organizativas más saludables.
5. Tiene dos versiones que se adecuan al tamaño de la empresa, institución o centro de trabajo: una para centros de 25 o más trabajadores, y otra para centros de menos de 25 trabajadores.
6. Ofrece garantías razonables para la protección de la confidencialidad de la información (el cuestionario es anónimo y voluntario, permite la modificación de las preguntas).
7. Combina técnicas cuantitativas y cualitativas, lo que permite triangular los resultados, mejorando su objetividad y el conocimiento menos sesgado de la realidad, y facilita la consecución de acuerdos entre todos los agentes (directivos, técnicos y trabajadores) para la puesta en marcha de las medidas preventivas propuestas.
8. El análisis de los datos está estandarizado.
9. Los indicadores de resultados se expresan en términos de Áreas de Mejora y Prevalencia de Exposición a cada dimensión.

10. Presenta los resultados para una serie de unidades de análisis previamente decididas y adaptadas a la realidad concreta de la empresa objeto de evaluación (centros, departamentos, ocupaciones/ puestos, sexo, tipo de relación laboral, horario y antigüedad). Ello permite la localización del problema y facilita la elección y el diseño de la solución adecuada.

11. Usa niveles de referencia poblacionales para la totalidad de sus dimensiones.

12. La metodología original danesa ha sido adaptada y validada en España, presentando buenos niveles de validez y fiabilidad.

13. Es una metodología de utilización pública y gratuita.[62]

Maslach Burnout Inventory (MBI)

Como ya hemos visto en la revisión bibliográfica, una de las herramientas más frecuentemente utilizadas para evaluar burnout es el Maslach Burnout Inventory (MBI), del que existen tres versiones actualmente. En español hay una adaptación del mismo. Hay que decir que el MBI, aunque es insuficiente para la realización de un diagnóstico de SQT, es la herramienta más utilizada para la estimación psicométrica del síndrome.

Es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo. Está formado por 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert. El sujeto valora, mediante un rango de 6 adjetivos que van de “nunca” a “diariamente”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems. La factorización de los 22 ítems arroja en la mayoría de los trabajos 3 factores que son denominados agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo. Los tres factores han sido obtenidos con muestras de diferentes colectivos profesionales. Estos factores constituyen las tres subescalas del MBI. La subescala de Agotamiento Emocional está formada por 9 ítems que refieren la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo; la subescala de Despersonalización está formada por 5 ítems que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención; y la subescala de Realización Personal en el trabajo está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo.

Tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional.

3.PLANIFICACIÓN Y REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO.

Se llama trabajo de campo a la fase en que se procede a la obtención propiamente dicha de los datos; consiste en recoger sobre el terreno las informaciones necesarias para poder llegar al conocimiento completo de la situación.

En esta fase, después de reunir a los trabajadores objeto del estudio y explicar el procedimiento y los objetivos de la intervención, se pasarían los cuestionarios de modo confidencial y anónimo y en horario laboral, a la totalidad de la muestra.

Sería necesario a su vez, que la persona encargada de realizar el cuestionario, estuviera presente durante el proceso, para garantizar su rigurosidad.[61]

4.ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y ELABORACIÓN DE UN INFORME.

Esta fase de análisis debe permitir encontrar las causas de la existencia del problema o problemas, es decir, el origen de unas posibles malas condiciones psicosociales de trabajo. En la determinación de estas causas hay que tener en cuenta que un problema concreto puede tener diversos motivos y que hay que tratar de identificar las causas «reales» y no sólo las «aparentes».

Además de detectar las causas reales de los problemas, en esta fase se debe proceder a una valoración de los riesgos, de manera que se pueda concluir sobre la necesidad de evitarlos, controlarlos o reducirlos. [61]

Para el cuestionario ISTAS, se calculan tres tipos de resultados: las puntuaciones, la prevalencia de la exposición y la distribución de frecuencias de las respuestas.

- La puntuación expresa la mediana para cada una de las 21 dimensiones psicosociales (estandarizada de 0 a 100) en el centro de trabajo (o unidad menor) objeto de evaluación. Las dimensiones psicosociales se dividen en positivas (aquellas para las que la situación más favorable para la salud se da en puntuaciones altas: cuanto más cerca de 100 mejor) y negativas (aquellas para las que la situación más favorable para la salud se da en puntuaciones bajas: cuanto más cerca de 0 mejor). Se analiza tanto la distancia hasta la puntuación ideal (100 o 0 respectivamente) como la distancia hasta la puntuación obtenida por la población ocupada de referencia, lo que permite definir las áreas de mejora.

- Así mismo, se presentan las prevalencias de exposición para cada factor de riesgo y unidad de análisis.

- También se presenta la distribución de frecuencias de las respuestas a todas las preguntas correspondientes a cada factor de riesgo, lo que permite describir las características de la situación de exposición. [60]

En cuanto a la interpretación de los resultados del cuestionario Maslach, la Subescala de Agotamiento Emocional, consta de 9 preguntas, valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54. La conforman los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La puntuación máxima es de 54 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

La subescala de Despersonalización, está formada por los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. La puntuación máxima es de 30 puntos, y cuanto mayor es la puntuación, mayor es la despersonalización y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

La subescala de Realización Personal, está compuesta de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Está conformada por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. La puntuación máxima es de 48 puntos, y cuanto mayor es la puntuación, mayor es la realización personal, porque en este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de burnout. Es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto.

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33, media entre 34 y 66 y alta entre 67 y 99. Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de burnout, puntuaciones altas en Agotamiento emocional y Despersonalización y baja en Realización Personal definen el síndrome.

En la subescala de Agotamiento Emocional puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de burnout, el intervalo entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de burnout bajos o muy bajo. En la subescala de Despersonalización puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, de 6 a 9 medio y menor de 6 bajo grado de despersonalización. Y en la subescala de Realización Personal el sentido sería contrario a las anteriores; y así de 0 a 30 puntos indicaría baja realización personal, de 34 a 39 intermedia y superior a 40 sensación de logro.

Cuando el investigador tiene los resultados estadísticos, debe redactar un informe en el que explique esos resultados.

El informe debe explicitar el proceso seguido desde el inicio de la investigación hasta la obtención de los datos y finalmente, las implicaciones que tienen los resultados obtenidos.

5.ELABORACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.

Una vez obtenidos los resultados estadísticos y elaborado el informe, se procede a consensuar las acciones preventivas que se llevarán a cabo y que forman parte del programa de intervención.

Puesto que el objeto de nuestro trabajo se orienta hacia el Burnout principalmente, a continuación se exponen una serie de medidas para su prevención y afrontamiento, en una clasificación orientativa, tomando como punto de referencia dónde se deben centrar las actuaciones. Todas las acciones preventivas que se exponen deben ser implementadas desde y por la organización.

