



**TRABAJO FIN DE MÁSTER**

**EN**

**PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES**

**CURSO 2015-2016**

# Evaluación del Síndrome Burnout en Enfermería

**AUTOR:**

**MELANI TORREGROSA BUENO**

**TUTOR DEL PROYECTO:**

**ROSARIO PARETS LLORCA**



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

D/D<sup>a</sup> Rosario Parets Llorca, Tutor/a del Trabajo Fin de Máster, titulado  
"Evaluación del Síndrome de Burnout en enfermería" y realizado por el estudiante  
D./D<sup>a</sup> Melani Torregrosa Bueno

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

Fecha de la autorización: 21/06/2016

Fdo.: Rosario Parets Llorca  
Tutor TFM

## ACRÓNIMOS

**CIE** Clasificación Internacional de Enfermedades

**DE** desviación estándar

**DP** Desgaste profesional

**LPRL** Ley de prevención de Riesgos Laborales.

**MBI** Maslach Burnout Inventory

**MBI-CE** Maslach Burnout Inventory-Subescala cansancio emocional.

**MBI-DP** Maslach Burnout Inventory-Subescala Despersonalización.

**MBI-GS** Maslach Burnout Inventory-General Survey

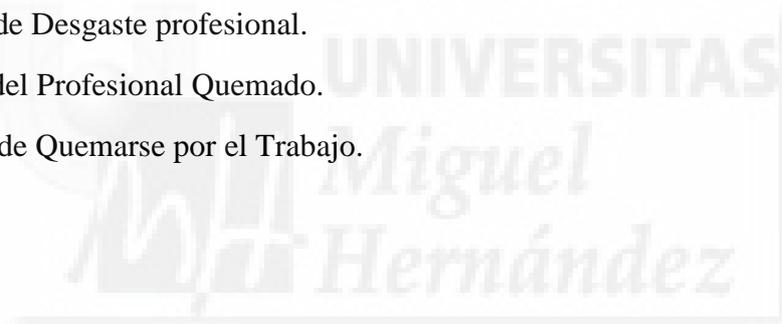
**MBI-RP** Maslach Burnout Inventory-Subescala realización personal.

**RSP** Reglamento de los servicios de Prevención

**SDP** Síndrome de Desgaste profesional.

**SPQ** síndrome del Profesional Quemado.

**SQT** Síndrome de Quemarse por el Trabajo.



## ÍNDICE

RESUMEN .....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	2
1.1. Perspectiva en Prevención de Riesgos Laborales. ....	2
1.2. Evolución del concepto de Síndrome de Burnout.....	4
1.3. Delimitación y diferenciación con otros conceptos.....	6
2. JUSTIFICACIÓN .....	7
3. OBJETIVOS .....	9
4. METODOLOGÍA .....	10
4.1. Diseño: .....	10
4.2. Estudio observacional-transversal.....	10
4.2.1. Instrumento.....	10
4.2.2. Muestra.....	11
4.2.3. Análisis de los datos.....	13
4.3. Búsqueda bibliográfica .....	13
5. RESULTADOS.....	15
5.1. Factores de riesgo para el desarrollo del burnout.....	24
5.2. Etapas de desarrollo del Síndrome y Principales modelos explicativos.....	26
5.3. Aparecen sentimientos de apatía que implica desprecio, frialdad <b>emocional</b> y <b>distanciamiento</b> .....	29
5.4. Prevención y Tratamiento .....	29
6. DISCUSIÓN.....	32
7. CONCLUSIONES.....	33
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	33
9. ANEXOS .....	38
9.1. Anexo I. Encuesta online - Google drive. ....	38
9.2. Anexo II. Puntuación media de cada ítem en la CESQT.....	43
9.3. Anexo III. Interpretación de los valores de las subescalas del CESQT.....	44
9.4. Anexo IV. Relación entre los valores de las subescalas de CESQT y género.....	44
9.5. Anexo V. Análisis de los estudios incluidos.....	45

## RESUMEN

En la actual cultura preventiva se ha demostrado cierta concienciación respecto a la evaluación de los riesgos laborales pero dicha percepción no alcanza con la misma magnitud los riesgos psicosociales, a pesar de que estos puedan llegar a producir daños a la salud igual de severos, tal y como sucede en el Síndrome de Burnout.

Cuando un trabajador padece Síndrome de Burnout o Síndrome de quemado por el trabajo puede manifestar agotamiento emocional, despersonalización y sentimientos de bajo realización personal y, además, se pueden ver reducidas la calidad y eficacia productiva.

En muchas investigaciones se ha evidenciado la fuerte relación que hay entre la prevalencia de Síndrome de Burnout y los profesionales sanitarios. Esto puede ser debido a que es una de las profesiones que más contacto directo tiene con los clientes-pacientes, además de que en sus jornadas laborales deben afrontar enormes exigencias emocionales bajo la presión de la sobrecarga asistencial.

Por lo anterior, con este estudio se pretende conocer la prevalencia de SQT en el personal de enfermería y determinar la relación que puede existir con ciertas variables sociodemográficas.

Para ello se realizó una revisión bibliográfica para describir la información existente sobre el Burnout en el personal de enfermería en España y se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítico en el personal de enfermería mediante la cumplimentación de una encuesta, conformada por una sección sobre características sociodemográficas y el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, publicada en redes sociales (Facebook, twitter y whatsapp).

La muestra estuvo conformada por 64 encuestas. Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS 22.0.

Los datos constatan que en los profesionales de enfermería hay un nivel alto de SQT. Se reflejó que las variables sociodemográficas de edad, número de hijos y tipo de contrato influyen en el nivel de SQT.

En cuanto a las subescalas de CESQT, se presentó un nivel medio de ilusión por el trabajo junto un nivel alto de indolencia y nivel medio de desgaste psíquico.

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1. Perspectiva en Prevención de Riesgos Laborales.

En la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) quedan expuesta las obligaciones del empresario en cuanto el ámbito de riesgos laborales, declarándose en el apartado 1 del artículo 16 la obligación de evaluar de los riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores. <sup>[1]</sup>

La evaluación de riesgo podemos definirla, tal y como se expone en el apartado 1 del artículo 3 del Reglamento de los Servicios de Prevención (RSP), como un 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. <sup>[2]</sup>

Aunque en la actualidad se evidencie cierta cultura preventiva en cuanto a los riesgos evidentes (accidentes, caídas, atrapamiento, etc.) dicha concienciación no llega a alcanzar los riesgos psicosociales, a pesar de que estos puedan lograr producir daños igual de severos para la salud. Esto es debido a que predomina la convicción de que la carga psíquica es algo implícito a cada puesto de trabajo, de tal modo que cuando el trabajador manifiesta cierto deterioro en su salud psicofísica, se llega a declarar que el nexo causal son aspectos de vulnerabilidad individual. <sup>[3]</sup>

Pero como la LPRL reconoce a la organización y la ordenación del trabajo como condiciones susceptibles de producir riesgos laborales, incorpora la necesidad de diagnosticar y prevenir los riesgos psicosociales con el objetivo de erradicarlos y ofrecer entornos laborales más saludables. <sup>[1]</sup>

Los factores psicosociales en el trabajo se podría entender cómo, según expone el Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud (OIT/OMS), las "interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el empleo y las condiciones de su organización, por una parte; y por la otra, las capacidades del empleado, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo; todo lo cual a través de percepciones y experiencias influyen en la salud y el rendimiento". <sup>[3]</sup>

Los factores psicosociales pueden generar una tensión crónica que puede llegar a desencadenar el síndrome de Burnout, que es considerado como resultante de una exposición crónica al estrés laboral. <sup>[4]</sup> Dicha patología puede generar en los profesionales, sobre todo en los que mantienen contacto directo con otras personas:

- Agotamiento o fatiga emocional, se refiera a las sensaciones de esfuerzo físico y mental excesivo.
- Actitudes insensibles o despersonalización en el trato, caracterizado por actitudes negativas y cínicas hacia compañeros y otras personas
- Baja realización personal, que refleja la tendencia de evaluarse uno mismo negativamente con respecto a los otros trabajadores.

En la última década la prevalencia de SQT ha tenido un importante incremento, sobre todo en sanidad y educación, indicando en recientes estudios que entre una cuarta y una tercera parte de los sanitarios que forman parte de los equipos hospitalarios presentan alguno de los tres indicadores de burnout. Dicho incremento ha hecho que este síndrome sea reconocida dentro de la clasificación internacional de enfermedades (CIE) con el código Z730, y aunque no está catalogado como enfermedad profesional es considerado como un accidente de trabajo al causar periodos de incapacidad temporal, según una sentencia del Tribunal Supremo (26 de octubre de 2000) que ratifica la sentencia de 2 de noviembre de 1999 dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Autónoma del País Vasco. <sup>[5, 6]</sup>

La jurisprudencia también ha reconocido a los trabajadores de centros de atención para personas con discapacidad cobrar un plus de peligrosidad por estar expuesto a condiciones de trabajo susceptibles de originar SQT (Juzgado de la Social N°1 de Vigo, procedimiento 24/1999; sala de lo social del tribunal superior de Justicia de Galicia, recurso N° 5302/2001). <sup>[6]</sup>

Por todo lo anterior podemos señalar que las profesiones más predispuestas a desarrollar el burnout, son aquellas que pertenecen a las ocupaciones asistenciales o de ayuda, que tienen como su principal tarea de trabajo el contacto directo frecuente con otras personas. <sup>[7]</sup>

En concreto los profesionales de la salud son el grupo más vulnerables debido al nivel de estrés crónico laboral y al desgaste emocional, ya que su trabajo les pone en interacción directa con los problemas psicológicos, físicos y/o sociales de los pacientes y, además, tienen que dar respuesta a situaciones con altas demandas emocionales, junto con altas dosis de implicación y capacidad de entrega. [4, 8, 9, 10, 11]

## **1.2. Evolución del concepto de Síndrome de Burnout.**

Dicho síndrome fue descrito por primera vez por Herbert Freudenberger en 1974 (USA), al observar que los profesionales que ayudaban a toxicómanos en la Free Clínic de Nueva York, al cabo de un periodo de tiempo en el puesto, la mayoría empezaba a sufrir una sensación de agotamiento, decepción y desmotivación por la actividad laboral. Por ello, lo definió como “una sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”, situando las emociones y sentimientos negativos producidos por el burnout en el contexto laboral. [3, 10, 12, 13, 14, 15]

Unos años más tarde, Cristina Maslach (1976) estudió lo que denominaba “pérdida de responsabilidad profesional”, declarando que el Síndrome de Burnout es “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir en individuos que trabajan con personas”. De esta manera, asimila que el Burnout es una reacción emocional interna causada por factores externos, como son las excesivas demandas emocionales externas e internas a las que se encuentran sumergidos dichos profesionales, viéndose incapacitados para satisfacerlas y produciendo la vivencia de fracaso personal. [3, 6, 10, 13, 16, 17, 18]

Posteriormente, Dale (1979) introdujo al término del burnout una concepción más teórica, entendiéndolo como consecuencia del estrés laboral, por lo que la probabilidad de manifestar el SQT dependerá de la duración e intensidad de ese estrés. [19]

En 1980, Edelwich y Brodsky, lo definen como “una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesionales de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo”. De igual manera, proponen que las personas

que sufren síndrome de burnout pasan por 4 fases: entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía.<sup>[19]</sup>

En 1986, Maslach y Jackson, además de ser las primeras en emplear en público el término Burnout para referirse al desgaste profesional, definen el SQT como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”.<sup>[3, 11, 13, 16]</sup> Al analizar dicha definición podemos concluir en que las autoras le dan al síndrome unos factores tridimensional caracterizado por el cansancio emocional, despersonalización y dificultad para el logro/realización personal<sup>[6, 11, 20]</sup> A partir de estos componentes se elaboró el “Maslach Burnout Inventory” para medir el Burnout en áreas de servicios humanos, a lo largo de las décadas dicha escala se ha convertido en la más aceptada por su amplia utilización.<sup>[20]</sup>

Brill (1984) lo llegó a entender como “un estado disfuncional relacionado con el trabajo en una empresa que no padece otra alteración psicopatológica significativa”. Por lo que las medidas deberían de ir encaminadas a actuar sobre las condiciones que motivaron la alteración del estado de salud del trabajador.<sup>[6, 20]</sup>

