



Evaluación del Burnout del personal de Enfermería en la planta de Medicina Interna del Servicio Canario de la Salud

Lara Sariñena Fernández

Trabajo Fin de Máster
Máster de Prevención de Riesgos Laborales
Director TFM: Fermín Torrano Montalvo
Curso académico 2019/2020

Resumen

Introducción

En el sector ocupacional sanitario, el personal de enfermería hospitalaria se encuentra expuesto a variados factores de riesgo psicosocial, como estrés por acumulación de tareas, falta de recursos humanos, nocturnidad, agotamiento mental y conflictos interpersonales entre otros. Además, hay que destacar por el gran impacto que está provocando en los servicios sanitarios la irrupción de la pandemia actual de Covid 19, que tiene unos efectos negativos en los entornos laborales al incrementar los deterioros de los procesos psicosociales. Todo esto convierte a los citados profesionales en un colectivo muy sensible a padecer el Síndrome de burnout (SB) o Síndrome del trabajador quemado (SQT). Los profesionales que sufren este síndrome suelen presentar deterioro emocional (desgaste psíquico), actitudes negativas de indolencia y despersonalización, así como los sentimientos de culpa con sus consecuencias negativas de abandono y absentismo, y sin olvidar lo relacionado con el deterioro cognitivo vinculado a la disminución de la ilusión por el trabajo.

Bajo este marco de referencia, el objetivo de este trabajo de fin de master (TFM) ha sido evaluar el SB en el personal de enfermería del servicio de Medicina Interna del Hospital Insular de Las palmas de Gran Canaria a través el cuestionario CESQT (Cuestionario para la evaluación del SQT) y elaborar un programa de prevención e intervención del SB.

Metodología

Se trata de un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal (los datos son recogidos en un periodo concreto). El estudio se apoyó en el modelo teórico de SQT de Gil-Monte (2005), en el que precisamente se fundamenta el cuestionario CESQT que ha sido el utilizado en esta investigación (Anexo 1).

Resultados

A nivel global, el 36% de los participantes presentaron una intensidad media de burnout. El 28% de los participantes presentó un nivel medio de agotamiento mental, el 55% presentó indolencia (despersonalización) y el 40% reflejó una ilusión por su trabajo.

Conclusiones

El personal sanitario investigado del Servicio Canario de salud presenta SQT en nivel medio teniendo en cuenta las puntuaciones obtenidas a través del cuestionario CESQT (Anexo 1), por lo que se presenta un programa de prevención y tratamiento de este síndrome.

Palabras clave

SQT, agotamiento emocional, ilusión por el trabajo, Indolencia, sentimiento de culpa, intervención y prevención.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	Justificación.....	6-8
2.	Introducción.....	9-25
	2.1 Funciones de la enfermera en la planta de medicina interna.....	9-12
	2.2. Factores Psicosociales.....	12-16
	2.3. Sdre. Burnout.....	16-25
3.	Objetivos.....	26
	3.1. Objetivos generales.....	26
	3.2 Objetivos específicos.....	26
4.	Material y métodos.....	27-29
	4.1 Diseño del Estudio.....	27
	4.2 Muestra Utilizada.....	27
	4.3 Descripción del Instrumento.....	27-29
	4.4 Procedimiento de recogida de información y procesamiento de los datos....	29
5.	Resultados y discusion.....	30-35
6.	Programa de prevencion.....	36-55
	6.1 Consideraciones previas.....	36-37
	6.2 Programa de enfermería saludable.....	37-55
7.	Conclusiones.....	56-57
8.	Referencias bibliograficas.....	58-63
9.	Anexos.....	64-65
	9.1. Modelo Cuestionario CSQT.....	64
	9.2.Consentimiento Informado.....	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Percentiles Síndrome de quemarse por el trabajo (SQT).....	32
Figura 2: Percentiles Lusión por el trabajo (IT).....	32
Figura 3: Percentiles Desgaste Psíquico (DP).....	33
Figura 4: Percentiles Indolencia (IN)	34
Figura 5: Percentiles Culpa (C).....	35



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Sesiones del Programa: Enfermería Saludable.....	40
Tabla 2: Cuadro de adecuación Burnout: Técnicas de intervención.....	41



1. Justificación

Según Cruz (2020), consejera de Sanidad del Gobierno Canario, el archipiélago afronta un problema grave en sanidad que deriva en profesionales sin plaza fija, dotación económica insuficiente y hospitales que todavía no se han podido poner en marcha. En la práctica, esto se traduce en que el personal de enfermería que atiende medicina interna y otras especialidades sufre estrés por acumulación de tareas y falta de recursos humanos, turnicidad (cambios de turno), trato directo con los pacientes, incluso algunos problemáticos, y tiene que afrontar el sufrimiento y la muerte de enfermos.