Nivel organizativo

- Modificar aquellas condiciones específicas y antecedentes que promueven la aparición del SQT.
- Establecer programas de acogida que integren un trabajo de ajuste entre los objetivos de la organización y los percibidos por el individuo.
- Establecer mecanismos de feedback o retroinformación del resultado del trabajo.
- Promover el trabajo en equipo.
- Disponer de oportunidad para la formación continua y desarrollo del trabajo.
- Aumentar el grado de autonomía y control del trabajo, descentralizando la toma de decisiones.
- Disponer del análisis y la definición de los puestos de trabajo, evitando ambigüedades y conflictos de roles. Establecer objetivos claros para los profesionales.
- Establecer líneas claras de autoridad y responsabilidad.
- Definición de competencias y responsabilidades.
- Regular las demandas en lo referente a la carga de trabajo, adecuarla.
- Mejorar las redes de comunicación y promover la participación en la organización.
- Fomentar la colaboración y no la competitividad en la organización.
- Fomentar la flexibilidad horaria.
- Favorecer y establecer planes de promoción transparentes e informar de los mismos.
- Crear, si no se puede eliminar el foco del riesgo, grupos de soporte para proteger de la ansiedad y la angustia.
- Promover la seguridad en el empleo.
- Se puede establecer asistencia, por parte de personal especializado. También informar al personal de los servicios que ofertan las instituciones.

-Facilitar a los trabajadores de los recursos adecuados para conseguir los objetivos de trabajo

Nivel interpersonal

- Es preciso fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores, favorecer el trabajo en grupo y evitar el aislamiento. Formarles en estrategias de colaboración y cooperación grupal.

- Promover y planificar el apoyo social en el trabajo

- Entrenamiento en habilidades sociales

- Es preciso establecer sistemas democráticos-participativos en el trabajo.

- Consolidar la dinámica grupal para aumentar el control del trabajador sobre las demandas psicológicas del trabajo.

-Establecer trabajos de supervisión profesional (en grupo) a los trabajadores.

Nivel individual

- Realizar una orientación profesional al inicio del trabajo.

- Es importante tener en cuenta la diversificación de las tareas y la rotación en las mismas.

- Poner en práctica programas de formación continua y reciclaje.

- Mejorar los recursos de resistencia y proteger a la persona para afrontar las situaciones estresantes.

- Formar en la identificación, discriminación y resolución de problemas.

- Entrenar en el manejo de la ansiedad y el estrés en situaciones inevitables de relación con el usuario.

- Implementar cambios de ambiente de trabajo, rotaciones.

- Entrenamiento en el manejo de la distancia emocional con el usuario, manteniendo un equilibrio entre la sobreimplicación y la indiferencia.

- Establecer programas de supervisión profesional individual.

- Aumentar los recursos o habilidades comunicativas y de negociación.

- Trabajar el feedback, reconociendo adecuadamente las actividades finalizadas.
- Entrenamiento a fin de conseguir un ajuste individuo puesto de trabajo

Estrategias de intervención ante la existencia de un SQT

Cuando el SQT ya ha hecho acto de presencia en el trabajador, a menudo, es difícil que el afectado de burnout severo se dé cuenta de ello. Resulta preciso el apoyo de las personas cercanas para evitar mayores consecuencias; también identificar el proceso y reconocerlo para "no quemarse". El apoyo social es, sin duda, la variable moderadora más importante de los efectos del SQT.

Una buena calidad de relaciones interpersonales en el trabajo con los compañeros y superiores, modera el nivel de burnout, media en la satisfacción laboral y aumenta la calidad de vida del trabajador. El soporte social satisface la necesidad humana básica de comunicación entre las personas, además de proporcionar información técnica, supervisión y soporte emocional.

La prevención del SQT es compleja, pero cualquier tipo de técnica adecuada en el tratamiento del estrés es una técnica válida de intervención. Pueden emplearse, como se ha descrito en el apartado anterior, técnicas orientadas al individuo, al grupo y a la organización laboral. A nivel individual, se trata de mejorar los recursos de protección o de resistencia para afrontar de forma más eficiente los estresores propios de la función laboral y potenciar la percepción de control, la autoeficacia personal y la autoestima. Se han intervenido habitualmente, ante casos de SQT, con técnicas cognitivo-conductuales como las de afrontamiento del estrés, reestructuración cognitiva, inoculación de estrés, terapia racional emotiva y ensayo conductual. Desde la perspectiva cognitiva es esencial hacer frente a las cogniciones erróneas o desadaptativas, como expectativas irreales y falsas esperanzas. También pueden utilizarse técnicas de entrenamiento en relajación, de autorregulación o control, de gestión del tiempo, de mejora de habilidades sociales, etc..[65]

6.SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS.

Una vez decididas las acciones que se han de tomar, éstas deberán ir seguidas de su puesta en práctica y de un seguimiento.

Por último, no hay que olvidarse de prever una evaluación y control regular de las acciones emprendidas. Con ello se pretende comprobar que se consigue efectivamente la corrección esperada. No hay que olvidar que la validez de las soluciones adoptadas puede decrecer con el tiempo y que puede hacerse necesaria una nueva intervención.[60]

CONCLUSIONES

Prácticamente la totalidad de los estudios utilizan como instrumento de medida para evaluar el Síndrome de Burnout, el MBI (Maslach Burnout Inventory) y gran parte lo combinan con variables sociodemográficas y laborales.

Con relación al sexo o género, mientras en unos estudios las mujeres son las que obtienen mayores puntuaciones, en otros estudios son los hombres. Los hombres parecen ser los que más puntúan en Despersonalización [4], esta afirmación quizá puede estar relacionada con la forma como las mujeres han sido socializadas en nuestra cultura para cuidar, lo cual parece ser un factor protector ante el estrés laboral. Para determinar si las mujeres tienen mayor riesgo de padecer de SB es necesario realizar un estudio comparativo en una muestra de hombres de similares características, y resaltar cuáles son las diferentes formas de enfrentamiento del estrés, más que las diferencias de género, para poder prevenir el SB. [20]

Con respecto a la edad, en general, a mayor edad disminuye la tensión laboral con lo que el grado de burnout es menor.

Por lo que se refiere al estado civil tampoco los datos son homogéneos.

Con respecto a la variable “hijos”, los que no tienen por lo general han puntuado más alto en Burnout, esto podría deberse a que podrían usar el trabajo como fuente de vida social y, como consecuencia, una mayor implicación con el trabajo llevaría aparejado un mayor riesgo de sufrir síndrome de burnout

En relación con la antigüedad en el trabajo, se sitúa entre los 5 y 10 años como el periodo en que este problema aparece con mayor frecuencia.