Pines y Aronson (1988) proponen una definición más amplia, expandiendo el alcance a otros ámbitos profesionales: “es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones con demandas emocionales” que genera sentimientos de impotencia e inutilidad, falta de entusiasmo y baja autoestima. Dichos autores señalan algunos factores que predisponen a sufrir SQT, entre ellos resaltan la importancia de la prevención, de la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo, del modelo de supervisión y de las oportunidades de aprendizaje continuo y desarrollo de la carrera con las que cuenta el trabajador.<sup>[3, 6, 20]</sup>

En el mismo sentido Shirom (1989) concluye que el Síndrome de Burnout se debe a pérdidas de fuentes de energía del sujeto y lo define como “una combinación de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo”.<sup>[20]</sup>

Pero en los años 90, el SQT se volvió a relacionar específicamente con profesionales que trabajaban en contacto directo con personas. García Izquierdo (1991) comentó

que el Burnout es un problema característico de los trabajadores de “servicios humanos”, es decir, de aquellas profesiones que deben mantener una relación de ayuda continua hacia el cliente. Mingote Adán (1998) llega a asociar el SQT al trabajo directo con personas, tras un tiempo prolongado de alta implicación emocional con el cliente, con alta demanda de exigencias adaptativas y bajas posibilidades de ejercer un control eficaz sobre esta situación. <sup>[6, 20]</sup>

A la hora de adaptar el vocablo a la terminología española; los autores Gervás y Hernández denominaron al Síndrome de Burnout como Enfermedad de Tómas, mientras que Seisdedos (1997) propuso la utilización de la perífrasis Síndrome del estrés laboral asistencial. Sin embargo, Vega y colaboradores optaron por la utilización de término Síndrome de desgaste profesional, siendo la expresión más utilizado en los números estudios realizados sobre este tema en España. <sup>[18, 20]</sup>

Dentro de la tendencia de aplicar el Burnout sólo a profesionales sanitarios, Maslach y Schaufeli ampliaron el concepto aceptando diversas definiciones en función de características similares, de las que destacan: <sup>[20]</sup>

- a) Predominio de los síntomas mentales o conductuales sobre los físicos (cansancio mental o emocional, fatiga y depresión).
- b) Los síntomas se manifiestan en personas que no sufrían ninguna psicopatología anterior.
- c) Clasificado como síndrome clínico-laboral.
- d) Se desencadena por una inadecuada adaptación al trabajo.

Por todo lo anteriormente expuesto, el Síndrome de Burnout o SQT, se podría entender como una respuesta psicológica al estrés crónico de carácter emocional e interpersonal que aparece frecuentemente en trabajadores en contacto directo con usuarios y que se suele dar con más incidencia cuando no se realiza la evaluación y prevención de riesgos psicosociales o no se protege adecuadamente al trabajador frente a esta consecuencia y donde la jornada laboral exige una gran demanda emocional. <sup>[3, 5, 8]</sup>

### **1.3. Delimitación y diferenciación con otros conceptos.**

Para seguir analizando el problema, es importante diferenciar distintos términos que se suelen confundir o solapar con el SQT, como puede ser el estrés general, la fatiga física o depresión. [15, 20, 21]

El estrés se podría definir, al igual que lo hizo Mc Grath (1970), como “un desequilibrio entre la demanda y la capacidad de respuesta bajo condiciones en la que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias”. [21] La gran diferencia entre estrés y burnout, es que mientras que el estrés hace referencia a procesos relativamente breves, el burnout es considerado la consecuencia de una situación prolongada de desajustes entre demandas y recursos laborales. Además con el estrés, el sufrimiento suele ser generalizado y suele extenderse a todas las áreas del individuo pero no tiene por qué llegar a producir actitudes negativas hacia el trabajo, mientras que el SDP está relacionado con una vivencia temporal de insatisfacción laboral, apareciendo cambios de conducta, de calidad y desarrollo laboral. [3, 15, 20, 22]

Por otra parte, la disparidad entre fatiga y burnout está en el proceso de recuperación, pues la fatiga presenta una recuperación relativamente rápida y puede acompañarse de sentimientos de realización personal y competencia, mientras que la recuperación del burnout es mucho más lenta y costosa y va acompañada de sentimientos profundos de fracaso e ineficacia laboral. [20, 23, 24]

A pesar de que la depresión y el Burnout pueden compartir la sintomatología, pero los patrones de desarrollo y etiología son distintos. Aunque por otro lado, encontramos autores que consideran la depresión como consecuencia o síntoma del Burnout. [16, 20]

## 2. JUSTIFICACIÓN

En gran medida, la necesidad de estudiar el síndrome de quemarse por el trabajo viene dado por el derecho a la protección de la salud de los trabajadores. Así, en el caso de burnout se producen numerosas consecuencias a nivel individual y organizacional debido a la exposición a riesgos psicosociales, organizativos o de ordenación del trabajo en los entornos de demandas de servicio humano. [6, 8, 10, 19, 20, 25]

A nivel individual el SQT puede afectar a nivel afectivo (agotamiento emocional), cognitivo (pérdida de la ilusión en el trabajo), actitudinal (depersonalización) y

psicosomáticas. [8, 19] La relación de la sintomatología con los diferentes niveles la podemos observar en la tabla 1. [6, 8, 10, 19, 20, 25]

Y a nivel organizacional puede provocar insatisfacción laboral, falta de compromiso, elevación de absentismo laboral e intención de abandonar la organización que se reflejará en baja productividad, trabajo de peor calidad y en un aumento de accidentes laborales. [6, 8, 10, 19, 20, 25]

**Tabla 1. Sintomatología individual del Síndrome de Burnout**

EMOCIONAL	COGNITIVOS	CONDUCTUALES	PSICOSOMÁTICAS
Apatía	Perdida de	Aumento del uso de tóxicos.	Fatiga crónica
Ansiedad	significación	Conductas inadaptativas	Dolores de cabeza,
Depresión.	Pérdida de valores	Desorganización	musculares y
Desesperanza	Desaparición	Despersonalización	ostearticulares.
Desmotivación	expectativa.	Evitación de decisiones	Insomnio
Falta de	Modificación de	Evitación de responsabilidades	Nauseas
tolerancia	autoconcepto	Llanto inespecífico	Pérdida de peso
Frustración	Desorientación	Relaciones interpersonales frías	Úlceras
Hostilidad	cognitiva	y distantes.	Problemas
Indefensión	Perdida de la	Infra implicación	gastrointestinales.
Irritación	creatividad	Evitación de contactos.	Taquicardias
Impaciencia	Distracción	Conflictos interpersonales.	
	Cinismo	Malhumor familiar.	
	Criticismo	Aislamiento	
	generalizado	Formación de grupos críticos.	
		Evitación profesional	

Hay que resaltar que el origen de esta patología no es debido a un fallo en la estructura o en la funcionalidad psíquica del trabajador, sino que fundamentalmente es debido a unas condiciones determinadas en el entorno de trabajo. Entre dichas condiciones de trabajo podemos encontrar fuentes de estrés en dosis nocivas y a variables como carga de trabajo, falta de apoyo social, falta de formación para desempeñar las tareas, falta de equilibrio entre responsabilidades-recursos-autonomía, etc. Primordialmente cuando existen demandas emocionales importantes y de prestación de servicios humanos. [3, 13]

Las causas mencionadas anteriormente, son muchas de las condiciones que se pueden observar entre las actuales exigencias laborales en determinados puestos de trabajo, sobre todo en profesionales que trabajan en contacto directo con personas, lo que supone una mayor exigencia emocional. [3, 13]

Dichas condiciones laborales están haciendo que se incremente la prevalencia de SQT, hecho que se han evidenciado en numerosas investigaciones en las cuales se ponen de manifiesto que el denominado Síndrome de Burnout afecta especialmente al personal sanitario, concretamente al personal de enfermería, llegando a concluir en algunos de ellos que en casi en la mitad de los trabajadores de enfermería presentan cansancio emocional [8, 10, 11, 17, 18] Puede ser debido a que las exigencias emocionales en este puesto de trabajo como agente proveedor directo de los cuidados, que de por sí ya son inmensas, se ven intensificadas por la sobrecarga asistencial, las urgencias, los turnos rotatorios o guardias fuera de las horas normales del día, lo que con llevo unas implicaciones que trae consecuencias en la salud física y mental. [8, 17, 18]

Entre otros factores laborales que influyen en la aparición del síndrome de Burnout en el personal sanitario, podemos encontrar la sobrecarga laboral posiblemente debida a la masificación y a la fuerte presión asistencial para reducir las listas de espera, por la mala organización de los servicios sanitarias o por la falta de personal para reducir costes. [8, 17, 18]

De igual manera, influye en la aparición del síndrome de desgaste profesional sanitario la imparcialidad y el conflicto de valores. La imparcialidad en cuanto a la igualdad en el reparto de tareas y en cuanto a las evaluaciones y promociones del personal. En cuanto al conflicto de valores, en algunas ocasiones el personal sanitario se puede ver obligado a realizar actividades poco éticas, en desacuerdo con sus valores, pudiendo existir un desajuste entre las aspiraciones personales para su carrera profesional y los valores de la organización.

### **3. OBJETIVOS**

Por todo lo anteriormente expuesto, el objetivo general de este artículo será conocer la prevalencia del Síndrome de burnout en enfermería.

Los objetivos específicos serán:

- Determinar la relación del síndrome con variables sociodemográficas.
- Describir la bibliografía que ha investigado la prevalencia del Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería en España.

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1. Diseño:**

Para cumplir con el objetivo general se realizó un estudio observacional, retrospectivo transversal y analítico en personal de enfermería en relación con su desgaste profesional.

Además para alcanzar los objetivos específicos se realizó una revisión bibliográfica de trabajos que cumplieron con los criterios de inclusión pertinentes.

### **4.2. Estudio observacional-transversal.**

#### **4.2.1. Instrumento**

Para la recogida de datos se realizó una encuesta online mediante el programa google drive (Anexo I). La encuesta fue compartida por diferentes redes sociales (Facebook, twitter, whatsapp)

Dicha encuesta constaba de cuatro secciones:

1. Características sociodemográficas: edad, género, estado civil y número de hijos.
2. Características profesionales: tipo de contrato, horario laboral, antigüedad del puesto, absentismo laboral y duración de tal.
3. Otras características: horas semanales dedicadas al ocio, enfermedad crónica, toma de psicofármacos, expectativas del número de pacientes que atiende, valoración de su vida laboral, valoración global de su experiencia profesional, valoración de su grado de optimismo y valoración de su situación económica.
4. El Cuestionario para la evaluación del Síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT). Se eligió esta encuesta debido a que es una versión para profesionales de la salud adaptada a la idiosincrasia del contexto sociocultural. Está formado por 20 ítems que se subdividen en 4 subescalas que evalúan el deterioro cognitivo, deterioro emocional, deterioro actitudinal

y sentimiento de culpa. En diferentes estudios dichas subescalas han demostrado consistencia interna y validez concurrente con dimensiones similares de otros cuestionarios, sobre todo con las dimensiones de MBI. <sup>[26,</sup>

<sup>27]</sup>Se puntúa mediante una escala Likert de 5 grados de frecuencia: Nunca, Raramente (algunas veces al año), A veces (algunas veces al mes), Frecuentemente (algunas veces por semana), y Muy frecuentemente (todos los días). Los ítems se distribuyen en las siguientes escalas:

- Ilusion por el trabajo (It): evalúa el deseo de alcanzar las metas laborales. Se evalúa mediante 5 ítems formulados positivamente por lo que se trata de una escala inversa para la evaluación del SQT (ítems 1, 5, 10, 15 y 19). Por lo que bajas puntuaciones de dichos ítems refleja puntuaciones altas de SQT.
- Desgaste psíquico (Dp): valora la aparición de agotamiento emocional y físico como efecto del trato diario con personas que presentan o causan dificultades. Consta de 4 ítems también en escala inversa (ítems 8, 12, 17 y 18)
- Indolencia (In): mide la aparición de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los usuarios del centro de trabajo, y está formado por 6 ítems (ítems 2, 3, 6, 7, 11 y 14).
- Culpa: evalúa la presencia de sentimientos de culpa por el propio comportamiento y por las actitudes negativas hacia los compañeros de trabajo, y se compone de 5 ítems (4, 9, 13, 16 y 20). La puntuación en la escala de culpa contribuyen a distinguir dos perfiles diferentes de SQT: Perfil 1 que presenta altos niveles de culpa, y el Perfil 2 sin altos niveles. <sup>[26, 27]</sup>

#### **4.2.2. Muestra**

Los participantes del estudio ha sido el personal de enfermería de diferentes unidades y servicios. La participación fue de manera voluntaria, por lo que la selección de la muestra no es aleatoria.