El Sindicato de Enfermería Satse (2020), afirma que, según los estudios más recientes, que la mitad de los profesionales de enfermería en nuestro país sufren en condiciones normales de asistencia el síndrome del profesional quemado/a (burnout) y, ocho de cada diez, estrés. Dicho Sindicato exige la atención psicológica para enfermeras/os a través de la creación de gabinetes psicológicos.

En el sector ocupacional sanitario el personal de enfermería hospitalaria, además de lo detallado anteriormente, está sometido en su labor diaria a los factores de riesgo psicosocial, como sobrecarga laboral, agresiones, conflictos interpersonales y conflictos de roles, entre otros. A estos, hay que destacar por el gran impacto que está provocando en los servicios sanitarios, la irrupción de la pandemia actual de Covid 19 con un fortísimo deterioro de los procesos psicosociales en estos entornos laborales. Servicios hospitalarios, como el de medicina interna del hospital insular de las Palmas de Gran Canaria, reflejan esta situación del citado deterioro.

La consejería de sanidad declaró el 1 de abril, que en siete días han pasado de atender 43 personas a 94, y Gran Canaria registró 24 casos nuevos en un día, por lo que ya suma 365. También comentó el personal sanitario que se había contagiado de Covid-19.

Desde la Organización Sindical de Enfermería (SATSE), se considera un prioridad atender a los/as profesionales sanitarios/as, como recurso para poder combatir la pandemia, con recursos públicos. Si dichos/as profesionales causan baja por enfermedad, no se podrá cuidar a personas enfermas, considerando la enfermería como el trato más cercano al enfermo/a. Otro testimonio de este momento de pandemia y su repercusión en el personal de enfermería es el vicesecretario del Consejo General de Enfermería, José Luis Cobos, exponiendo la "situación dramática de las miles de enfermeras españolas que luchan sin

descanso para atender a los infectados en hospitales absolutamente desbordados y cómo se está denunciando y demandando a las autoridades la ausencia de suficientes equipos de protección (EPIs, mascarillas, gafas, etc.). Esta situación crea estrés y como consecuencia, el síndrome de quemado en el trabajo (burnout).

No hay posibilidad de encontrar un espacio donde relajarse. Según el Colegio de Enfermería de Las Palmas “se condena la repugnante hostilidad de algunos vecinos contra enfermeras y otros trabajadores sanitarios”. Cuando después de un duro día vuelven a casa encuentran la hostilidad vecinal mostrada con carteles amenazantes para que abandonen su vivienda, ya que dichos vecinos tienen miedo a ser contagiados. La policía considera estas acciones como delitos de odio y son denunciables. Estos actos favorecen el síndrome de quemado, después de trabajar a fondo en el hospital que no encuentran descanso en su casa. Son muchas horas de lucha contra los elementos.

La definición actual más extendida del término Burnout, es la de Maslach y Jackson (1981), coincidiendo con la de Gil Monte (2005). Según estos autores, el burnout es considerado como un síndrome tridimensional cuyos síntomas son:

- Baja realización personal en el trabajo, entendida como la tendencia de los profesionales a evaluar negativamente su actividad laboral y el ejercicio de la misma.
- El agotamiento emocional, caracterizado por la experiencia de no poder dar más de sí mismo a nivel afectivo.
- La despersonalización, definida como el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas destinatarias del trabajo .

El perfil de los que acuden a estos servicios tiene unas características de pacientes mayores, con pluripatologías. Presentan una alta fragilidad y vulnerabilidad, los cuales se podrían incluir dentro de los enfermos geriátricos. Precisamente, sus edades y patologías previas, hacen que sean muy frecuentes sus ingresos por Covid 19 en éstos periodos de pandemia. Además el número de encamados es muy numeroso si se compara con otros periodos pre-Covid 19.