Haciendo referencia a la personalidad y psicopatologías, este problema se ha asociado a un mayor número de quejas físicas y psicopatologías como ansiedad y depresión. En este

sentido, los resultados de la investigación son unánimes en que cuanto más positivo es el clima laboral y la satisfacción laboral, menor es el estrés que los sujetos perciben en el trabajo.

En relación a la falta de autonomía reciprocidad del rol, así como la ambigüedad de rol, parece favorecer el desarrollo de burnout, así como el apoyo social mantendría en el caso del burnout su efecto amortiguador de las consecuencias del estrés. [8]

Otros aspectos como el número de horas de trabajo, tipo de contrato y tipo de servicio, establecen que sufren un mayor grado de desgaste aquellos profesionales que pasan un mayor número de horas de trabajo con un contrato eventual o cambiante, en un servicio donde el impacto emocional es alto.[8]

La variable “tipo de contrato”, incide concretamente sobre la dimensión de RP en el trabajo, de tal manera que los sujetos interinos y contratados refieren una mayor realización que aquellos que poseen plaza en propiedad [17], quizá porque no existen tantas expectativas de mejora laboral en los fijos respecto a los contratados. [12]

En cuanto al tipo de servicio, en especial, el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos es un grupo que ha sido identificado como de alto riesgo de desarrollar SB, relacionado con las condiciones laborales y con las características del trabajo que desempeñan, aunque en los estudios no se han encontrado diferencias significativas. [20]

Acerca de la prevalencia del síndrome, aunque en la mayoría de los estudios analizados se establece un Burnout bajo para los profesionales que puntúan alto en las tres dimensiones que lo componen (Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal Disminuida), por separado, cada dimensión ofrece gran disparidad entre estudios, por lo tanto sería atrevido dar una cifra de cuantos enfermeros están quemados por el trabajo.

Las razones que pueden justificar dicha disparidad pueden ser debido a una mala utilización y aplicación de los cuestionarios, a un mal diagnóstico diferencial, las diferencias culturales entre los sujetos muestrales, lo que dificulta la comparación, la mala interpretación de los resultados por diferencias en los diversos servicios, etc.

Todos estos aspectos contribuyen a la aparición de sesgos que dificultan enormemente la comprensión de la realidad del síndrome de burnout. [37]

En relación al objetivo de la prevención del Burnout, son escasos los estudios centrados en qué estrategias de intervención son las más adecuadas para paliar el burnout en el personal de enfermería, ya que pese a los veinte años de investigación acerca del síndrome de burnout, todavía hoy los estudios se orientan a investigaciones descriptivas del síndrome, o bien a la consecución de instrumentos de medida.

Lo que sí se puede afirmar, es que la base de una adecuada estrategia de intervención debe apoyarse en un correcto diagnóstico de la situación para conocer la dimensión del problema, ya sea en el hospital o centro de salud, y sus causas. [37]

En general, según la mayoría de los estudios, se puede concluir que serían las intervenciones que enfocan la organización del trabajo las más eficaces porque reducen las fuentes de estrés ocupacional.

La calidad del cuidado prestado está relacionado directamente al bienestar del profesional que presta cuidado, de esta forma, medidas que atiendan a garantizar condiciones de trabajo que reduzcan el desgaste físico y emocional es imprescindible en enfermería, así como la sensibilización de los profesionales e instituciones sobre el desarrollo del estrés y burnout traerían beneficios a ambos.

El problema de las intervenciones organizacionales es que son difíciles de llevar a cabo, porque las empresas consideran al individuo responsable por el desarrollo del síndrome, y temen que programas para mejorar la calidad de vida de los funcionarios acarren aumento de costes para la organización. [39]

Sería preciso matizar la capacidad de generalización de los resultados, ya que al ser estudios en diferentes servicios, provincias e incluso países, los resultados deben limitarse a esas poblaciones de profesionales en concreto, así como sería conveniente realizar estudios similares con otros servicios de enfermería con el fin de contrastar los resultados obtenidos.

También resultan escasos los estudios que implican programas de intervención y sería interesante fomentar el desarrollo futuro de este tipo de investigaciones en el contexto de la prevención e intervención, especialmente de los trastornos ocasionados por el estrés crónico asistencial en las organizaciones de la salud.

Dichos programas de intervención podrían contribuir a incrementar el bienestar de los profesionales y mejorar el ambiente laboral, así como la calidad del servicio ofrecido al usuario. [32]

Como deriva de lo anteriormente expuesto, según la revisión bibliográfica, la realidad del Burnout como Riesgo psicosocial, hace necesario adoptar nuevos enfoques en materia de prevención de riesgos profesionales, para atender estos riesgos de tendencia creciente que se desarrollan especialmente en el sector servicios y más concretamente en el sanitario como es nuestro caso.

El sector de la sanidad, al ser uno de los más afectados por el estrés laboral, hace necesaria la concienciación y acción tanto de la identificación de los riesgos, como la evaluación e intervención.

Los organismos internacionales no ocultan las dificultades para la prevención de los riesgos psicosociales, pero también evidencian de forma inequívoca que es posible una actividad de gestión en la empresa conducente a la reducción, o al menos al control de los mismos, contando a día de hoy con una serie de instrumentos técnicos validados para intervenir eficazmente sobre ellos.

Por tanto la prevención de los riesgos psicosociales no solo es posible sino que además está enmarcada en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Existen varias situaciones que determinarán la necesidad de realizar la evaluación de riesgos psicosociales, tras lo que se procederá a llevar a cabo el proceso y que conlleva 6 etapas: identificación de los factores de riesgo, metodología, planificación, análisis de los resultados y elaboración de un informe, puesta en marcha de un programa de intervención, Seguimiento y control de las medidas adoptadas.[60]

En este caso en la metodología, escogemos para recoger los datos, el método ISTAS, y de este modo recoger la información de las condiciones laborales de las enfermeras así como datos sociodemográficos y el Maslach Burnout Inventory para averiguar el nivel de burnout de los enfermeros a través de las dimensiones de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal.

Finalmente tras el análisis de los resultados plasmados mediante informe, se lleva a cabo la intervención que consiste en llevar a cabo una serie de medidas preventivas y de afrontamiento del Burnout, divididas en medidas de tipo individual, interpersonal y organizacional.