La encuesta estuvo publicada del 07/04/2016 hasta 26/05/2016, en ese periodo se recogió un total de 68 encuestados. Pero se excluyeron unas 4 encuestas debido a la falta de cumplimentación de la totalidad de los ítems del cuestionario.

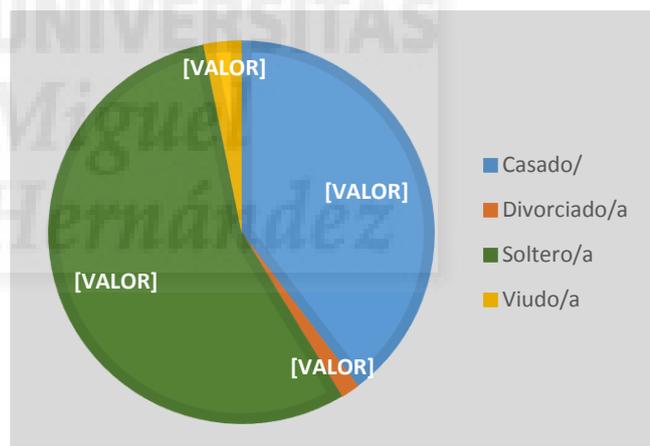
Ilustración 1. Distribución del género en la muestra.



La muestra estaba representado por 73.4% de mujeres y 26.6% de hombres (Ilustración 1). Tiene una edad media de 34,65 años  $\pm$  10.6 DE.

Respecto al estado civil: el 54.7% eran soltero/a, 39.1% casado/a, viudos eran el 3.1% y el 1.6% estaban divorciado. (Ilustración 2).

Ilustración 2. Distribución del estado civil.



La muestra presento una media de 0.61 hijos  $\pm$  1.02 DE, pero en la mayoría de los casos los hijos ya no convivían en la casa familiar.

En cuanto a las condicione profesionales:

- Presentaban contrato fijo el 46,9% y el resto, 53,1% contrato eventual.
- El 64.1% tenían turnos rotatorios, el 23,4% turno de mañana, tarde o noches fijas, 3,1% está contratado a turno partido y el 11% tienen otro tipo de contrato.
- La media de antigüedad en el puesto actual es de 3,73 años  $\pm$  6.14 DE.
- 54,7% de los encuestados piensan que el número de pacientes que atiende es excesivo, frente al 43,8% que la considera adecuado y el 1.5% insuficiente. (Ilustración 3)

Ilustración 2. Distribución de la opinión sobre el número de pacientes.



El 81.3% no presentó baja laboral en el último año, y en el caso de que se presentara baja laboral la duración de esta es de 4.48 días  $\pm$  13.59 DE

En su vida laboral el 14.1% se siente valorado por sus compañeros, el 26.6% se siente valorado por sus pacientes y el 18.8% se siente valorado por sus compañeros y sus superiores.

La mayoría valoró de manera satisfactorio su experiencia profesional

Entre las otras características preguntadas:

- Solo el 3.1% manifiesta enfermedades crónicas.
- El 20.3% de la muestra toma psicofármacos con puntualidad.
- Los encuestados suelen dedicar una media de 9.92 horas semanales ( $\pm$ 12.6DE) a actividades de ocio.

#### 4.2.3. Análisis de los datos

Las variables de los encuestados fueron recogidas de manera prospectiva e introducida en el programa Microsoft Excel para Windows.

El análisis de los resultados se efectuó con el paquete estadístico SPSS para Windows versión 22.0

#### 4.3. Búsqueda bibliográfica

Se realizó una búsqueda durante Marzo a Mayo del 2016 de estudios publicados, utilizando los siguientes descriptores de la biblioteca virtual de salud, descriptores en Ciencias de la

Salud (DeCs): burnout profesional, agotamiento profesional, desgaste profesional, enfermería y nursing. De las diferentes bases de datos, que se utilizaron para la búsqueda bibliográfica, las de mayor relevancia fueron: PSYKE, PROQUEST, CSIC, PSICODOC Y SCOPUS. Las búsquedas se realizaron con un límite de fecha de 5 años (estudios publicados entre 2011-2016), dicho límite se puso debido al interés por tener los artículos o investigaciones con mayor evidencia actualizada. Para la búsqueda se usaron las estrategias de búsqueda presente

Tabla 2. Estrategia de búsqueda según los Sistemas de búsqueda

BASES DE DATOS CONSULTADA	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	Nº DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS	Nº ARTÍCULOS RELEVANTES
PSYKE	(Desgaste profesional OR Burnout) AND (Enfermería OR Nursing)	10	5
PROQUEST	Burnout AND Nurse	240	16
CSIC	(Burnout O desgaste O quemado) Y enfermería	1	Excluido por muestra
	Burnout Y enfermería	7	5
PSICODOC	(Burnout OR desgaste) AND Enfermería	35	13
SCOPUS	Burnout síndrome AND nurse	109	28

en la Tabla 2.

Los estudios incluidos para su posterior revisión fueron estudios observacionales transversales o Revisiones Sistemáticas sobre el grupo profesional de enfermería en España en los siguientes idiomas: inglés, español o portugués; que contuvieran los descriptores nombrados anteriormente. Los estudios fueron seleccionados a partir del título y del resumen del mismo, se excluyeron aquellos que incluían en la muestras estudiantes de enfermería o enfermeros trabajando fuera de España, debido a que la dinámica de trabajo de enfermería difiere entre los países, también se excluyeron aquellos estudios que investigaban sólo uno de los apartados del desgaste profesional (etiología, factores de riesgos, sistema de evaluación, medidas preventivas...), y se obtuvieron a texto completo para realizar analizarlos detenidamente. Para la síntesis de las fuentes se llevó a cabo una revisión integradora de la investigación para identificar, analizar y sintetizar los hallazgos procedentes de estudios independientes a fin de determinar el conocimiento actual.

Cada uno de los artículos seleccionados fue valorado para determinar su calidad y su relación con los objetivos planteados. Y se procedió a un análisis profundo de los artículos se compararon sus propósitos, métodos, resultados y hallazgos.

## 5. RESULTADOS.

El estudio ha consistido en un análisis observacional transversal sobre un total de 68 encuestados, de los cuales se excluyeron cuatro debido a que las encuestas estaban incompletas

Para realizar la medición del SQT con el CESQT se han seguido las recomendaciones las recomendaciones de Pedro Gil-Monte. <sup>[27]</sup> Considerándose que las puntuaciones que se encuentren por debajo del percentil 33 presentan niveles bajos de SQT, del percentil 33 al percentil 66 se encontrarían en niveles medios, del percentil 66 al percentil 90 representarían niveles altos y a partir del percentil 90 es donde las personas empiezan a manifestar problemas al afrontar las exigencias laborales. La relación entre la puntuación y los percentiles podemos observarla en la Tabla 3.

Para la interpretación del cuestionario ha sido necesaria la interpretación de los valores de cada uno de los ítems que conforman las cuatro subescalas de manera individual y en conjunto, de forma que se descubrieran la relación entre ellas. Dicha relación se puede observar en el Anexo II. Puntuación media de cada ítem y en el Anexo III. Interpretación de los valores de las subescalas del CESQT.

**Tabla 3. Relación entre la puntuación y los percentiles del CESQT.**

Percentiles	P10	P33	P66	P90
Ilusion por el trabajo	2.00	2.80	3.60	4.00
Desgaste psíquico	0.25	1.00	2.00	2.75
Indolencia	0.17	0.50	1.17	1.83
Culpa	0.00	0.60	1.00	1.80
CESQT	0.36	0.78	1.30	1.92

La muestra presentaba una puntuación baja de  $2.19 \pm 1.13$  DE en ilusión por el trabajo, como ya hemos comentado los ítems de esta subescala están formulados positivamente por lo que se trata de una escala inversa para la evaluación del SQT, por ello al presentar bajas puntuaciones deberíamos encontrar altas puntuaciones de SQT. El bajo nivel de ilusión por el trabajo puede estar afectando al desarrollo de las tareas debido a que el trabajador mostrara menos implicación y entrega.

En la subescala de Indolencia la puntuación es de  $1.34 \pm 0.95$  DE, dicha puntuación se clasifica como nivel alto por lo que es muy probable que los profesionales de enfermería manifiesten algún deterioro en el trato con el cliente.

En el desgaste psíquico se evidencia un nivel medio, puntuación de  $1.26 \pm 0.80$  DE, por ello es posible que la muestra presente cierto agotamiento emocional y físico a la hora de realizar sus tareas en la jornada laboral.

La puntuación media de la CESQT en la muestra fue de  $1.4 \pm 0.15$  DE, por lo que podemos concluir que los profesionales de enfermería presentan un nivel alto de Síndrome de Burnout (77,4%), dado que la puntuación se encuentra por encima del P60. Debido a que la puntuación no supera el P90 es probable que las manifestaciones del SQT no sean de tal severidad como para detectarlas pero puede estar afectando a la calidad del trabajo realizado.

### **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y NIVELES DE SQT**

Antes de comenzar el análisis de los datos se dividió las edades en 4 intervalos: a) 22 a <32 años, b)  $\geq 32$  a <42 años, c)  $\geq 42$  a <52 años, d)  $\geq 52$  años a <62 años, se ha demostrado que hay una correlación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre las variables edad y el síndrome de Burnout. La relación entre las variables es inversamente proporcional, observándose en el grupo de 22 a 32 años el mayor porcentaje respecto al total de nivel de alto de SQT (30.6%) (Ilustración 4). Esto puede ser debido a que cuanto más edad más experiencia profesional tiene el personal, desarrollando de esta manera diversas estrategias de afrontamiento ante las exigencias laborales presentes, pero hemos de tener en cuenta que es el grupo más número de la muestra. Por ello, a pesar de que el grupo de edad entre 52 y 62 años representen sólo el 8.30% del nivel alto del SQT, el 100% dentro de este rango presenta un nivel alto de SQT (Ilustración 5).

*Ilustración 3. Relación nivel SQT y edad respecto al total*

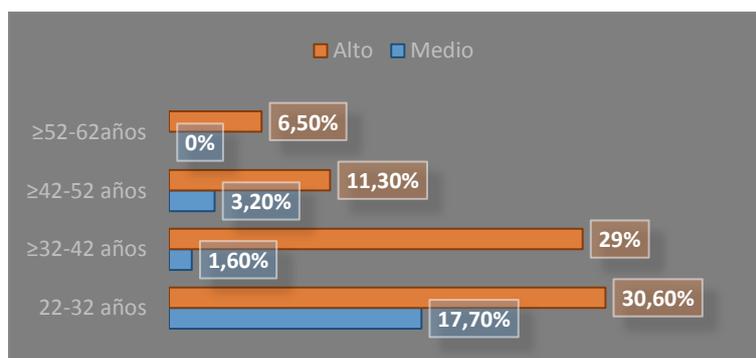
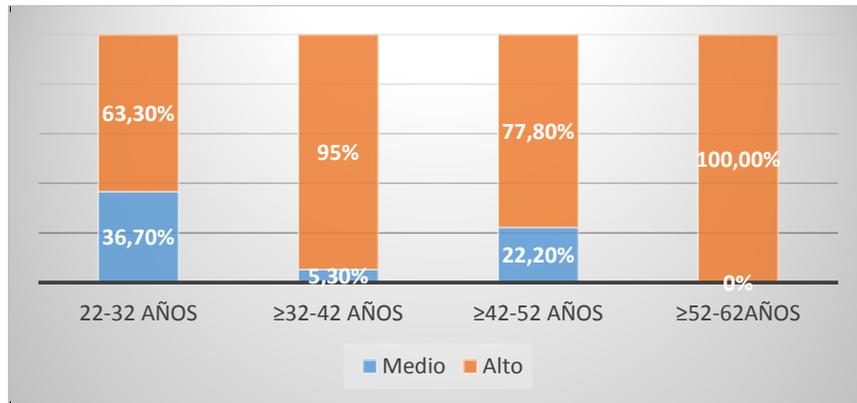


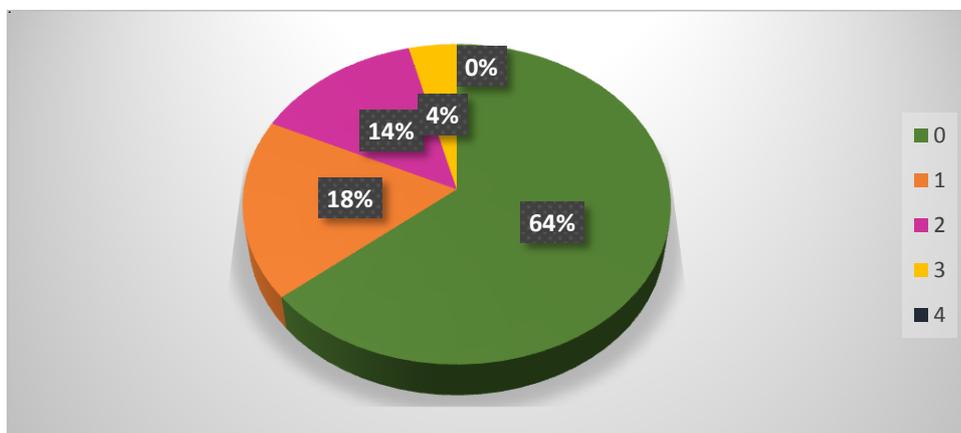
Ilustración 4. Relación nivel SQT y muestra del intervalo de edad.