Además los desenlaces más habituales son los fallecimientos. Con unos escenarios duros y de sobrecarga emocional no sólo para los familiares que no pueden estar al lado del paciente, sino especialmente para el personal de enfermería. Éste además realiza su trabajo con alta tensión con el riesgo por la exposición directa, y en ocasiones sin disponer de todo

los medios de seguridad adecuados, que influyen y pueden explicar su desarrollo.

Así por todo lo expuesto, se podría considerar de interés evaluar el síndrome de Burnout en el personal de enfermería del servicio de Medicina Interna del Hospital Insular de Gran Canaria, identificando los principales factores psicosociales.



2. Introducción

El trabajo en sanidad es toda actividad social organizada que, a través de la combinación de recursos de naturaleza diversa (medios humanos, materiales, energía, tecnología, organización), permite alcanzar unos objetivos y satisfacer unas necesidades.

Así pues, la actividad laboral es una conducta humana en la que se crean relaciones sociales con motivo del trabajo. En el ámbito laboral, siempre ha existido desgaste y, hasta no hace no mucho tiempo, se consideraba de manera universal que el trabajador que tenía estos síntomas se hallaba sometido a estrés y/o depresión.

En concreto, las profesiones sanitarias requieren tratar con diferentes tipos de personas de forma permanente lo que conlleva la constante adaptación a nuevos requerimientos en una sociedad cambiante. Diversos elementos, tales como los ritmos de trabajo intensos, multiplicidad de las tareas, inestabilidad laboral, etc., suponen que la incidencia y magnitud de estos riesgos sean de gran relevancia.

Las enfermeras como profesionales de la salud, se encuentran expuestas, diariamente, a un amplio conjunto de riesgos para su salud que van desde riesgos dependientes de la organización del trabajo y de las relaciones laborales, a cargas de trabajo, riesgos físicos ambientales o riesgos por accidente biológico.

2.1. Funciones de la enfermera en la planta de medicina interna

La Unidad de medicina interna, tiene como misión proporcionar una atención óptima a los pacientes ingresados en la misma y satisfacer sus necesidades y expectativas mediante la prestación de unos Cuidados de enfermería especializados, con la máxima calidad y seguridad basados en el Modelo de Virginia Henderson: una atención integral, a través de acciones de apoyo en la enfermedad y la muerte, de protección y fomento de la salud, y ayuda en la reincorporación del individuo a la sociedad.

La Unidad de Medicina Interna del Hospital Insular de Gran Canaria, es una Unidad de hospitalización, está ubicada en la planta octava en la zona sur del Hospital, pertenece al Área Clínica. Consta de tres zonas: Dos pasillos de Hospitalización y Control de Enfermería, y se compone de 35 camas. El Control de enfermería está situado en la mitad de la unidad.

La unidad, además, consta de un cuarto de la medicación, un cuarto de curas, despacho de supervisión, cuarto de sucio, lencería, y almacenes.

Las características generales para la atención del paciente son:

- Respetar las diferencias y prestar una atención en condiciones de equidad.
- Comprender y respetar la intimidad de las personas.
- Mantener la confidencialidad como principio general.
- Amabilidad como señal de profesionalidad y respeto.

La atención sanitaria debe ser:

- Continuada y con trabajo en equipo.
- Información a los usuarios.
- Respetar la autonomía de los usuarios.
- Trabajar con orientación al usuario como principio.
- Ayudar a los usuarios a orientarse en los servicios de la organización.
- Ayudar a resolver los problemas de los usuarios.
- Identificación personal.
- Aprender a actuar en situaciones de conflicto como pueden ser: Peticiones no razonables de los usuarios o quejas y reclamaciones.