Por último, no hay que olvidarse de prever una evaluación y control regular de las acciones emprendidas. Con ello se pretende comprobar que se consigue efectivamente la corrección esperada. No hay que olvidar que la validez de las soluciones adoptadas puede decrecer con el tiempo y que puede hacerse necesaria una nueva intervención.[60]

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno Jiménez, B. Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Medicina y Seguridad del trabajo* (2011).57, 4-19.http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465546X2011000500002&script=sci_arttext (último acceso 14 abril 2016)
2. Soria, M. S., & Schaufeli, W. B. ¿Cómo evaluar los riesgos psicosociales en el trabajo? *Prevención, Trabajo y Salud: Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo* (2002). (20), 4-10. http://www.oect.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/Rev_INSHT/2002/20/seccionTecTextCompl1.pdf (último acceso 16 abril 2016)
3. Quiceno, J. M., & Alpi, S. V. Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). *Acta Colombiana de Psicología*. (2007). <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v10n2/v10n2a12.pdf> (último acceso 14 abril 2016)
4. Martínez-López, C., & López-Solache, G. Características del síndrome de burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Archivos de Medicina Familiar* (2005). 7(1), 6-9.
5. Del Río Moro, O., García, M. P., & Gómez, B. V. El síndrome de Burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. *Enfermería en cardiología: Revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología* (2003). (29),

- 24-29. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2331304> (último acceso 15 abril 2016)
6. Sanclemente Vinué, I., Elboj Saso, C., & Iñiguez Berrozpe, T. Burnout en los profesionales de Enfermería en España. Estado de la cuestión. *Metas de Enfermería* (2014), 17(10), 17-23.
7. Gil-Monte, P. R. Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Revista Española de Salud Pública* (2009). 83(2), 169-173.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113557272009000200003&script=sci_arttext&tlng=pt (último acceso 21 abril 2016)
8. Ruiz, C. O., & Ríos, F. L. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Int J Clin Health Psychol* (2004), 4(1), 137-60.
9. Zamora, G. L. H., Castejón, E. O., & Fernández, I. I. Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology* (2004), 4(2), 323-336.
10. Toledo, Á. M., & de Ancianos, R. Burnout asistencial: identificación, prevención y mediación en factores precipitantes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* (2007), 10(1).
<http://campus.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol10num1/art4vol10no1.pdf> (último acceso 26 marzo 2016)
11. Alberola, E. G., Monte, P. R. G., Juesas, J. A. G., & Ferraz, H. F. Efectos de los conflictos interpersonales sobre el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) y su influencia sobre la salud. Un estudio longitudinal en enfermería. *Riesgos Psicosociales en el Trabajo* (2009), 72.
https://www.researchgate.net/profile/Susana_Llorens_Gumbau/publication/41126170 (último acceso 23 marzo 2016)
12. Pera, G., & Serra-Prat, M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria* (2002), 16(6), 480-486. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000600005 (último acceso 16 abril 2016)

13. Montero, C. M., Lorente, R. L., González, C. F., García, E. G., Trillo, R. O., Pendón, A. C., & Puche, J. G. Estudio comparativo del síndrome de burnout en profesionales de oncología: incidencia y gravedad. *Medicina Paliativa* (2000), 7(3), 85-93.
14. Bernaldo de Quirós-Aragón, M., & Labrador-Encinas, F. J. Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *International Journal of Clinical and health psychology* (2007), 7(2). <http://www.redalyc.org/html/337/33717060005/> (último acceso 23 marzo 2016)
15. Fagoaga Gimeno, M., Imbernón, L., & Javier, F. El síndrome de Burnout y la enfermería de urgencias (2000). <https://ruidera.uclm.es/xmlui/handle/10578/365> (último acceso 23 marzo 2016)
16. Reyes, M. Q. Prevalencia del síndrome de Burnout en las enfermeras de la Unidad de Paciente Crítico del Hospital del Trabajador Santiago de Chile y una propuesta de intervención. *Revista Chilena de Medicina Intensiva* (2004), 19(1), 33-38. <http://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2004-1/9.pdf> (último acceso 14 abril 2016)
17. Riquez, M. R., Hernández, F. P., & Fernández, C. G. Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva* (2008), 19(4), 169-178. <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-sumario-vol-19-num-04-13007109> (último acceso 16 abril 2016)
18. Navarro Arnedo, J. M. Revisión de los estudios sobre los profesionales de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos de España. *Enfermería Global* (2012), 11(26), 267-289.
19. Mera, M. F., Gaspar, R. V., García, I. Z., Sánchez, S. V., Melero, E. A., González, S. Á., & Martín, P. M. Síndrome de burnout en distintas Unidades de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva* (2009), 20(4), 131-140.
20. Jofré, V., & Valenzuela, S. Burnout en personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Aquichan* (2005), 5(1), 56-63. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S165759972005000100006&script=sci_arttext (último acceso 23 marzo 2016)

21. Cabrera, L. S., Medina, E. H., Robaina, P. E., Sánchez-Palacios, M., Sánchez, R. P., & Moreno, R. F. Síndrome de burnout entre el personal de enfermería y auxiliar de una unidad de cuidados intensivos y el de las plantas de hospitalización. *Enfermería Clínica* (2009), 19(1), 31-34.
22. Grau, N. G., Heredia, A. C., Biosca, A. R., & Cabases, M. O. Síndrome de Burnout en los equipos de Enfermería de Cuidados Intensivos de Cataluña. *Metas de Enfermería* (2004), 7(2), 6-12.
23. Vidal, P. H., & Ferrer, A. R. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enfermería Intensiva* (2002), 13(1), 9-16.
24. Rísquez, M. R., Fernández, C. G., Hernández, F. P., Tovar, A. A., Alcaraz, F. L., Romera, A. L. & Domingo, P. S. Estudio comparativo del burnout en personal de enfermería de Cuidados Intensivos y Urgencias. *Enfermería Intensiva* (2008), 19(1), 2-13.
25. Popp, M. S. Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI). *Interdisciplinaria* (2008), 25(1), 5-27.
26. Rísquez, M. I. R., Fernández, C. G., & Sánchez-Meca, J. Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *Anales de Psicología* (2011), 27(1), 71-79.
27. Noguera, L. F., & Francés, F. C. Estudio descriptivo del síndrome de burnout en una muestra de profesionales de enfermería en el área sur de Gran Canaria. (2007). <https://www.researchgate.net/publication/250310342> (último acceso 23 marzo 2016)
28. Loubon, C. O., Salas, R., & Correa, R. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en el personal sanitario. *Hospital Aquilino Tejeira. Archivos de Medicina* (2011), 7(2), 1-7.
29. Gil-Monte, P. R. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicologia em estudo* (2002), 7(1), 3-10. <http://www.scielo.br/pdf/%0D/pe/v7n1/v7n1a01.pdf> (último acceso 14 abril 2016)