Las variables números de hijos y el nivel de SQT han demostrado tener una relación significativa ( $p < 0,03$ ) inversamente proporcional, dándose mayor nivel de SQT en los enfermeros que no tienen hijos que en los que sí tienen, debido a que las personas con hijos parecen desarrollar una personalidad resistente. (Ilustración 6) La “personalidad resistente” consiste en un estilo de conducto de afrontamiento frente al estrés. El término fue acuñado por Kobasa y está formado por tres constructos: <sup>[20, 25]</sup>

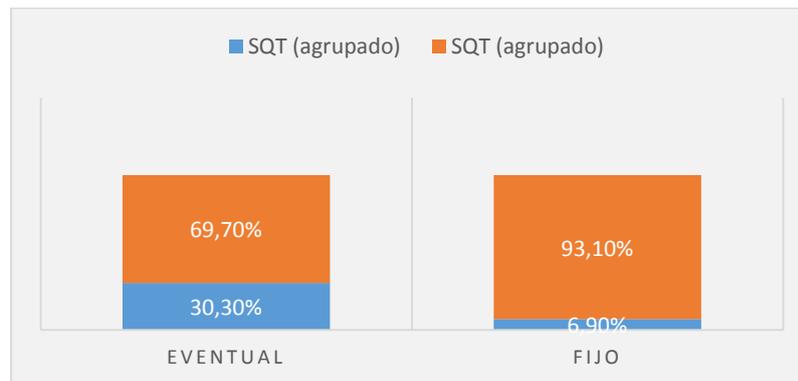
- 1) Compromiso: es el grado de implicación personal en las diferentes actividades.
- 2) Control: se relaciona grado de convicción que tiene el sujeto de poder intervenir en el curso de los acontecimientos.
- 3) Reto: es el constructo mediante el cual los estímulos estresores son percibidos como oportunidad para el desarrollo personal, y no como una amenaza a la propia seguridad.

Ilustración 5. Porcentaje de nivel alto de SQT según el número de hijos



Se evidencia que el tipo de contrato tiene una relación significativa con el nivel de SQT ( $p < 0.03$ ), teniendo un mayor porcentaje de alto nivel de SQT en los trabajadores con contrato fijo que el personal contratado eventualmente, a pesar de que uno de los factores de riesgo es la incertidumbre de la actividad laboral. (Ilustración 7)

Ilustración 6. Relación del tipo de contrato y nivel de SQT

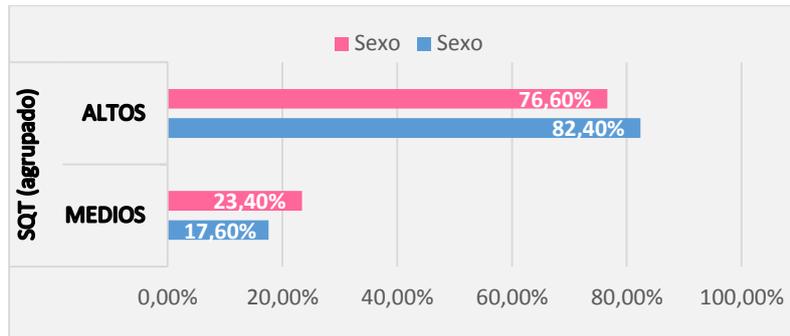


Tras el análisis de los datos, se puede afirmar que no existe correlación estadísticamente significativa entre tipo de turno y el nivel de SQT ( $p > 0,1$ ). De igual manera tampoco se evidencia relación significativa entre la opinión de la cantidad de paciente que atiende (adecuado, excesivo e insuficiente) y el nivel de SQT ( $p > 0,06$ ).

Otra variable que no han demostrado una relación significativa con el nivel de SQT es el estado civil ( $p > 0.05$ ), presentándose mayor porcentaje de nivel alto de SQT en los casados y los solteros.

A pesar que los datos revelan que la correlación entre género y nivel de SQT no es significativa ( $p > 0.6$ ), al dividir en géneros el 82,40% de los hombres presentaban niveles altos de SQT frente al 76,60% del total de las mujeres (Ilustración 8). Los anteriores datos se contradicen con numeroso estudio, puesto que exponen que el hecho de ser mujer es un factor predisponente a sufrir SQT.

Ilustración 7. Relación entre género y nivel SQT.



## **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DIMENSIONES CESQT.**

### *1. Ilusión por el trabajo.*

- No se ha evidenciado relación significativa ( $p > 0.1$ ) con la edad, pero los grupos de 22-32 años y 42-52 años muestran niveles altos de ilusión por el trabajo. El grupo que representa el menor nivel es en el rango de 32-42 años.
- Se evidencia relación positiva con el número de hijos ( $p < 0.05$ ), a mayor número de hijos mayor nivel de IT se presenta.
- Se refleja una relación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) con el género, presentando niveles de mayor riesgo en el género femenino. (Ilustración 9 y 10)

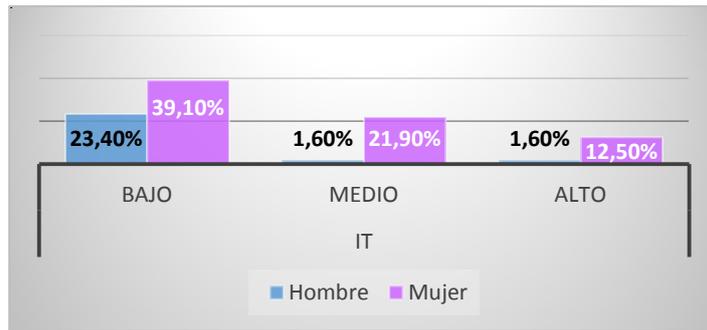
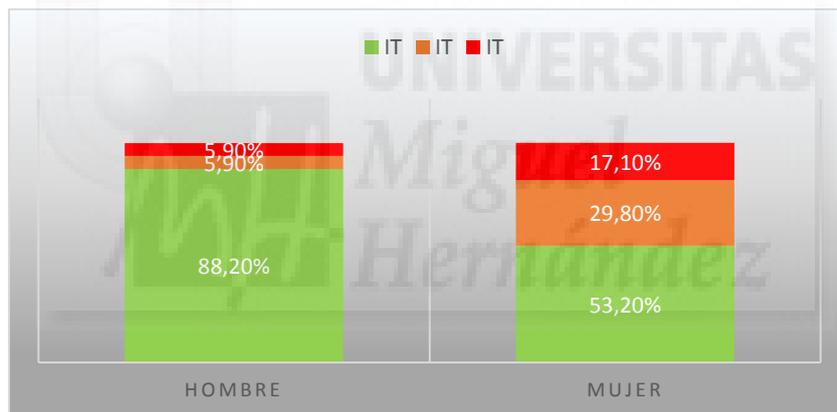


Ilustración 8. Distribución de la muestra según nivel de IT y género.

Hemos de recordar que la ilusión por el trabajo es un subescala una escala inversa para la evaluación del CESQT, por este motivo es posible que en dicho estudio se relacione el hecho de ser mujer como factor protector a sufrir SQT.

Ilustración 9. Porcentajes de los niveles de IT según el género.



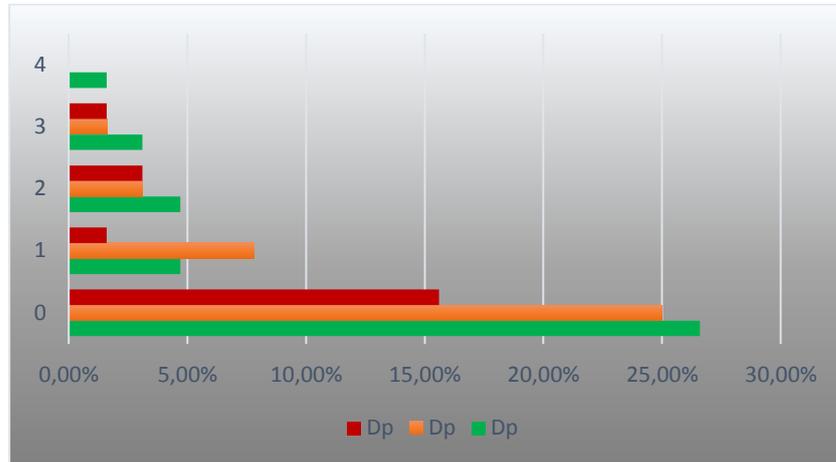
- No se ha demostrado una relación significativa con la opinión de pacientes asignados ( $p > 0.5$ ); presentándose un nivel bajo de ilusión en el trabajo en todos los grupos, entre los que piensas que el número de paciente es adecuado, excesivo e inadecuado.

## 2. Desgaste psíquico.

- No hay correlación significativa ( $p > 0.05$ ) con la edad. A pesar de ello el rango que presenta mayor porcentaje de nivel alto de desgastes psíquico es el de 22-32 años. Este hecho puede relacionarse, como ya hemos comentado, que con el paso de los años las personas van perfeccionando sus estilos de afrontamiento al estrés y desarrollan un estilo de personalidad resistente.

- Entre el número de hijos y el desgaste psíquico hay una relación no estadísticamente significativa ( $p > 0.9$ ), pero se demuestra una relación negativa con el número de hijos. (Ilustración 11)

Ilustración 10. Relación entre nº hijos y nivel de Dp



- No se demuestre una relación significativa ( $p > 0.9$ ) con los géneros. Ambos grupos presentan los porcentajes más altos en los niveles bajo y medio, mujer (77,7%) y hombres (76,5%).
- No hay relación significativa ( $p > 0,6$ ) con lo opinión del número de pacientes. A pesar de presentarse mayor porcentaje de nivel altos entre los que opinan que le número de pacientes es excesivo. Este suceso es razonable debido a que cuando tienes la sensación de que las exigencias cuantitativas laborales exceden tus recursos aumenta el estrés y la ansiedad, consiguiendo a largo plazo un desgaste (Ilustración 12).

Ilustración 11. Distribución muestral según nivel Dp y opinión del nº de pacientes.