La enfermera de medicina interna es responsable de la realización de varias funciones:

- **Función asistencial** para lograr el bienestar del paciente:
 - Valorar las necesidades físicas del paciente a partir de los datos clínicos, registros de enfermería, e información recibida (cambios de turno).
 - Planificar la asistencia de enfermería estableciendo prioridades: Establecer el plan de cuidados puntualmente.
 - Realizar todos los cuidados de enfermería encaminados a satisfacer las necesidades físicas del paciente.
 - Preparar al paciente de acuerdo con las normas establecidas para:
 - Exploraciones: dietas específicas, enemas de limpieza...
 - Traslados
 - Actuar en situaciones de urgencia
 - Extracción de muestras y tramitar su envío al laboratorio correspondiente

- Participar activamente en la visita médica a los pacientes, informando al facultativo responsable, de las incidencias habidas en los pacientes (posibles alergias, dificultades para la administración de medicamentos, etc.) Se deberán establecer acuerdos previos entre la Supervisión de Enfermería y la Jefatura del Servicio en cuanto a horarios y organización del trabajo.
- Colaborar en la elaboración de los estándares de calidad
- Realizar todos los cuidados de enfermería encaminados a satisfacer las necesidades psíquicas y sociales del paciente y su familia, proporcionando seguridad y fomento de la autoestima
- Evaluar las tareas realizadas
- Actividades de Relación: Interrelacionarse con el resto del equipo

➤ **Función administrativa:**

- Asegurar que los servicios de enfermería se realicen de forma sistematizada, racional y ordenada, respondiendo a las necesidades reales y haciendo un uso adecuado de los recursos.
- Participar en las actividades de planificación, organización y control, encaminadas a conseguir los objetivos del Hospital, mediante el logro de los objetivos específicos de la Unidad.
- Colaborar en la organización y control del equipo material
- Planificar, organizar, dirigir, controlar y evaluar al equipo humano y material, asegurando una adecuada utilización de los mismos
- Identificar, fundamentar y solicitar las necesidades de recursos humanos
- Dirige la marcha diaria de la Unidad
- Canaliza la información
- Evalúa el desempeño de su personal

➤ **Función docente:**

- Realizar todas las actividades necesarias, apoyadas en su propia formación para alcanzar el óptimo nivel profesional.
- Educar/enseñar al paciente y su familia a fin de fomentar y promocionar la salud.
- Enseñar al paciente y a su familia a adaptarse positivamente a la enfermedad y/o sus secuelas, para favorecer su autoestima.
- Educar a la familia para que colabore en la recuperación del paciente y en su reinserción en el medio familiar y social
- Planifica, dirige, organiza, controla y evalúa las Actividades de Enfermería de su Unidad
- Planificar los cuidados de enfermería
- Relación con el paciente y familiares, para fomentar su seguridad
- Canalizar la información de carácter asistencial.
- Controlar y evaluar los registros de Enfermería
- Controlar los estupefacientes y medicamentos
- Evaluar las tareas realizadas
- Realizar todas aquellas actividades encaminadas a conseguir los objetivos del Hospital, a través del logro de los objetivos específicos de la Unidad.
- Realizar las actividades necesarias encaminadas a satisfacer las necesidades psicológicas del paciente y su familia

2.2 Factores de riesgo psicosociales en la enfermería

Desde una perspectiva psicosocial, las enfermeras tienen que hacer frente, diariamente, a una infinidad de factores y situaciones que pueden alterar su integridad psicológica y que son catalogados como “estresantes” (por ejemplo: conflictos interpersonales con los clientes, con sus familiares o con sus propios compañeros, resultados perinatales desfavorables, nocturnidad, sobrecargas de trabajo, urgencias vitales, etc.), los cuales hacen que los profesionales de enfermería tengan uno de los índices de estrés más alto registrados en el ámbito laboral.

De esta forma, entre las repercusiones que pueden tener los riesgos psicosociales descritos, destaca el síndrome de estar quemado con el trabajo o Burnout, el cual ha cobrado especial relevancia debido al importante incremento de su prevalencia en el sector de los servicios.

El estudio de los aspectos organizacionales y psicosociales y su relación con la salud laboral no es nuevo, aunque sí la importancia y reconocimiento que ha adquirido en los últimos años. Como consecuencia de los importantes cambios en las organizaciones y de los procesos de globalización actual, la exposición a los riesgos psicosociales se ha hecho más frecuente e intensa, haciendo conveniente y necesario su identificación, evaluación y control con el fin de evitar sus riesgos asociados para la salud y la seguridad en el trabajo.