30. Deschamps Perdomo, A., Olivares Román, S. B., Rosa Zabala, K. L. D. L., & Asunsolo del Barco, Á. Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. *Medicina y Seguridad del Trabajo* (2011), 57(224), 224-241.
31. Gil-Monte, P. R., García-Juesas, J. A., & Hernández, M. C. Influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería: a study in nursing professionals. *Interamerican Journal of Psychology* (2008), 42(1), 113-118. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S003496902008000100012&script=sci_arttext (último acceso 23 marzo 2016)
32. Rísquez, M. I. R., Meca, J. S., & Fernández, C. G. Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de enfermería de cuidados intensivos y urgencias. *Psicothema* (2010), 22(4), 600-605.
33. Gascón, S., Montes, M. O., & Ciccotelli, H. La prevención del burnout en las organizaciones: el chequeo preventivo de Leiter y Maslach. *Revista de psicopatología y psicología clínica* (2003), 8(1), 55-66.
34. González, A. M. C., & Rubio, J. M. L. Engagement: Un recurso para optimizar la salud psicosocial en las organizaciones y prevenir el Burnout y estrés laboral. *Revista Digital de Salud y Seguridad en el Trabajo* (2010), (1), 1-22. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3685157> (último acceso 14 abril 2016)
35. Austria Corrales, F., Cruz Valde, B., Herrera Kienhelger, L., & Salas Hernández, J. Relaciones estructurales entre estrategias de afrontamiento y síndrome de burnout en personal de salud: un estudio de validez externa y de constructo. *Universitas Psychologica* (2012), 11(1), 197-206. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v11n1/v11n1a16.pdf> (último acceso 23 marzo 2016)
36. Monte, G. I. L. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Psicología científica* (2002). https://www.researchgate.net/profile/Pedro_Gil-Monte/publication/242114408 (último acceso 23 marzo 2016)

37. Garcia, G. M. Síndrome de burnout y riesgos psicosociales en personal de enfermería. Prevalencia e intervención. *Informació psicológica* (2007), (91-92), 23-31.
38. Gomes, S. D. F. S., & Carolino, E. T. D. M. A. Riesgos psicosociales en el trabajo: estrés y estrategias de coping en enfermeros en oncología. *Revista Latinoamericana Enfermagem* (2013), 21(6), 1282-9.
39. Grazziano, E. S., & Ferraz Bianchi, E. R. Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. *Enfermería Global* (2010), (18), 0-0.
40. López-Soriano, F., & Bernal, L. Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Revista de Calidad asistencial* (2002), 17(4), 201-205. <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-prevalencia-factores-asociados-con-el-13034008> (último acceso 10 de mayo 2016)
41. Carmona Monge FJ, Sanz Rodríguez LJ, Marín Morales D. Clima social laboral y síndrome de burnout en profesionales de enfermería. *Enfermería Científica* (2002).244-245;82-87.
42. Casado Moragón A, Muñoz Durán G, Ortega González A. Burnout en profesionales de los servicios paliativos, intensivos y urgencias de un gran hospital. *Medicina Clínica (Barc)* (2005);124:554-5.
43. Santana Cabrera L, Hernández Medina E, Eugenio Robaina P, Sánchez-Palacios M, Pérez Sánchez R, Falcón Moreno R. Síndrome de burnout entre el personal de enfermería y auxiliar de una unidad de cuidados intensivos y el de las plantas de hospitalización. *Enfermería Clínica* (2009), 19(1):31-34.
44. Méndez J. Estrés laboral o síndrome de Burnout. *Acta Pediatría Mexicana*. (2004), 25(5):299-302.
45. García A, Sainz A, Botella M. La enfermería vista desde el género. *Index de Enfermería* (2004); 13(46):45-48.
46. Rout U. Estrés laboral en profesionales de la salud. *Buendía J, Ramos F, editores. Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide; (2002). p. 93-108.*

47. Boada i Grau J, Agulló E, De Diego R. El burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*.(2004);16:125-31.
<http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/8198> (último acceso 10 de mayo 2016)
48. García Izquierdo M, Sáez Navarro MC, Llor Esteban B. Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*. (2000);16:215-28.
49. Escribà Agüir, V., Más Pons, R., Cárdenas Echegaray, M., Burguete Ramos, D. & Fernández Sánchez, R. Estresores laborales y bienestar psicológico. Impacto en la enfermería hospitalaria. *Revista Rol de Enfermería* (2000), 23(7-8), 506-511
50. Casado Maragón A., Muñoz Duran G., Ortega González N., Castellanos Asenjo A. Rodríguez Blázquez ME, García Aroca C. Burnout y factores asociados en profesionales del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. *Medicina Seguridad y Trabajo* (2005): 51(201): 27-36
51. Gracia, E.; Llorente, L; Salanova, M. y Cifre, E. Hacia un modelo psicosocial positivo: rol mediador del engagement entre clima y desempeño en seguridad. (2005). www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi13/16.pdf (último acceso 11 de mayo 2016)
52. Salanova, M. “Organizaciones saludables y desarrollo de recursos humanos”, *Estudios Financieros*. (2008) 303, 179-214
53. Soria, M. S. Organizaciones saludables: una aproximación desde la Psicología Positiva. In *Psicología positiva aplicada* (2009) (pp. 403-428). Desclée de Brouwer. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2755097> (último acceso 11 de mayo 2016)
54. Cruz, B., Austria, F., Herrera, L., Vázquez, J. C., Vega, C. Z. & Salas, J. Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de burnout “o de desgaste profesional” en trabajadores de la salud. *Neumología y Cirugía de Tórax* (2010). 69 (3), 137-142. <http://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2010/nt103b.pdf> (último acceso 11 de mayo 2016)

55. López-Vázquez, E. & Marván, M. L. Validación de una escala de afrontamiento frente a riesgos extremos. *Salud Pública de México* (2004). 46, 216-221. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342004000300011&script=sci_arttext (última consulta 11 de mayo 2016)
56. Parada, M., Moreno, R., Mejías, Z., Rivas, F. & Cerrada, J. Satisfacción laboral y síndrome de burnout en personal de enfermería del Instituto Autónomo Universitario Los Andes (IAHULA), Mérida, Venezuela. *Rev Fac Nac Salud Pública* (2005). 23, 33-45. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120386X2005000100004&script=sci_abstract (última consulta 11 de mayo 2016)
57. Popp, M. S. Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de terapia intensiva (UTI). *Interdisciplinaria* (2008). 25 (1), 5-27.
58. Gil-Monte, P.R. ¿Se quema la sanidad española?. *Revista Española de Economía de la Salud* (2003) 2, 139-140. <http://www.economiadelasalud.com/Ediciones/07/07pdf/07EnPortadaBurnOut.pdf> (último acceso 11 de mayo 2016)
59. Moncada S, Llorens C y Andrés R, Moreno N y Molinero. Manual del método CoPsoQ-istas21 (versión 2) para la evaluación y la prevención de los riesgos psicosociales en empresas con 25 o más trabajadores y trabajadoras. *Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud*; (2014). http://www.copsoq.istas21.net/index.asp?ra_id=83 (último acceso de 19 mayo 2016)
60. Oncins, M., & Almodóvar, A. NTP 450: Factores psicosociales: fases para su evaluación. INSHT. *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*. Barcelona. (1997). http://www.insht.es/inshtweb/contenidos/documentacion/fichastecnicas/ntp/ficheros/401a500/ntp_450.pdf (último acceso 19 de mayo 2016)
61. Nogareda, C., & Almodóvar, A. NTP 702. El proceso de evaluación de los factores psicosociales. (2007)

62. Moncada, S., Serrano, C., Kristensen, T., & Martínez, S. NTP 703: El método COPSOQ (ISTAS21, PSQCAT21) de evaluación de riesgos psicosociales. Notas Técnicas de prevención. (2005).
63. Oncins de Frutos, M. NTP 283: encuestas: metodología para su utilización. Nota Técnica de Prevención, Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). (1991).
64. Guía de Prevención de Riesgos Psicosociales en el Sector Sanitario. Observatorio permanente UGT.(2007)
65. Fidalgo Vega, M. Síndrome de estar quemado por el trabajo o" burnout"(II): consecuencias, evaluación y prevención (NTP 705). Madrid: INSHT. (2006).