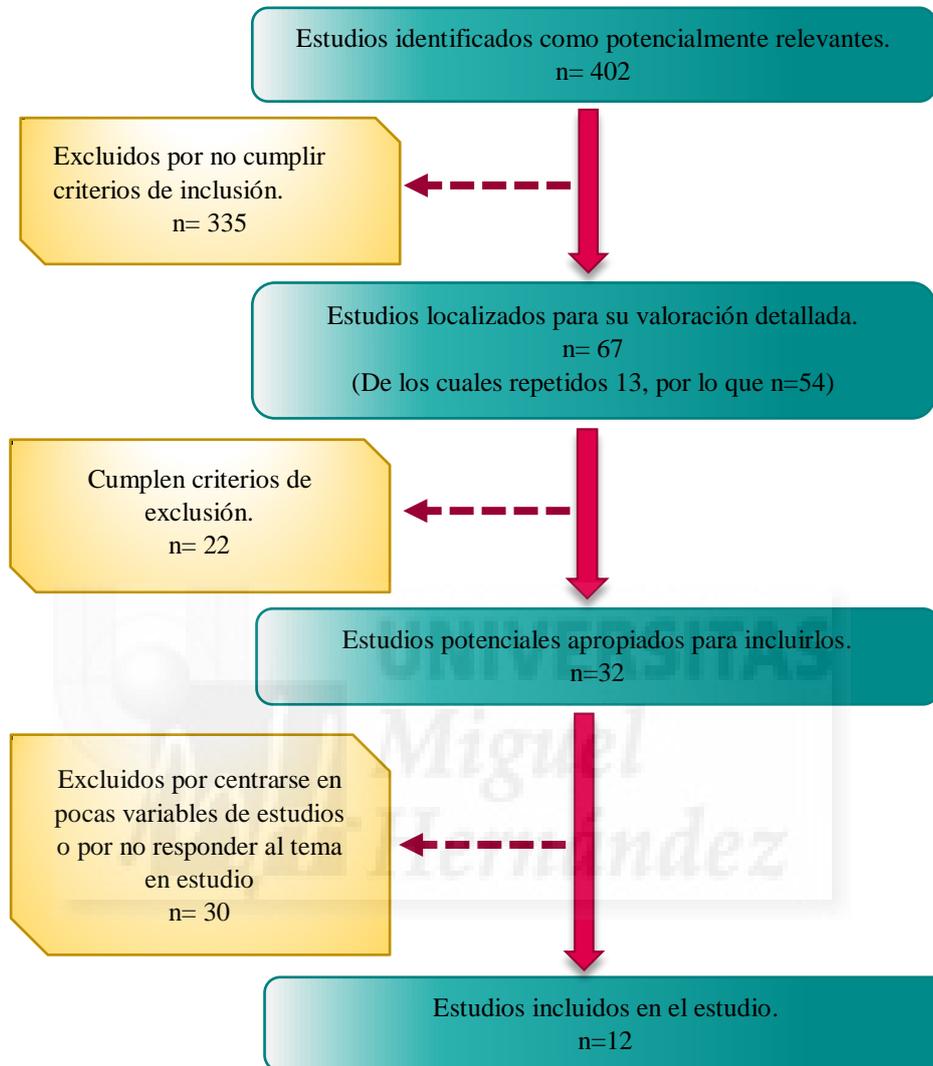
### 3. Indolencia.

- No se evidencia relación significativa ( $p>0.5$ ) entre la edad y la indolencia. Pero los niveles altos de indolencia se encontraron en los rangos 32-42 años (12.9%) y 22-32 años (11.3%).
- No hay una relación significativa ( $p>0,1$ ) entre el número de hijos y la indolencias, a pesar de que se evidencia una relación negativa entre el número de hijos y la indolencia.
- No se evidencia relación significativa ( $p>0.3$ ) con el género. Entre las mujeres se presentan mayor porcentaje en el nivel medio de In (29.4%) y los hombres presentan mayor porcentaje en los niveles altos (47,7%).
- La opinión sobre el número de pacientes no muestra una relación significativa ( $p>0.5$ ). pero los mayores porcentajes de nivel alto de indolencia se presenta entre las que opinan que el número de pacientes es adecuado (35,7%) o excesivo (25,7%).

### **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

En cuanto a la revisión bibliográfica se encontraron un total de 402 artículos sobre el SQT en los profesionales de enfermería, de ellos 67 cumplían los criterios de inclusión pero se repetían 13, quedándonos con una muestra de 54 artículos (Ilustración 13. Diagrama de estudios excluidos e incluidos en el estudio). Se excluyeron un total de 22 artículos debido a que la muestra eran enfermeros que no estaban trabajando en España. Por lo tanto se analizaran detalladamente unos 32 artículos, de ellos volvieron a excluir 16 artículos debido a que se centraban en pocas variables de estudio. Por último, se eliminaron 14 artículos debido a que los datos de ellos no respondían al tema en estudio. Por lo que se analizó 12 estudios, de los cuales uno es un estudio causiexperimental <sup>[8]</sup>, siete son estudios observacionales transversales <sup>[4, 11, 13, 18, 28, 29, 30]</sup> y los cuatro restantes son revisiones sistemáticas. <sup>[9, 10, 25, 31]</sup>

Ilustración 12. Diagrama de estudios excluidos e incluidos en el estudio.



El análisis de los estudios incluidos, sus resultados y conclusiones, se pueden visualizar en el Anexo IV.

Como se puede observar en la mayoría de los estudios incluidos la encuesta seleccionada para valorar el nivel de SQT fue el Maslach Burnout Inventory (MBI). El MBI se publicó en 1981 por Maslach y Jackson, estableciendo con él los criterios de evaluación y se extendió como instrumento de medida estandarizado. La encuesta se divide en tres subescalas: cansancio emocional, despersonalización y realización personal, con resultados bajo-medio-alto. Además, con esta escala se pueden analizar los resultados en relación con la profesión

del sujeto, es decir que hay puntuaciones de cortes para distintos grupos: profesores, asistentes sociales, médicos, profesionales de salud mental y otros. <sup>[6, 12, 20]</sup>

La severidad del problema se clasifica en equivalencia de percentiles: P 75 Burnout alto, P50 Burnout medio y P25 Burnout bajo. Estas puntuaciones han sido estudiadas en diferentes muestras y se ha concluido que los niveles de Burnout son diferentes según la muestra, por lo que no queda claro el límite entre lo normal y lo patológico. <sup>[6, 20]</sup>

Se publicó una nueva versión del MBI, en la que se acepta que el Burnout existe fuera del ámbito de los servicios humanos. Como resultado, se ha generado una nueva versión del MBI, llamado MBI-General Survey. El MBI-Gs consta de 16 ítems y recaban más información sobre los sentimientos generados en el trabajo. <sup>[6, 12, 20]</sup>

No obstante, a pesar de ser la escala estandarizada, existen otras medidas de evaluación del Burnout, por ejemplo Burnout measure (Pines y aronso) o el Cuestionario para la evaluación del Síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT). <sup>[6, 20]</sup>

El Burnout Measure se diseñó como instrumento de medida del Tedium. Consta de 21 ítems escritos en términos generales por lo que puede aplicarse a cualquier grupo ocupacional. El BM se divide en tres subescalas, con formato tipo Likert de 7 puntos con rango de “Nunca” a “Siempre”. Las dimensiones que los autores conceptualizaron son: <sup>[4, 8, 10, 11, 17, 28]</sup>

- Agotamiento Físico: caracterizado por fatiga, agotamiento físico, sensación de destrucción y abatimiento.
- Agotamiento emocional: sensación de depresión, agotamiento emocional y burnout.
- Agotamiento mental: formado por sensaciones de infelicidad, inutilidad y rechazo, falta de ilusión y resentimiento hacia las personas.

De los anteriores estudios también se extrajeron datos relacionados con el síndrome de Burnout y enfermería, como son los factores de riesgo para el desarrollo del Burnout, las etapas de desarrollo y las medidas preventivas que se pueden llevar acabo.

### **5.1. Factores de riesgo para el desarrollo del burnout.**

Dichos factores de riesgos los podemos clasificar en individuales, sociales y organizacionales.

Las variables individuales que hacen más susceptibles a los profesionales de enfermería son los siguientes: [6, 9, 20, 25]

- Alto entusiasmo inicial e implicación.
- Baja autoestima.
- Empleado joven.
- El no tener hijos
- Locus del control externo.
- Personalidad altruista, idealista y perfeccionista.
- Ser mujer.
- El tipo de “estilo de conductas de afrontamiento frente al estrés”. Entre los distintos estilos los que han demostrado mejor afrontamiento al estrés crónico laboral son:
  - La “personalidad resistente”
  - El “sentido de coherencia”, este estilo destaca por la conducta activa y acciones adaptativas y positivas frente a los factores estresores.

En cuanto las variables sociales, a la que se le da más importancia son a la falta de apoyo social, ya que esta rebaja o elimina los estímulos estresantes, modificando la percepción e influyendo en las estrategias de afrontamiento, a la vez que mejora el estado de ánimo, la motivación y la autoestima personal. Pero entre estas variables también encontramos los conflictos interpersonales que se relacionan con agotamiento emocional, despersonalización e infravaloración de los logros personales. [6, 9, 20, 25]

Pero las variables más importantes y las que más influyen a la hora de desarrollar el SQT son las variables organizacionales, entre las que encontramos: [6, 9, 20, 25]

- Exigencias laborales cuantitativas (carga laboral) y cualitativas (tipo y contenido de las tareas).
- Las tareas fragmentadas y repetitivas, las cuales se han relacionado con insatisfacción, ansiedad y problemas somáticos.
- Exceso de responsabilidad.

- Calidad y adecuación de los horarios y turnos de trabajo. Se han correlacionan significativamente con fatiga y disminución de la concentración, sobre todo con las altas rotaciones, trabajos nocturnos, largas jornadas o horas extras.
  - Estilo de dirección inadecuados: estructuras muy jerarquizadas y rígidas, exceso de burocracia y falta de autonomía.
  - Falta de formación de los trabajadores
  - La calidad de trabajo.
  - La falta comunicación e información se relaciona con agotamiento emocional.
- [6, 9, 20, 25]

## **5.2. Etapas de desarrollo del Síndrome y Principales modelos explicativos.**

Dentro del proceso de Burnout, se pueden describir distintas fases de transición de carácter cíclico, pudiendo destacar cinco fases en el desarrollo del síndrome: <sup>[3]</sup>

1. *Fase inicial de entusiasmo*: se experimenta ante el nuevo puesto de trabajo con gran energía y con expectativas positivas.
2. *Fase de estancamiento*: al no cumplirse las expectativas profesionales se empiezan a valorar las contraprestaciones, percibiendo que el esfuerzo demandado y la recompensa no es equilibrada, por lo que el profesional es incapaz de dar respuesta eficaz.
3. *Fase de frustración*. Se caracteriza por la desilusión del trabajador en sus tareas, por lo que permanece irritado y provoca conflictos en el grupo de trabajo.
4. *Fase de apatía*: suceden una serie de cambios actitudinales y conductuales que desembocan en un afrontamiento defensivo, en el cual se observa la tendencia a tratar a los clientes de forma distanciada y mecánica.
5. *Fase de quemado*: esta fase se caracteriza por el colapso emocional y cognitivo, que pueden tener importantes consecuencia para la salud.

A lo largo de los años han surgido diversos modelos explicativos del Burnout con el fin de materializar las variables y componentes psicológicos. Los más referentes son los siguientes:

[12, 16, 20, 32]

1. Teoría sociocognitiva del yo: se basa en las ideas de Albert Bandura para explicar la etiología del SQT. Se caracteriza por otorgar las variables autoeficacia, autoconfianza y autoconcepto al Self. Considera que las cogniciones individuales influyen en la percepción y actuación, y a la vez estas actuaciones se ven modificados por los efectos de sus acciones y por la observación de los demás y las creencias del sujeto; todo ello determinará el empeño y facilidad para conseguir los objetivos, y determinadas reacciones emocionales pueden surgir como factores barrera dificultando la consecución de los objetivos, disminuyendo la autoeficacia y terminando originando síndrome de burnout. <sup>[12, 16, 20, 32]</sup> Dentro de esta teoría existen diferentes modelos:

a. Modelo de competencia social de Harrison: en ella se le da gran importancia a la influencia de la autoeficacia para el desarrollo del síndrome.

b. Modelo de Chernis: entiende el Burnout como el resultado del proceso de adaptación entre el sujeto y un trabajo estresante, en el cual el principal precursor es la pérdida de compromiso y la variable relevante es la autoeficacia. Para Chernis el proceso de Síndrome Burnout consta de varias fases evolutivas:

- Estrés: desequilibrio entre demandas del trabajo y recursos de los que dispone el individuo.
- Entusiasmo: gran energía y con expectativas positivas.
- Estancamiento: surge al no cumplirse las expectativas profesionales.
- Agotamiento: se produce una respuesta emocional (preocupación, tensión, ansiedad, fatiga) ante dicho desequilibrio
- Afrontamiento defensivo: cambios en la conducta y la actitud del trabajador, caracterizado por un trato impersonal, frío y cínico a los clientes.
- Apatía: cambios de actitud y conducta.