Según la OIT (Organización Internacional del Trabajo), los factores psicosociales en el trabajo son complejos y difíciles de entender dado que representan el conjunto de las percepciones y experiencias del trabajador y abarcan muchos aspectos. Asimismo, se describen algunos riesgos como sobrecarga de trabajo, falta de control, conflicto ante la autoridad, desigualdad en el salario, falta de seguridad en el trabajo, problemas de las relaciones laborales y trabajo por turnos. En otras palabras, podría decirse que estos factores son descriptivos, se refieren a la estructura organizacional, al liderazgo, cultura corporativa, diseño del puesto y ambientes psicológicos y, además, pueden ser positivos o negativos en términos de un ambiente y clima laboral organizacional.

En España, la introducción oficial de la relevancia de los factores psicosociales se hace, probablemente, a partir del RD 39/1997 de los Servicios de Prevención. En la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (31/1995) no se abordan riesgos específicos, pero establece de forma taxativa en su artículo 14 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”, factores psicosociales incluidos.

Como bien es sabido por todos, los factores psicosociales pueden favorecer o perjudicar la actividad laboral y la calidad de vida laboral de las personas. En el primer caso, fomentan el desarrollo personal de los individuos, mientras que, cuando son desfavorables, perjudican su salud y su bienestar. En este caso, hablamos de riesgo psicosocial, que es fuente de estrés laboral, o estresor, y que tiene el potencial de causar daño psicológico, físico, o social a los individuos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), llaman la atención sobre aspectos psicosociales que afectan a los trabajadores de la

salud, tal es el caso de las directrices marco para combatir la violencia laboral en el sector salud; mencionan que si bien la violencia laboral afecta a todos los sectores de trabajadores, uno de los sectores con más riesgo es el de la atención a la salud, puesto que de la violencia que se vive en el lugar de trabajo, el sector salud ocupa la cuarta parte, relacionándose con la tensión en el trabajo, la inestabilidad social, el deterioro de las relaciones interpersonales y otros factores psicosociales en el lugar de trabajo. Todos estos factores, en conjunto, pueden estar presentes en más de la mitad de los trabajadores y en mayor presencia en las mujeres.

Los profesionales sanitarios se ven expuestos, diariamente, a múltiples riesgos psicosociales que se van a describir a continuación:

Estrés laboral

El estrés laboral es la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y aptitudes y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación. Por tanto, es el resultado del desequilibrio entre las exigencias y presiones a las que se enfrenta el individuo, por un lado, y sus conocimientos y capacidades por otro.

Muchas profesiones se encuentran sometidas a niveles elevados de estrés, y dentro de ellas, el ámbito sanitario, y más en concreto los médicos y enfermeras, son considerados como uno de los sectores profesionales más expuestos a niveles elevados de estrés, tanto de forma puntual como mantenida.

Entre los profesionales sanitarios, el personal de enfermería ha sido objeto de numerosos estudios que ponen de manifiesto que son muchos los estresores laborales a los que se hallan sometidos estos profesionales y que, mantenidos de forma crónica pueden propiciar la aparición del denominado síndrome de Burnout.

Tiempo de trabajo: a turnos y nocturno

El tiempo de trabajo es uno de los aspectos de las condiciones de trabajo que tiene una repercusión más directa sobre la vida diaria. El número de horas trabajadas y su distribución pueden afectar no sólo a la calidad de vida en el trabajo, sino a la vida extralaboral. La medida en que la distribución del tiempo libre es utilizable para el esparcimiento, la vida familiar y la vida social, es un elemento que determina el bienestar de los trabajadores.

La organización del tiempo de trabajo a turnos va a tener consecuencias sobre la salud física, psíquica y social de los trabajadores. El deterioro puede manifestarse, en primer lugar, por alteración de los hábitos alimentarios, y, más a largo plazo, en alteraciones más graves como: trastornos gastrointestinales, pérdida de apetito, alteraciones del sueño, trastornos nerviosos, insatisfacción laboral, trastornos cardiovasculares, alteración de los ritmos biológicos, dificultad para conciliar el sueño, aumento de la accidentabilidad y empobrecimiento de relaciones sociales.

Teniendo en cuenta los distintos sistemas de organización de turnos (discontinuo, semicontinuo y continuo), en los hospitales se aplica el sistema continuo, en el que el trabajo se realiza de forma ininterrumpida, quedando cubierto el trabajo de todo el día. Se da servicio las 24 horas del día durante los 365 días al año.