ANEXO I (MASLACH BURNOUT INVENTORY)**Maslach Burnout Inventory**

A continuación hay algunas afirmaciones sobre su relación con las personas hacia las que trabaja y sobre usted mismo. Para responder a ellas ponga el número que más se ajuste a la frecuencia con la que usted lo percibe según la siguiente escala:

0 Nunca 1 Alguna vez al año o menos 2 Una vez al mes o menos 3 Algunas veces al mes
4 Una vez por semana 5 Algunas veces por semana 6 Todos los días

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

ANEXO II (COPSOQ ISTAS21)

www.copsoq.istas21.net

INSTRUCCIONES

La respuesta al cuestionario que tienes en tus manos servirá para realizar **la evaluación de riesgos psicosociales**. Su objetivo es identificar, localizar y medir todas aquellas condiciones de trabajo relacionadas con la organización del trabajo que pueden representar un riesgo para la salud. Los resultados colectivos del cuestionario nos servirán para mejorarlas.

Se trata de un cuestionario **CONFIDENCIAL y ANÓNIMO**. Toda la información será analizada por personal técnico sujeto al mantenimiento del secreto profesional y utilizada exclusivamente para los fines descritos. En el informe de resultados no podrán ser identificadas las respuestas de ninguna persona de forma individualizada.

Su contestación es **INDIVIDUAL**. Por ello, te pedimos que respondas sinceramente a cada una de las preguntas sin previa consulta ni debate con nadie y que sigas las instrucciones de cada pregunta para contestar.

La mayoría de preguntas tienen **varias opciones de respuesta y debes señalar con una "X" la respuesta que consideres que describe mejor tu situación, ESCOGIENDO UNA SOLA OPCIÓN** entre las posibles respuestas: "*siempre / muchas veces / algunas veces / sólo alguna vez / nunca*". **Si tienes más de un empleo**, te pedimos que refieras todas tus respuestas solamente al que haces en XXXXX.

Es muy importante que contestes **TODAS LAS PREGUNTAS** ya que muchas se tratan conjuntamente, de manera que si dejas alguna pregunta sin contestar es probable que otras que hayas contestado se anulen y se pierda información para el análisis de resultados.

Forma de recogida del cuestionario:

Para llevar a cabo el proceso de evaluación de los riesgos psicosociales, se ha creado un **Grupo de Trabajo** formado por representantes de la dirección de la empresa y representantes de los trabajadores y trabajadoras: _____, con el asesoramiento técnico de..... Si necesitas realizar alguna consulta te puedes dirigir a cualquiera de sus miembros.

Esta introducción al cuestionario supone una garantía legal de que todo el personal que va a trabajar para esta evaluación de riesgos, asumen y cumplen rigurosamente con todos y cada uno de los preceptos legales y éticos de protección de la intimidad y de los datos e informaciones personales. Una vez analizados, todos los cuestionarios serán destruidos.

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

COPsoQ-istas21 versión 2

2

www.copsoq.istas21.net

1. Eres:

- 1 Mujer
- 2 Hombre

2. ¿Qué edad tienes?

- 1 Menos de 31 años
- 2 Entre 31 y 45 años
- 3 Más de 45 años

I. Las siguientes preguntas tratan de tu empleo en XXXXX y tus condiciones de trabajo.

3.

- a. Indica en qué departamento o sección trabajas en la actualidad. Señala únicamente una opción.
- b. Indica en que departamento(s) ó sección(es) has trabajado durante los últimos xxx meses. Si has trabajado en dos o más departamentos señálos.

1

4

2

5

3

6

4.

- a. Indica qué puesto de trabajo ocupas en la actualidad. Señala únicamente una opción.
- b. Indica el o los puestos de trabajo que has ocupado en los últimos xxxx meses. Si has ocupado dos o más puestos señálos.

1

4

2

5

3

6

www.copsoq.istas21.net

5. ¿Realizas tareas de distintos puestos de trabajo?
- 1 Generalmente no
 - 2 Sí, generalmente de nivel superior
 - 3 Sí, generalmente de nivel inferior
 - 4 Sí, generalmente de mismo nivel
 - 5 Sí, tanto de nivel superior, como de nivel inferior, como del mismo nivel
 - 6 No lo sé
6. En el último año ¿tus superiores te han consultado sobre cómo mejorar la forma de producir o realizar el servicio?
- 1 Siempre
 - 2 Muchas veces
 - 3 Algunas veces
 - 4 Sólo alguna vez
 - 5 Nunca
7. ¿El trabajo que realizas se corresponde con la categoría o grupo profesional que tienes reconocida salarialmente?
- 1 Sí
 - 2 No, el trabajo que hago es de una categoría o grupo superior al que tengo asignado salarialmente (POR EJEMPLO, trabajo de comercial pero me pagan como administrativa)
 - 3 No, el trabajo que hago es de una categoría o grupo inferior al que tengo asignado salarialmente (POR EJEMPLO, trabajo de administrativa pero me pagan como comercial).
 - 4 No lo sé
8. ¿Cuánto tiempo llevas trabajando en xxxx?
- 1 Menos de 30 días
 - 2 Entre 1 mes y hasta 6 meses
 - 3 Más de 6 meses y hasta 2 años
 - 4 Más de 2 años y hasta 5 años
 - 5 Más de 5 años y hasta de 10 años
 - 6 Más de 10 años
9. ¿Qué tipo de relación laboral tienes con xxxxx?
- 1 Soy fijo (tengo un contrato indefinido,...)
 - 2 Soy fijo discontinuo

CoPsoQ-istas21 versión 2

4

www.copsoq.istas21.net

- 3 Soy temporal con contrato formativo (contrato temporal para la formación, en prácticas)
- 4 Soy temporal (contrato por obra y servicio, circunstancias de la producción, etc.)
- 5 Soy funcionario
- 6 Soy interino
- 7 Soy un/una trade (aún siendo autónomo, en realidad trabajo para alguien del que dependo, trabajo para uno o dos clientes)
- 8 Soy becario/a
- 9 Trabajo sin contrato

10. Desde que entraste en xxxx ¿has ascendido de categoría o grupo profesional?

- 1 No
- 2 Sí, una vez
- 3 Sí, dos veces
- 4 Sí, tres o más veces

11. Habitualmente ¿cuántos sábados al mes trabajas?

- 1 Ninguno
- 2 Alguno excepcionalmente
- 3 Un sábado al mes
- 4 Dos sábados
- 5 Tres ó más sábados al mes

12. Habitualmente ¿cuántos domingos al mes trabajas?

- 1 Ninguno
- 2 Alguno excepcionalmente
- 3 Un domingo al mes
- 4 Dos domingos
- 5 Tres ó más domingos al mes

13. ¿Cuál es tu horario de trabajo?