- Colapso emocional y cognitivo

- c. Modelo de Pines: asume la autoeficacia como variable relevante para el desarrollo del síndrome. <sup>[29, 30]</sup>
  - d. Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper: es el único modelo que le da mayor relevancia a la variable autoconfianza profesional
2. Teorías del intercambio social: proponen que la etiología es debida por las percepciones de falta de equidad o de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen las relaciones interpersonales. Por lo que se desarrollan SQT cuando se percibe que aporta más de lo que reciben a cambio por su esfuerzo. Los modelos más destacados <sup>[29, 30]</sup>
- a. Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli: que sigue los principios de la teoría de la equidad.
  - b. Modelo de conservación de recursos de Hoboll y Fredy.
3. Teoría Organizacional: dichas teorías ponen énfasis en la importancia de los estresores del contexto de la institución y de las estrategias de afrontamiento empleadas. <sup>[12, 16, 20, 32]</sup>
- a. Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter: destacan el proceso del rol, la importancia de la sobrecarga y la pobreza del rol para desarrollar el síndrome.
  - b. Modelo de Cox, Kuk y Leiter: para ellos el Burnout es debido a un desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales. Describen las siguientes fases para el desarrollo del SQT:
    - Cansancio emocional.
    - Despersonalización como estrategia de afrontamiento.
    - Realización personal, que es el resultado de ineficacia al afrontar los diferentes estresores laborales.

- c. Modelo de Winnubst: enfatiza la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional.
- d. Modelo de Edelwich y Brodsky: resalta la necesidad de analizar las repercusiones que el burnout tiene sobre la organización y sobre el rendimiento laboral; ya que el Burnout comporta un deterioro en la calidad del servicio y del funcionamiento de la organización. Las cuatro etapas progresivas de este modelo son: <sup>[12, 16, 20, 32]</sup>
  - 1. El trabajador se encuentra entusiasmado ante el nuevo puesto de trabajo acompañado de altas expectativas.
  - 2. Se produce un estancamiento, como consecuencia del incumplimiento de las expectativas.
  - 3. Empieza a manifestarse la sintomatología del Bunout, entre ellos la frustración.
  - 4. Aparecen sentimientos de apatía que implica desprecio, frialdad emocional y distanciamiento.

### **5.3. Prevención y Tratamiento**

Actualmente, las estrategias y técnicas de intervención frente al Burnout se basan en diversos métodos y conocimientos para afrontar y manejar el estrés. <sup>[27, 33, 34]</sup>

Pine proponen unos pasos para prevenir los factores de riesgo: en primer lugar se deberá identificar el Burnout, seguidamente se prevendrán mediante información y afrontamiento para reducir o invertir el proceso que conduce al desarrollo del Síndrome y, finalmente, aplicar tratamiento a los trabajadores diagnosticados. <sup>[6, 20]</sup>

Es necesario que las técnicas engloben distintos componentes de forma complementaria e integra:

- a) Estrategias orientadas a nivel individual, teniendo en cuenta los aspectos físicos, emocionales y conductuales. Estas estrategias se centran en la adquisición y mejora de las formas de afrontamiento. <sup>[6, 20]</sup>

Existen dos tipos de programas de intervención:

1. Programas dirigidos a las estrategias instrumentales, centrados en la solución de problemas:
  - Entrenamiento en la adquisición de habilidades de solución de problemas.
  - Entrenamiento de la asertividad.
  - Organización y manejo del tiempo.
  - Optimización de la comunicación.
  - Relaciones sociales.
  - Estilo de vida.
  
2. Programas dirigidos a estrategias paliativas para adquirir y desarrollar habilidades para el manejo de las emociones asociadas: <sup>[6, 20]</sup>
  - Relajación.
  - Expresión de la ira.
  - Hostilidad y manejo de los sentimientos de culpa.

Ramos y Manas Seri & cols. Complementan las técnicas de intervención y programas de prevención y tratamiento individual con: <sup>[6, 20]</sup>

1. Ejercicio físico, por su efecto tranquilizante y ansiolítico.
2. Técnicas de relajación.
3. Biofeedback, técnicas de entrenamiento para el autocontrol voluntario de ciertas funciones corporales con el fin de reducir la tensión y los síntomas somáticos relacionados con el estrés.
4. Técnicas cognitivas, para que el sujeto reevalúe y reestructure las situaciones estresantes o problemáticas de manera que pueda afrontarlas con mayor eficacia, controlando su reacción frente a los factores estresantes.
5. Inoculación del estrés, prepara a la persona, mediante un ejercicio simulado y progresivo, para soportar las situaciones de estrés.
6. Desensibilización sistemática, para superar la ansiedad ante situaciones concretas por medio de una aproximación gradual al estímulo hasta que se elimine la ansiedad.

- b) Estrategias orientadas a nivel social: estas estrategias le dan gran importancia al apoyo social, la comprensión del entorno y las estrategias relacionadas con el sujeto. [6, 20, 34]
- c) Estrategias orientadas a nivel organizacional: con ellas se pretende entrenar a los trabajadores en acciones de desarrollo y cambio organizacional: [6, 9, 20, 35]
1. Incrementar la autonomía del trabajo, pasando la responsabilidad y el control sobre el trabajo del supervisor a los propios trabajadores, creando una estructura horizontal.
  2. Planificar un horario flexible por parte del trabajador; se debería dar más oportunidades en elección de los turnos.
  3. Fomentar la participación de los trabajadores en la toma de decisiones.
  4. Mejorar los niveles de calidad del ambiente físico de trabajo.
  5. Enriquecer los trabajos, incorporando en ellos autonomía, retroalimentación, variedad de habilidades, identidad de la tarea y significado de la misma.
  6. Asignación de tareas de grupo, así como la organización y control del propio trabajo y en su conjunto, proporcionando retroalimentación adecuada de su ejecución.
  7. Limitar el número de horas de trabajo, así como el número de pacientes que atender.
  8. Plantearse los objetivos a conseguir en el equipo de trabajo de manera clara.
  9. Autogobierno con decisiones descentralizadas que confiere una sensación de control sobre el entorno, favorece la creatividad, la innovación y la satisfacción laboral.
  10. Apoyo a la educación: disponer de incentivos y oportunidades para la formación continuada y el desarrollo de la investigación.

Existen varios modelos de estrategias de intervención, entre ellos podemos destacar el propuesto por Ramos, el cual consta de: [6, 9, 20, 33]

1. Modificar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales (entrenamiento de técnicas de afrontamiento, orientadas a la tarea/solución de problemas)
2. Desarrollar estrategias cognitivo-conductuales que eliminen o neutralicen las consecuencias del Burnout.
3. Desarrollar habilidades de comunicación interpersonal, habilidades sociales y asertividad.
4. Fortalecer las redes de apoyo social.
5. Disminuir y, si es posible, eliminar los estresores organizacionales.

Cancio López y García Llana <sup>[8]</sup> proponen unas pautas para el tratamiento del desgaste profesional:

1. Herramientas de trabajo a nivel individual: técnicas de autorregulación de emociones, cogniciones, reacciones fisiológicas, conductas y valores.
2. Herramientas de trabajo a nivel interpersonal: formación en counselling.
3. Herramientas de trabajo a nivel organizacional: promoción de trabajo en equipo.

## **6. DISCUSIÓN.**

A pesar de que las mayorías de los estudios encontrados utilizaron el MBI, se decidió utilizar el CESQT, porque en diferentes estudios ha demostrado su validez factorial y su consistencia interna y con ítems de escalas que evalúen el SQT. <sup>[27]</sup> Además dicha escala fue elaborado para medir el SQT entre profesionales sanitarios adaptándola a la idiosincrasia sociocultural, por ese motivo fue la escala seleccionada.

Nuestra muestra de estudio estaba representado por un mayor porcentaje de mujeres, al igual de la mayoría de los estudios analizados <sup>[4, 8, 11, 13, 18, 28, 29, 30]</sup>. Esto puede ser debido a que la enfermería siempre ha estado relacionado con el género femenino.

Los resultados del estudio nos evidencian un nivel alto de SQT en los profesionales de enfermería. Además se presenta niveles bajos de ilusión por el trabajo, lo que se podría traducir en que ha cierto desinterés por el trabajo, un nivel alto para la indolencia y un nivel medio para el desgaste emocional.

Los anteriores resultados son comparables con muchos de los estudios analizados. Pues Vázquez J. et al. <sup>[8]</sup> también expresan que en los profesionales de enfermería se evidencia

bajos niveles de realización personal, categoría que se puede comparar con la ilusión por el trabajo.

El presente estudio nos evidencia que las variables edad, número de hijos y tipo de contrato influyen de manera significativa en el nivel de SQT. Pero no se demuestra una relación significativa con el género, sin embargo hay estudio que declaran que el hecho de ser mujer se relacionada con niveles altos de SQT. <sup>[9, 10, 18, 29]</sup>

Nuestro análisis tampoco evidencia una relación significativa entre nivel de SQT y la antigüedad en el puesto. Este suceso también se ve reflejado en el estudio realizado por Vargas C. et al <sup>[9]</sup>, sin embargo Amutio A, et al <sup>[18]</sup> expresan una relación directa entre los años de antigüedad y el nivel del SQT.

Otra de las variables que no demuestra relación significativa con el nivel de SQT en el presente estudio es el estado civil, a pesar de que numerosos estudios expresan que los casados expresan mayor agotamiento emocional y los solteros presentan mayor tendencia a la despersonalización. <sup>[23]</sup>

## **7. CONCLUSIONES.**

El estudio ha presentado algunas limitaciones, debido a que la muestra no fue elegida aleatoriamente, sino que las encuestas eran realizadas de forma voluntaria, cometándose un sesgo a la hora de la selección de la muestra.

También se tiene que tener en cuenta un posible sesgo del observador, pues la encuesta utiliza ítems que valoran el trato del encuestado para con el paciente y éste podría haber respondido según lo que fuera más aceptable socialmente al sentir que podría estar siendo juzgada su profesionalidad.

A pesar de las limitaciones anteriores, podemos concluir, según los resultados, que el personal de enfermería presenta un alto nivel de SQT asociado a niveles bajos de ilusión por el trabajo, nivel alto para la indolencia y nivel medio para el desgaste emocional.

Estos aspectos que caracterizan al SQT del grupo estudiado, se han visto relacionados con las siguientes variables: edad, número de hijos, tipo de contrato y antigüedad.

La relación del SQT con la mayor edad del enfermero/a y con el mayor número de hijos viene dado porque estas personas mejoran su capacidad de resistencia al adquirir y desarrollar con la edad y la crianza las distintas técnicas de afrontamiento.

También se ha evidenciado que los contratos fijos y la mayor antigüedad aumentan el riesgo de padecer SQT, esto se explica porque a medida que existe posibilidad de cronificarse la situación de estrés mayor es la posibilidad de intensificación de los síntomas del SQT.

Tras el estudio bibliográfico realizado, podemos concluir que los niveles de SQT tienen una mayor e importante relación con las circunstancias organizacionales derivadas de la crisis económica en la última década. En estos últimos años, los recortes económicos, afectando a los recursos humanos, ha aumentado la tasa de pacientes por enfermera, aumentado las exigencias laborales de las mismas. Ello ha derivado en un estrés crónico laboral con desmotivación emocional y cognitiva y desinterés por un trabajo que hasta entonces era importante y satisfactorio para el individuo.

Vistos los resultados, nos planteamos ampliar este estudio extendiéndolo a otras unidades donde trabaja enfermería para conocer la situación real del Síndrome de Burnout dentro del colectivo y en las distintas las unidades de trabajo. Así como desarrollar un estudio longitudinal en vez de transversal.