Carga mental

La carga mental, se define como el esfuerzo cognitivo que debe realizar una persona en un tiempo concreto para hacer frente a determinada cantidad y tipos de tareas. Este concepto parte de una serie de premisas: (a) los recursos cognitivos atencionales de las personas son limitados; (b) la relevancia de los criterios de ejecución objetivos y subjetivos, tanto los establecidos por fuentes externas como por el propio trabajador, y (c) la influencia en la carga mental de las demandas y características de la tarea (p.ej., concentración, atención, memoria), de las variables individuales (p.ej., nivel de experiencia) y de otras variables externas de la situación (p.ej., las ayudas tecnológicas). Estos consecuentes afectan al trabajador tanto física, como psicológica o socialmente y, también, afectan a su nivel de motivación y satisfacción con el puesto. Debemos señalar que estos problemas de salud pueden degenerar en una fatiga crónica, en estrés o en síndrome de burnout e incluso, en algunas ocasiones, favorecer el mobbing.

Mobbing

En la actualidad, el acoso psicológico en el trabajo o mobbing supone un grave problema, tanto por su prevalencia como por la repercusión negativa que tiene en la salud de los trabajadores y en los resultados de la empresa.

Entre las consecuencias del acoso psicológico en el trabajo destacan:

- Consecuencias físicas: trastornos cardiovasculares, trastornos musculares, trastornos respiratorios y trastornos gastrointestinales.

- Consecuencias psíquicas: entre otras se produce ansiedad, estado de ánimo depresivo, apatía o pérdida de interés por actividades que previamente le interesaban o le producían placer.
- Consecuencias sociales: los efectos sociales del acoso laboral se caracterizan por la aparición en la víctima de conductas de aislamiento, evitación y retraimiento.
- Consecuencias laborales: pérdida de productividad, afecta al rendimiento del trabajador, del grupo o equipo de trabajo (a la calidad y cantidad del trabajo, a la motivación...), aumento de la siniestralidad laboral...

En cuanto a los profesionales de la salud, en España, en 2016, la prevalencia de acoso laboral en el personal de salud, se situó entre el 17 y el 20%, ocasionando problemas psicológicos en el 9% de los acosados, como depresión e ideación suicida.

Acoso sexual

En la actualidad, el acoso sexual en el trabajo es un problema de importante trascendencia social, especialmente si se tiene en cuenta el aumento considerable de las tasas de participación de las mujeres en el mercado laboral. En concreto, las cifras más recientes aportadas por las Encuestas Europeas sobre Condiciones de Trabajo señalan que aproximadamente el 3% de las mujeres europeas han sido víctimas de acoso sexual, dato que, extrapolado a la población que se analiza, supone que en Europa son acosadas dos millones de mujeres anualmente.

2.3 Síndrome de burnout

El síndrome de burnout (SB) fue identificado por primera vez por Maslach y Jackson en los años 70, y es considerado un estado de estrés psicológico y emocional prolongado en el trabajo, caracterizado por tres dimensiones clave: agotamiento emocional, despersonalización, y sentido reducido de la realización personal.

Este síndrome fue inicialmente identificado en profesionales cuya actividad laboral se fundamenta en la interacción con personas como enfermeras, médicos, profesores, etc. Sin embargo, actualmente es considerada una condición que puede afectar a cualquier individuo. En los profesionales de la salud, el SB ha sido ampliamente estudiado y se ha relacionado a sobrecarga laboral, deseo de cambiar de trabajo e incluso, en algunos países, el SB es considerado un diagnóstico médico-legal tributario de descanso médico.

Las investigaciones de diversos autores con diferente orientación teórica coinciden en señalar que el SB es una respuesta al estrés laboral crónico (Bellingrath, Weigl y Kudielka, 2008; Rabasa, Figueiredo-Ferraz, Gil-Monte y Llorca-Pellicer, 2016).

El fenómeno ha sido descrito en diversas organizaciones de servicios relacionadas con las profesiones sanitarias (Abaladejo, Villanueva, Ortega y otros 2004).

Maslach (1981), conceptualizó el burnout como: “Una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico” “Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”.

A pesar del reconocimiento del burnout como un factor de riesgo laboral por parte de la OMS y su corriente diagnóstico por parte de médicos y profesionales de la salud mental, el “Síndrome de estar quemado” no se describe en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), ni en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), ni se incluyó en la nueva versión del Manual de la Asociación Estadounidense de Psicología (DSM-V).