- 1 Jornada partida (mañana y tarde)
- 2 Turno fijo de mañana
- 3 Turno fijo de tarde
- 4 Turno fijo de noche
- 5 Turnos rotatorios excepto el de noche
- 6 Turnos rotatorios con el de noche

CoPsoQ-istas21 versión 2

5

www.copsoq.istas21.net

14. ¿Qué margen de adaptación tienes en la hora de entrada y salida?
- 1 No tengo ningún margen de adaptación en relación a la hora de entrada y salida
 - 2 Puedo elegir entre varios horarios fijos ya establecidos
 - 3 Tengo hasta 30 minutos de margen
 - 4 Tengo más de media hora y hasta una hora de margen
 - 5 Tengo más de una hora de margen
15. Si tienes algún asunto personal o familiar ¿puedes dejar tu puesto de trabajo al menos una hora?
- 1 Siempre
 - 2 Muchas veces
 - 3 Algunas veces
 - 4 Sólo alguna vez
 - 5 Nunca
16. ¿Qué parte del trabajo familiar y doméstico haces tú?
- 1 Soy la/el principal responsable y hago la mayor parte de tareas familiares y domésticas
 - 2 Hago aproximadamente la mitad de las tareas familiares y domésticas
 - 3 Hago más o menos una cuarta parte de las tareas familiares y domésticas
 - 4 Sólo hago tareas muy puntuales
 - 5 No hago ninguna o casi ninguna de estas tareas
17. ¿Con qué frecuencia te cambian la hora de entrada y salida o los días que tienes establecido trabajar?
- 1 Siempre
 - 2 Muchas veces
 - 3 Algunas veces
 - 4 Sólo alguna vez
 - 5 Nunca
18. Habitualmente ¿cuántas horas trabajas a la semana para xxxxxx?
- 1 30 horas o menos
 - 2 De 31 a 35 horas
 - 3 De 36 a 40 horas

www.copsoq.istas21.net

 4 De 41 a 45 horas 5 Más de 45 horas

19. Habitualmente ¿cuántos días al mes prolongas tu jornada como mínimo media hora?

 1 Ninguno 2 Algún día excepcionalmente 3 De 1 a 5 días al mes 4 De 6 a 10 días al mes 5 11 o más días al mes

20. Teniendo en cuenta el trabajo que tienes que realizar y el tiempo asignado, dirías que:

	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) En tu departamento o sección falta personal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b) La planificación es realista	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c) La tecnología (máquinas, herramientas, ordenadores...) con la que trabajas es la adecuada y funciona correctamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

21. ¿Puedes decidir cuándo haces un descanso?

 1 Siempre 2 Muchas veces 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

22. Aproximadamente ¿cuánto cobras neto al mes?

 1 300 euros o menos 2 Entre 301 y 450 euros 3 Entre 451 y 600 euros 4 Entre 601 y 750 euros 5 Entre 751 y 900 euros 6 Entre 901 y 1.200 euros 7 Entre 1.201 y 1.500 euros 8 Entre 1.501 y 1.800 euros

CoPsoQ-istas21 versión 2

7

www.copsoq.istas21.net

- 9 Entre 1.801 y 2.100 euros
 10 Entre 2.101 y 2.400 euros
 11 Entre 2.401 y 2.700 euros
 12 Entre 2.701 y 3.000 euros
 13 Mas de 3.000 euros

23. Tu salario es:

- 1 Fijo
 2 Una parte fija y otra variable.
 3 Todo variable (a destajo, a comisión,...)

24. Las siguientes preguntas tratan sobre las exigencias y contenidos de tu trabajo. Elige UNA SOLA RESPUESTA para cada una de ellas.

¿Con qué frecuencia...	SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	SOLO ALGUNA VEZ	NUNCA
a) tienes que trabajar muy rápido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b) en tu trabajo se producen momentos o situaciones desgastadoras emocionalmente?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c) te retrasas en la entrega de tu trabajo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d) tu trabajo requiere que te calles tu opinión?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e) la distribución de tareas es irregular y provoca que se te acumule el trabajo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f) tu trabajo requiere que trates a todo el mundo por igual aunque no tengas ganas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g) tienes tiempo suficiente para hacer tu trabajo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h) tienes influencia sobre el ritmo al que trabajas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

CoPsoQ-istas21 versión 2

8

www.copsoq.istas21.net

- i) tienes mucha influencia sobre las decisiones que afectan a tu trabajo? 1 2 3 4 5
-
- j) tienes influencia sobre cómo realizas tu trabajo? 1 2 3 4 5
-
- k) tienes influencia sobre qué haces en el trabajo? 1 2 3 4 5
-
- l) hay momentos en los que necesitarías estar en la empresa y en casa a la vez? 1 2 3 4 5
-
- m) sientes que el trabajo en la empresa te consume tanta energía que perjudica a tus tareas domésticas y familiares? 1 2 3 4 5
-
- n) sientes que el trabajo en la empresa te ocupa tanto tiempo que perjudica a tus tareas domésticas y familiares? 1 2 3 4 5
-
- o) piensas en las tareas domésticas y familiares cuando estás en la empresa? 1 2 3 4 5
-
- p) te resulta imposible acabar tus tareas laborales? 1 2 3 4 5
-
- q) en tu trabajo tienes que ocuparte de los problemas personales de otros? 1 2 3 4 5
-

25. Continuando con las exigencias y contenidos de tu trabajo, elige UNA SOLA RESPUESTA para cada una de las siguientes preguntas:

CoPsoQ-istas21 versión 2

9

www.copsoq.istas21.net

¿En qué medida...	EN GRAN MEDIDA	EN BUENA MEDIDA	EN CIERTA MEDIDA	EN ALGUNA MEDIDA	EN NINGUNA MEDIDA
a) tu trabajo requiere que tengas iniciativa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b) tus tareas tienen sentido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c) las tareas que haces te parecen importantes?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d) tu trabajo te afecta emocionalmente?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e) tu trabajo permite que aprendas cosas nuevas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f) es necesario mantener un ritmo de trabajo alto?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g) te sientes comprometido con tu profesión?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h) tu trabajo te da la oportunidad de mejorar tus conocimientos y habilidades?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i) tu trabajo, en general, es desgastador emocionalmente?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
j) tu trabajo requiere que escondas tus emociones?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
k) te exigen en el trabajo ser amable con todo el mundo independientemente de la forma como te traten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
l) tu trabajo permite que apliques tus habilidades y conocimientos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
m) el ritmo de trabajo es alto durante toda la jornada?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

CoPsoQ-istas21 versión 2

10

www.copsoq.istas21.net

26. Estas preguntas tratan del grado de definición de tus tareas. Elige UNA SOLA RESPUESTA para cada una de ellas.

¿En qué medida...	EN GRAN MEDIDA	EN BUENA MEDIDA	EN CIERTA MEDIDA	EN ALGUNA MEDIDA	EN NINGUNA MEDIDA
a) en tu empresa se te informa con suficiente antelación de decisiones importantes, cambios y proyectos de futuro?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b) tu trabajo tiene objetivos claros?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c) se te exigen cosas contradictorias en el trabajo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d) sabes exactamente qué tareas son de tu responsabilidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e) recibes toda la información que necesitas para realizar bien tu trabajo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f) haces cosas en el trabajo que son aceptadas por algunas personas y no por otras?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g) sabes exactamente qué se espera de ti en el trabajo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h) sabes exactamente qué margen de autonomía tienes en tu trabajo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i) tienes que hacer tareas que crees que deberían hacerse de otra manera?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
j) tienes que realizar tareas que te parecen innecesarias?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

www.copsoq.istas21.net

27. Las siguientes preguntas tratan del apoyo que recibes en el trabajo. Elige UNA SOLA RESPUESTA para cada una de ellas.

¿Con qué frecuencia...	SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	SOLO ALGUNA VEZ	NUNCA
a) recibes ayuda y apoyo de tus compañeros en la realización de tu trabajo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b) tus compañeros están dispuestos a escuchar tus problemas del trabajo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c) tus compañeros hablan contigo sobre cómo haces tu trabajo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d) tienes un buen ambiente con tus compañeros de trabajo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e) sientes en tu trabajo que formas parte de un grupo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f) os ayudáis en el trabajo entre compañeros y compañeras?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g) tu jefe inmediato está dispuesto a escuchar tus problemas del trabajo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h) recibes ayuda y apoyo de tu jefe inmediato en la realización de tu trabajo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i) tu jefe inmediato habla contigo sobre cómo haces tu trabajo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

CoPsoQ-istas21 versión 2

12

www.copsoq.istas21.net

28. Estas preguntas se refieren hasta qué punto te preocupan posibles cambios en tus condiciones de trabajo. Elige UNA SOLA RESPUESTA para cada una de ellas.

¿Estás preocupado/a por ...	EN GRAN MEDIDA	EN BUENA MEDIDA	EN CIERTA MEDIDA	EN ALGUNA MEDIDA	EN NINGUNA MEDIDA
a) si te trasladan a otro centro de trabajo, unidad, departamento o sección contra tu voluntad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b) si te cambian el horario (turno, días de la semana, horas de entrada y salida...) contra tu voluntad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c) si te cambian de tareas contra tu voluntad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d) si te despiden o no te renuevan el contrato?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e) si te varían el salario (que no te lo actualicen, que te lo bajen, que introduzcan el salario variable, que te paguen en especies...)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f) lo difícil que sería encontrar otro trabajo en el caso de que te quedases en paro?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

www.copsoq.istas21.net

29. Las preguntas que siguen a continuación se refieren al reconocimiento, la confianza y la justicia en tu lugar de trabajo. Elige UNA SOLA RESPUESTA para cada una de ellas.

¿En qué medida...	EN GRAN MEDIDA	EN BUENA MEDIDA	EN CIERTA MEDIDA	EN ALGUNA MEDIDA	EN NINGUNA MEDIDA
a) tu trabajo es valorado por la dirección?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b) la dirección te respeta en tu trabajo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c) recibes un trato justo en tu trabajo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d) confía la dirección en que los trabajadores hacen un buen trabajo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e) te puedes fiar de la información procedente de la dirección?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f) se solucionan los conflictos de una manera justa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g) se le reconoce a uno por el trabajo bien hecho?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h) la dirección considera con la misma seriedad las propuestas procedentes de todos los trabajadores?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i) los trabajadores pueden expresar sus opiniones y emociones?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
j) se distribuyen las tareas de una forma justa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
k) tu actual jefe inmediato se asegura de que cada uno de los trabajadores tiene buenas oportunidades de desarrollo profesional?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

CoPsoQ-istas21 versión 2

14

www.copsoq.istas21.net

l) tu actual jefe inmediato planifica bien el trabajo? 1 2 3 4 5

m) tu actual jefe inmediato distribuye bien el trabajo? 1 2 3 4 5

n) tu actual jefe inmediato resuelve bien los conflictos? 1 2 3 4 5

II. Las siguientes preguntas tratan de tu salud, bienestar y satisfacción

30. En general ¿dirías que tu salud es?

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

31. Las preguntas que siguen se refieren a cómo te has sentido **DURANTE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS**. Elige **UNA SOLA RESPUESTA** para cada una de ellas.

www.copsoq.istas21.net

Durante las últimas cuatro semanas ¿con qué frecuencia...	SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	SOLO ALGUNA VEZ	NUNCA
a) te has sentido agotado/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b) te has sentido físicamente agotado/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c) has estado emocionalmente agotado/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d) has estado cansado/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e) has tenido problemas para relajarte?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f) has estado irritable?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g) has estado tenso/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h) has estado estresado/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

32. Continuando con cómo te has sentido durante las cuatro últimas semanas, elige **UNA SOLA RESPUESTA** para cada pregunta.

www.copsoq.istas21.net

Durante las últimas cuatro semanas ¿con qué frecuencia...	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	SOLO ALGUNA VEZ	NUNCA
a) has estado muy nervioso/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b) te has sentido tan bajo/a de moral que nada podía animarte?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c) te has sentido calmado/a y tranquilo/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d) te has sentido desanimado/a y triste?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e) te has sentido feliz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

33. ¿Cuál es tu grado de satisfacción en relación con tu trabajo, tomándolo todo en consideración? Elige **UNA SOLA RESPUESTA**.

- 1 Muy satisfecho/a
 2 Satisfecho/a
 3 Insatisfecho/a
 4 Muy insatisfecho/a

¡MUCHAS GRACIAS POR TU TIEMPO Y COLABORACIÓN!