## **8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Ley 31/1995, de 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del estado, nº 269, (10/11/1995)
2. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. Boletín Oficial del Estado, nº 27 (31/01/1997)
3. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o Burnout I: definición y proceso de generación; 2005 [en internet]; 5, [Citado en Mayo de 2016]. Disponible en: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp\\_704.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf).
4. Aldrete MG, Navarro C, González R, Contreras MI, Pérez J. Factores psicosociales y Síndrome de Burnout en Personal de Enfermería de una Unidad de Tercer Nivel de Atención a la Salud. Cienc Trab. 2015; 17(52)

5. NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (II): consecuencias, evaluación y prevención; 2005 [en internet] [Citado en Mayo de 2016]. Disponible en:  
[http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp\\_705.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_705.pdf)
6. Serrano P. Ficha técnica: Sanitarios y profesores, colectivos especialmente sensibles al burnout. AEPSAL. 2007; (44): 38-48.
7. Gil-Monte P: Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. Rev Española de Salud Pública. 2009; 83 (2): 169-173.
8. Vázquez-Ortiz J, Vázquez-Ramos MJ, Álvarez-Serrano M, Reyes-Alcaide M, Martínez-Domingo R, Nadal-Delgado M et. al. Intervención psicoterapéutica grupal intensiva realizada en un entorno natural para el tratamiento del Burnout en un equipo de enfermería oncológica. Psicooncología. 2012; 9(1): 161-182.
9. Vargas C, Cañadas GA, Aguayo R, Fernández R, De la Fuente E. Which occupational risk factors are associated with burnout in nursing? A meta-analytic study. Int J Clin Health Psychol. 2014; 14 (1): 28-38. [Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33729172004> ]
10. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Determinants and Prevalence of Burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. IJANS. 2015; 52: 649-661.
11. Cañadas GA, Vargas C, San C, García I, Cañadas GR, De la Fuente EI. Risk factors and prevalence of burnout síndrome in the nursing profession. IJANS. 2015; 52: 240-249.
12. Ortega C, López F. El Burnout o Síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. Int J Clin Health Psychol. 2004; 4 (1):137-160.
13. De Pablo Hernández C. Estrés y hostigamiento laboral. 2ª Ed. Jaén: Formación Alcalá; 2007.
14. Ahola K, Toppinen S, Huuhtanen P, Koskenvuo A, Väänänen A. Occupational burnout and chronic work disability: an eight years cohort study on pensioners among Finnish forest industry workers. J Affect Disord. 2009; 115: 150-159.

15. Carlin M, Garcés E. El Syndrome de Burnout: evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anal. Psicol.* 2010; 26 (1): 169-180.
16. Maslach C, Schaufeli W, Leiter M. Job Burnout. *Annu Rev Clin Psychol.* 2001; 59: 379-422.
17. Rio MI, Godoy C, Sánchez, J. Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *Anales de psicología.* 2011; 27(1): 71-79.
18. Amutio A, Ayestaran S, Smith JC. Evaluación del Burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones.* 2008; 24 (2): 235-252.
19. Llana FJ. *Ergonomía y psicología aplicada.* 5ª Ed. Valladolid: Lexnova; 2005.
20. Martínez Pérez, Anabella (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia.* 2010, (12): 1-40. [Disponible en: <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>]
21. NTP 318. El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral. 1990. [en internet]; [Citado en Mayo de 2016]. Disponible en: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp\\_318.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_318.pdf)
22. Caballero A, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud. *Aten Primaria.* 2001; 27: 313-317
23. Seguel F, Venezuela S. Relación entre la fatiga laboral y el síndrome de Burnout en el personal de enfermería de centros hospitalarios. *Enfermería Universitaria.* 2014; 11(4): 119-127.
24. González J, Moreno B, Garrosa E. Carga mental y fatiga en servicios especiales de enfermería. *Rev Latinoam Psicol.* 2005; 37(3): 477-492.
25. Westermann C, Kozak A, Harlin M, Nienhaus A. Burnout intervention Studies for inpatient elderly care nursing staff: systematic review. *IJANS.* 2014; 51:63-71.
26. Font S, Gil-Monte P. CESQT. *Rev. Iberoam Diag Ev (Madrid).* 2013: 231-233
27. Gil-Monte P. El proceso de desarrollo del síndrome de Quemarse por el Trabajo y su evaluación mediante el CESQT. II Jornada sobre emociones y bienestar. [Video] 2009.

28. Figueiredo H, Grau E, Gil-Monte P, García J.A. Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Psicothema*. 2012; 24 (2): 271-276.
29. Gómez S, Ballester R, Gil B, Abizanda R. Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos. *Anales de psicología*. 2015; 31(2): 743-750.
30. Abad, E. Molina F, Vivo M.C, Moya B, Martínez A, Romero J.M. et.al Estudio RD4CAST en Murcia: características organizacionales de los hospitales y perfiles enfermeros. *Rev Calid Asist*. 2013; 28 (6): 346-354.
31. Manzano G. Síndrome de Burnout y riesgos psicosociales en personal de enfermería. Prevalencia e intervención. *Informació psicológica*. 2008; (91-92): 23-31.
32. García705 G, Alaya J. New perspectives: towards an integration of the concept “burnout” and its explanatory models. *Anal. Psicolo*. [revista en Interner]. 2013 Oct. [Consultado 20 de mayo 2016]; 29 (3): 800-8009. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v29n3/psicologia\\_clinica9.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v29n3/psicologia_clinica9.pdf)
33. Salanova M., Llorens S. Estado actual y retos futuros en el estudio de Burnout. *Papeles de Psicólogo*. 2008, 29 (1): 59-67
34. Serrano M. Estrés laboral en el personal sanitario. *Fisioterapia*. 2002; 24 (1): 33-42.
35. Lorente I: Salanova M., Martínez I. Estrategias de prevención de burnout desde los recursos humanos. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*. 2007; 41: 12-20.

## 9. ANEXOS

### 9.1. Anexo I. Encuesta online - Google drive.

# Síndrome de Burnout en Enfermería

## Características Sociodemográficas

Correo electrónico

**En caso de querer que se le envíe el resultado del cuestionario indique su correo. Recuerde que las encuestas estiman una situación. No Diagnostican.**

Edad

Sexo

Mujer

Hombre

Estado Civil:

Soltero/a

Casado/a

Divorciado/a

Viudo/a

Número de hijos. ¿Conviven en su casa?

## CARACTERÍSTICAS PROFESIONALES

Tipo de contrato:

Fijo

Eventual

Horario laboral

- Mañana
- Tardes
- Noches
- Turno rotatorio

Tiempo en el puesto actual:

Indicar si son meses o años.

Baja laboral en el último año:

- Si
- No

Número de días de baja:

**OTRAS CARACTERÍSTICAS**

Horas semanales dedicadas al ocio:

Enfermedad crónica:

- Sí
- No

Toma psicofármacos con puntualidad

- Sí
- No

El número de pacientes que atiende lo considera:



# Síndrome de Burnout en Enfermería

\*Obligatorio

## Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el trabajo

A continuación encontrará algunas afirmaciones referentes a sus sentimientos e ideas acerca de su trabajo y de las consecuencias que tiene para usted como profesional y como persona. Indique con qué frecuencia siente o piensa lo que se describe en cada una de ellas. Para responder, marque la alternativa (número) que más se ajuste a su situación.

	0. Nunca	1. Raramente (alguans veces al año)	2. A veces (algunas veces al mes)	3. Frecuentemente (algunas veces por semana)	4. Muy frecuentemente (todos los días)
Mi trabajo me supone un reto estimulante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No me apetece atender a algunas personas en mi trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que muchas de las personas a las que atiendo en el trabajo son insoportables	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me preocupa el trato que he dado a algunas personas en el trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veó mi trabajo como una fuente de realización personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que los familiares de las personas a las que atiendo en el trabajo son unos pesados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pienso que trato con indiferencia a algunas personas a las que atiendo en mi trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pienso que estoy saturado por el trabajo	<input type="radio"/>				
Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo	<input type="radio"/>				
Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas	<input type="radio"/>				
Me apetece ser irónico con algunas personas a las que atiendo en el trabajo	<input type="radio"/>				
Me siento agobiado por el trabajo	<input type="radio"/>				
Tengo remordimientos por algunos de mis comportamientos en el trabajo	<input type="radio"/>				
Etiqueto o clasifico a las personas a las que atiendo en el trabajo según su comportamiento	<input type="radio"/>				
Mi trabajo me resulta gratificante	<input type="radio"/>				
Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento	<input type="radio"/>				
Me siento cansado físicamente en el trabajo	<input type="radio"/>				
Me siento desgastado emocionalmente	<input type="radio"/>				
Me siento ilusionado por mi trabajo	<input type="radio"/>				
Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo	<input type="radio"/>				

## 9.2. Anexo II. Puntuación media de cada ítem en la CESQT.

Ítems	Puntuación medio
1. Mi trabajo me supone un reto estimulante. (It)	2.22±1.25 DE
2. No me apetece atender a algunas personas en mi trabajo. (In)	1.41±1.16 DE
3. Creo que muchas de las personas a las que atiendo en el trabajo son insoportables. (In)	1.58±1.23 DE
4. Me preocupa la trata que he dado a algunas personas en el trabajo. (Culpa)	0.83±1.06 DE
5. Veo mi trabajo como una fuente de realización personal. (It)	2.14±1.32 DE
6. Creo que los familiares de las personas a las que atiendo son pesados. (In)	1.54±1.18 DE
7. Pienso que trato con indiferencia a algunas personas a las que atiendo en mi trabajo. (In)	0.87±1.12 DE
8. Pienso que estoy saturado por el trabajo. (Dp)	1.89±1.42 DE
9. Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo. (Culpa)	0.82±1.02 DE
10. Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas. (It)	2.33±1.37 DE
11. Me apetece ser irónico con algunas personas a las que atiendo en el trabajo. (In)	1.20±1.17 DE
12. Me siento agobiado por el trabajo. (Dp)	1.78±1.25 DE
13. Tengo remordimiento por algunas de mis comportamientos en el trabajo. (Culpa)	0.73±1.01 DE
14. Etiqueto o clasifico a las personas a las que atiendo en el trabajo según su comportamiento. (In)	1.45±1.19 DE
15. Mi trabajo me resulta gratificante. (It)	2.28±1.23 DE
16. Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento. (Culpa)	0.80±1.12 DE
17. Me siento cansado físicamente en el trabajo. (Dp)	2.08±1.31 DE
18. Me siento desgastado emocionalmente. (Dp)	1.81±1.36 DE
19. Me siento ilusionado por mi trabajo. (It)	1.97±1.18 DE
20. Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo. (Culpa)	0.75±0.95 DE

### 9.3. Anexo III. Interpretación de los valores de las subescalas del CESQT.

ESTADÍSTICOS	It	In	Dp
Media	2.1875	1.3438	1.2604
Desviación estándar	1.12905	0.94602	0.80938
P33	1.49	0.7417	0.7417
P66	2.8	1.500	1.6667
P90	3.9	2.9167	2.4167

### 9.4. Anexo IV. Relación entre los valores de las subescalas de CESQT y género.

Subescalas	It				In				Dp			
	Bajos	Medio	Med. alt	Alto	Bajo	Medio	Med. Alt	Alt	Bajo	Medio	Med.Alt	Ato
Hombre	88.4%	5.8%	5.8%	0%	11.7%	23.5%	17.7%	47.1%	41.2%	35.3%	11.8%	11.7%
Mujer	61.7%	21.3%	4.3%	12.7%	21.4%	29.7%	25.5%	23.4%	40.5%	36.1%	16.9%	6.4%



### 9.5. Anexo V. Análisis de los estudios incluidos.

Artículo	Muestra	Instrumento	Procedimiento	Resultados
<p><b>Figueiredo H, Grau E, Gil-Monte P, García J.A. (27)</b></p>	<p>-Selección no aleatoria; voluntarios y anónimos -316 cuestionarios. - 16.8% hombres y 83.2% mujeres. - Edad media 40.39 ± 8.51 DE - Tipo de contrato: 57.6% fijo 39.9% temporales</p>	<p>Encuesta Maslach Burnout inventory adaptado</p>	<p>Programa estadístico SPSS 17. Tres análisis de regresión. Variables sociodemográficas. Variables dependientes. Dimensiones del MBI.</p>	<p>La Satisfacción laboral resultó un antecedente de despersonalización. Relación significativa, negativa y bidireccional entre SQT y satisfacción laboral, siendo las puntuaciones en agotamiento emocional y despersonalización antecedentes significativas de satisfacción laboral en enfermería. Se produce un proceso cíclico entre la satisfacción laboral y el desarrollo de actitudes de despersonalización en el trabajador. La despersonalización funcionaría como una estrategia de afrontamiento para manejar el agotamiento emocional y baja realización personal en el trabajo</p>