Se trata de una experiencia subjetiva de carácter negativo compuesta por cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo, a las personas con las que se relaciona el/la profesional en su trabajo, en especial clientes o pacientes, y afecta al propio rol profesional.

El síndrome de quemarse en el trabajo (SQT) es un cuadro desadaptativo por exposición a causas laborales, no aplicable a problemas personales sino a factores psicosociales propios del trabajo y que causa daños en la salud de la persona que lo padece, llegando a concluir que el deterioro cognitivo y emocional de la persona debe ser previo a la aparición de actitudes negativas hacia la organización y hacia sus usuarios en el progreso del SQT.

Siguiendo a Gil-Monte (2005), la perspectiva psicosocial considera el SQT como un proceso que se desarrolla debido a la interacción entre las características del entorno laboral y las características personales. Esta aproximación puede facilitar como se inicia y progresa el síndrome y sus síntomas a lo largo de un proceso en el que el individuo va pasando por una secuencia de fases diferentes con sintomatología diferenciada.

El SQT tiene su origen en el entorno del trabajo, no en el trabajador. El problema hay que buscarlo en el entorno laboral, no en la persona. El SQT será considerado no como una fuente de estrés laboral, sino una respuesta al estrés laboral crónico que se desarrolla

cuando fallan las estrategias de afrontamiento que la persona utiliza para manejar las situaciones de estrés. En muchas son las personas cercanas a quien lo sufre las que se dan cuenta del problema.

Se considera que el SQT aparece tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias iniciales para afrontar el estrés laboral crónico no resultan funcionales.

Se inicia con el deterioro cognitivo (*pérdida de ilusión por el trabajo*) y emocional (*desgaste psíquico*) de la persona, y posteriormente aparecen actitudes negativas hacia los usuarios de la organización (*indolencia*) que funcionan como estrategia de afrontamiento ante los mencionados deterioros.

Junto a estas tres variables el modelo de Gil Monte (2005) añade una cuarta, los sentimientos de culpa. Estos son una variable clave en el modelo utilizado en esta investigación para explicar la relación del SQT con alguna de sus consecuencias más importantes para la salud de las personas, como la depresión.

Los sentimientos de culpa se han definido como sentimientos desagradables y de arrepentimiento cuando una persona desarrolla la idea de que ha violado, o puede violar, una norma moral (Tangney y Tracy, 2012).

La variable culpa, se utiliza como una estrategia para influir sobre los otros y permite aliviar el estrés generado por la falta de equilibrio en los estados emocionales que resultan de los intercambios sociales. Tiene unos efectos prosociales, motivando a las personas a desagraviar a las demás, a corregir sus errores y disculparse.

Atendiendo a esta variable, siguiendo el modelo teórico sobre el que se sustenta el SQT, permite establecer la existencia de dos perfiles de individuos en cuanto al desarrollo del citado síndrome.

Estos perfiles tienen consecuencias diferentes para la persona, para la organización y para cualquier decisión sobre prevención y tratamiento. Se trata de los denominados perfiles 1 y 2, que guardan relación con la distinción establecida por Paine (1982) entre *Burnout Sress Syndrome (perfil 1)* y *Burnout Nental Disabiliy (perfil 2)*.

El primero alude a un conjunto de sentimientos y conductas vinculadas al estrés laboral que originan una forma moderada de malestar pero que no incapacitan a la persona para el ejercicio de su trabajo, aunque podría realizarlo mejor.

El segundo, por el contrario, constituye con frecuencia un problema serio, con unas manifestaciones caracterizadas por los síntomas de estrés y bajo desempeño laboral, que es la fase final del proceso del SQT.

Todo ello guarda relación con los tipos de burnout identificados por otros autores como Farber o Vanheule, Lievrouw y Verhaeghe.

En la delimitación conceptual del SQT y el abordaje que se hace de sus síntomas pueden diferenciarse dos perspectivas: Una de carácter clínico, orientada al diagnóstico, y otra de carácter psicosocial, orientada a la explicación del fenómeno que atiende a sus causas y a su desarrollo. Estas perspectivas son complementarias.