<p><b>Vázquez-Ortiz J. et al. (8) cuasi experimental</b></p>	<p>Estudio cuasi experimental y control Equipo de enfermería del hospital de día de la unidad onco-hematológica del hospital de Llerena (Badajoz)</p> <p><b>GRUPO EXPERIMENTAL</b> 8 mujeres y un hombre Edad media 47.7 ±7.91 DS 8% Casados y 11% soltero 21.22 ±7.95 DS años en la profesión</p> <p><b>Grupo control</b> -11 mujeres Media de edad 47.18 ±6.85 DS 82 % casadas y 18% divorciadas 22.94 ± 8.54 DS años en la profesión</p>	<p>MBI en su versión española</p> <p>Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión de Zigmond y Snaitch con adaptación española de Caro e Ibáñez</p>	<p>Aprendizaje de técnicas para el manejo del estrés laboral con una duración de 20 horas.</p> <p>Evaluación post tratamiento del grupo experimental tras un mes del taller y tras un año del taller.</p> <p><b>TRATAMIENTO ESTADÍSTICO</b> Programa SPSS 17</p>	<p><b>PRETRATAMIENTO:</b> MBI CE: puntuación ≤19 nivel bajo y ≥26 nivel alto Grupo experimental: 25.78±11.72DS (nivel medio) Grupo control: 18.73±8.84 DS (bajo-medio) MBI DP: puntuación ≤16 nivel bajo y ≥9 nivel alto. Grupo experimental: 5.67±4.77 DS (nivel bajo) Grupo control: 4.64±4.18 DS (nivel bajo) MBI RP: nivel bajo≥39 y nivel bajo≤34 Grupo experimental: 32.67±7.23DS (alto) Grupo control: 41.91±4.18DS (alto)</p> <p><b>POST-TRATAMIENTO</b> MBI CE: Grupo experimental: 18.67±11.29DS (bajo) Grupo control: 18.09±9.65 DS (bajo) MBI DP: Grupo experimental: 5.33±5.07 DS (bajo) Grupo control: 4.91± 3.36 DS (bajo) MBI RP: Grupo experimental: 39.22±8.26DS (bajo) Grupo control: 40.91±6.25DS (bajo)</p>
--	---	--	--	--

<p><b>Rio MI, Godoy C, Sánchez, J. <sup>(13)</sup></b></p>	<p>Muestra de conveniencia; 97 enfermeros y auxiliares de los servicios de Urgencias y Cuidados Intensivos del Hospital Morales Meseguer de Murcia. Edad media: 36.1 años <math>\pm 7.9</math> DE Antigüedad laboral 44.8 mese <math>\pm 37.7</math> DE Mujer 74.2% 58.8% no tenía hijos. Estado civil: casados o emparejados (53.6%), solteros 39.2%, separados 5.2% y viudos 2.1% 43.3% servicio de intensivos y 56.7% urgencias 46.4% interinos, 28.9% contratado y 24.7% plaza en propiedad Turno rodado con noches 79.4% y 18.6% turno fijo. Experiencia: 0-5<sup>a</sup> 14.4%, 6-15 años 74.2% y más de 15 años 11.3%</p>	<p>MBI Escala de personalidad resistente (CPR)</p>	<p>SPSS 15</p>	<p>La personalidad resistente presento una relación negativa y significativa con las dimensiones de cansancio emocional, despersonalización, y de manera positiva con la dimensión de realización personal en el trabajo (<math>p &lt; 0.01</math>). Destacando relevante asociativa del factor compromiso y la dimensión de cansancio emocional del SQT. En el polo opuesto, el poder asociativo del factor reto y la dimensión de realización personal en el trabajo. Se observa una clara asociación directa entre SQT y presencia de síntomas de malestar psicológico.</p>
--	--	--	----------------	--

<p><b>Vargas C. et al</b> <sup>(9)</sup> <b>Meta análisis</b></p>	<p>81 artículos, según las variables relevantes: 37 satisfacción laboral. 29 experiencia laboral 31 antigüedad laboral. 4 especialización (cuidados intensivos) 6 turno de trabajo</p>	<p>Meta análisis mediante escala Z de Fisher con IC 95%, prueba Q de heterogeneidad. Para las variables categóricas se utilizó el ANOVAs</p>	<p>Asociación entre burnout y satisfacción en el trabajo. La aparición del Burnout demuestra una relación directa con la especialización (cirugía, UCI o urgencias), no demostrándose dicha relación con la antigüedad laboral o la experiencia profesional. Las mujeres demostraron ser más susceptibles a sufrir despersonalización que los hombres.</p>
<p><b>Manzano G.</b> <sup>(33)</sup></p>	<p>Reig, solana, Vizcaya y vidal: enfermería grupo de alta riesgo de desarrollar burnout. 55.05% obtuvo un nivel medio en MBI. Presentando mayor nivel los trabajadores de UCI Rio, pereagua y vida: concluyeron que el 17.83% sufría burnout, Cansancio emocional 43.3%, despersonalización 57% y falta de realización en el trabajo 35.66%. Jiménez y molina: prevalencia de 17-25%; 27-39%, demostrando un nivel medio de desgaste profesional mayor en hospitalización y servicios generales que en especialidades y quirúrgico. Pualto, Antolín y moure: nivel de burnout del 13%. Manzan, bratz y maloner: la edad se relacionó negativamente con DP, y el género masculino presentó niveles más altos den intensidad del agotamiento emocional y despersonalización.</p>		

<p><b>Aldrete MG. Et al</b> (4)</p>	<p>Muestra de 163 personas de 21 Servicios de la unidad de atención primaria: 88% mujeres Edad media: 38.9 años.± 10.59 DE. 41.4% turno matutino, 34% turno nocturno. Antigüedad de 14.6 años 47.5% presencia de factores psicosociales negativos (exigencias laborales, remuneración del rendimiento y condiciones inadecuadas en su lugar de trabajo Burnout: 33.3% agotamiento emocional, 50.8% baja realización personal y 17.9 % despersonalización</p>	<p>Instrumento de factores psicosociales de Silva y MBI</p>	<p>UNIVERSITAT Miguel Hernández</p>	<p>Con respecto al síndrome de burnout: 65.4% presentaba una dimensión afectada. 9.9% presentaban las tres dimensiones. 33.3% tenía agotamiento emocional medio-alto. 50.8% baja realización personal. 17.9% despersonalización medio-alto. Se encontró relación de los factores psicosociales y agotamiento emocional en 6 de los 8 factores. La despersonalización se relacionó con la suma total de los factores psicosociales, con la carga de trabajo y con la interacción social.</p>
<p><b>Gómez S. et. al</b> (34)</p>	<p>Muestra de 117 profesionales de la salud de la UCI de un Hospital de la Comunidad Valenciana Mujeres 74.1% Edad media 38.02 años ±8.89 DE Con pareja 60.4% 49.1% enfermeros Media de experiencia en la profesión 12.4 años±8.2 DE y 7.1 años±6.84 DE en la Unidad</p>			<p>Hoja de registro, escala hospitalaria de ansiedad y deperesión</p>

<p><b>Amutio, A. et. al</b> <sup>(18)</sup></p>	<p>Muestra de 1275 profesionales Sanitarios de los cuales 430 DUE. 357 hombres, 903 mujeres y 15 no contestaron. 41.1% mayor de 45 años. 67% centros públicos</p>	<p>Cuestionario de desgaste para profesionales de la enfermería. Smith work/school dispositions inventory</p>	<p>SPSS 14.0. Pruebas no paramétricas U de Mann-whitney y kruskal-wallis. Análisis de regresión multivariante mediante el método de pasos sucesivos</p>	<p>La prevalencia del SQT presentaba 4.1% presenta niveles altos y 52.1% manifiesta niveles medios. El 28.8% presentaban niveles altos de cansancio emocional Se dieron mayores niveles de SQT en varones. Mayores de 45 años expresaban mayores niveles de bienestar. Relación directa años de antigüedad y niveles de SQT Interinos son los que mayores niveles de SQT. Profesionales con actividades docente y/o investigación presentan menores niveles de SQT y mayor bienestar Los trabajadores en centros públicos presentaban mayores niveles de SQT.</p>
<p><b>Westermann C. et al.</b> <sup>(25)</sup></p>	<p>478 estudios, en los cuales la muestra eran profesionales de enfermería que trabajan en pacientes hospitalizados en geriátricos.</p>	<p>Instrumento más común usado MBI, tres usaron la proyección de estrés sistema para los proveedores de servicios humanos y salud general de Goldberg</p>	<p>Las intervenciones dirigidas directamente al trabajo tuvieron efectos saludables sobre el agotamiento personal y se manifestaron menos estrés general, hasta un año después de la intervención. La intervención Snoezelen analizado por Van Weber et. al tuvo un efecto a largo plazo sobre el agotamiento emocional. Las intervenciones centradas en las emociones promueven la salud en la subescala personal de MBI.</p>	

<p><b>Adriaenssens J. et al.</b> <sup>(10)</sup></p>	<p>Objetivo: examinar el nivel de Burnout en enfermeras de emergencia mediante una revisión sistemática.</p> <p>Se incluyeron 13 artículos más 4 artículos adicionales mediante el método de bola de nieve.</p>	<p>MBI, Subescala la compasión y la satisfacción de fatiga. (ProQOL R-IV)</p>	<p>7 de los 17 estudios encontraron nivel medio-altos de SQT. 5 reportaron altos niveles de agotamiento emocional (hasta el 67%), altos niveles de despersonalización (hasta el 59%) y bajos niveles de logro personal (hasta el 42%).</p> <p>Se consensa que el agotamiento emocional es la dimensión fundamental del SQT.</p> <p>Los jóvenes presentan mayor agotamiento.</p> <p>A mayor edad mayores niveles de realización personal.</p> <p>Los “cinco grandes” (neuroticismo, extraversión, agradabilidad, escrupulosidad y apertura de mente) se encontraron asociados con el agotamiento.</p> <p>Correlación negativa entre el nivel de compromiso, control percibido, desaffo de empleo y agotamiento emocional.</p> <p>Correlación positiva entre el nivel de SQT y falta de flexibilidad, terquedad, comportamiento crítico y dificultad de adaptación.</p> <p>A Niveles altos de expectativas y fijación de objetivos, mayores niveles de cansancio emocional y despersonalización.</p> <p>Orden de los distintos servicios en orden ascendente del nivel del SQT: 31% enfermeras de hemodiálisis, 33% UCI, 42% enfermera general y 51% en atención primaria.</p>
<p><b>Abad E. et al.</b> <sup>(30)</sup></p>	<p>Muestra de 495 encuestas de enfermeras de las distintas áreas de la región de Murcia.</p> <p>80.4% eran mujeres.</p> <p>Edad media 34.1 años <math>\pm</math> 7.1 DE</p> <p>Experiencia 9.4 años <math>\pm</math> 7.4 DE</p> <p>Ratio de pacientes 11.7 <math>\pm</math> 3.6 DE</p> <p>Absentismo del 16.8%</p>	<p>Practice environment scale of the nursing work index, percepción del trabajo y del ambiente laboral (PES-NWI) MBI</p>	<p>Agotamiento emocional puntuación de 18.4%, despersonalización de 7.5% y realización personal 28.8%.</p> <p>Presentando el 22% de las enfermeras alto nivel de agotamiento, 19.3% niveles altos de despersonalización y 48.7% niveles altos de realización personal</p> <p>Satisfacción significativamente mayor en unidades quirúrgicas 66.9%</p>

<p><b>Cañadas GA. Et al (11)</b></p>	<p>676 profesionales de enfermería del servicio murciano de salud. Edad media 44.58±8.18 DE 66% mujeres.</p>	<p>MBI, inventario de personalidad Neo revisado</p>	<p>SpSS 20</p>	<p>Factores relacionados con mayor susceptibilidad para: Agotamiento emocional: Mujeres, Casados y con hijos (aunque presentan mayor nivel de realización personal). Neuroticismo, amabilidad, responsabilidad y antigüedad en el puesto. Despersonalización: Hombres. Antigüedad del puesto, neuroticismo, agradabilidad, extraversión y apertura a la experiencia. Realización personal: Tener hijos. Turno fijos. Neuroticismo, antigüedad en el puesto, agradabilidad, extraversión y apertura de experiencia. 5 factores de personalidad (neurocitismo, agradabilidad, extraversión y apertura de experiencia) se correlacionan con desgaste emocional, y son predictores de realización personal. <b><u>PREVALENCIAS:</u></b> Desgaste emocional: nivel bajo 41%, nivel medio 34%, y nivel alto 25% Despersonalización: nivel bajo 39%, nivel medio 32% y nivel alto 30%. Realización personal: nivel bajo 30%, nivel medio 25% y nivel alto 45%.</p>
--	--	---	----------------	---