Desde la perspectiva clínica se entiende el SQT como un estado mental negativo al que la persona llega como consecuencia del estrés laboral.

En línea a este enfoque están los estudios de Maslach y colaboradores fruto de estos estudios ha sido el desarrollo del cuestionario MBI (Maslach Burnout Inventory) en sus diferentes ediciones.

La otra perspectiva, es la psicosocial que se sigue en esta investigación que recomienda considerar al SQT como un proceso que se desarrolla debido a la interacción entre las características del entorno laboral y las características personales. Esta es más útil para entender cómo se inicia y progresa el síndrome y sus síntomas a lo largo de un proceso en el que la persona va pasando por una secuencia de etapas diferentes con sintomatología diferenciada.

En esta línea están los estudios de Gil-Monte. Fruto de estos estudios ha sido el desarrollo del cuestionario CESQT (cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo Gil-Monte que será el utilizado en la presente investigación.

Para Gil-Monte (2005), SQT es una respuesta psicológica al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización. Se trata de un proceso que se desarrolla de manera progresiva debido a la utilización de estrategias de afrontamiento poco funcionales con las que los/las profesionales intentan autoprotgerse del estrés laboral generado por sus relaciones con usuarios de la organización y, en menor medida, por sus relaciones con la organización.

Esta respuesta se caracteriza por un deterioro cognitivo, consistente en la pérdida de la ilusión por el trabajo, el desencanto profesional o la baja realización personal por el trabajo; por un deterioro afectivo caracterizado por agotamiento emocional y físico; y por la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización, en forma de comportamientos indiferentes, fríos, distantes y a veces, lesivos. En ocasiones, estos síntomas se acompañan por sentimientos de culpa.

La investigación sobre el Burnout se inició en la literatura psicológica en Estados Unidos a mediados de los años 1970, y su interés no sólo se ha proyectado sino ha crecido en el nuevo siglo por parte de los profesionales implicados en la prevención de riesgos laborales.

Asimismo, cambios socioeconómicos y jurídicos relacionados con la epidemiología del burnout, tales como la cultura de mejora de la calidad de vida laboral existente en las organizaciones, el incremento del estrés laboral, los cambios en la estructura ocupacional, y la aparición de la actual Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, BOE 10-11-1995) han fomentado una cultura y una sensibilidad en el mundo laboral que reafirma la necesidad de identificar los riesgos psicosociales y prevenirlos, incluyendo el estrés laboral y sus resultados, entre los que se encuentra el burnout.

Todo este proceso, culmina con el reconocimiento oficial por la OMS del burnout o de desgaste profesional como enfermedad tras la ratificación de la revisión número 11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11).

2.3.1 Burnout en el sector sanitario

Respecto a la prevalencia de la patología del SQT en ambientes sanitarios, destacamos los estudios de Llorca-Rubio, quien obtuvo para una muestra de profesionales de la salud (medicina y enfermería) que un 9,44% de las personas del estudio presentaban niveles muy altos del mencionado síndrome.

Según un estudio sobre prevalencia del burnout en enfermería en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, donde participaron 52 profesionales correspondientes a dos grupos de enfermería. El resultado mostró cansancio emocional en un 58,5%, despersonalización 59% y baja realización en un 65% en ambos grupos. Esta investigación continúa una trayectoria investigadora del burnout en personal de enfermería.

El colectivo de enfermería se enfrenta diariamente a diversos factores y situaciones de

riesgo que pueden alterar su integridad psicológica y que son catalogados como “estresantes” (por ejemplo; conflictos interpersonales con los clientes, con sus familiares o con sus propios compañeros, resultados de salud desfavorables, nocturnidad, sobrecargas de trabajo, urgencias vitales, sobrecargas cargas de trabajo, rotaciones, falta de personal, conflictos con los pacientes, relaciones con las familias, riesgos físicos ambientales y también bacteriológicos como es la situación actual de pandemia por coronavirus), los cuales hacen que los profesionales de enfermería tengan uno de los índices de estrés más alto registrados en el ámbito laboral.

Como riesgo psicosocial se destaca la carga y la falta de personal. Son una fuente importante en la ocurrencia de incidentes. Al tener menos vigilancia sobre algunos pacientes se aumenta el riesgo y sobretodo pacientes de gravedad. Así se aprecia que la carga laboral en el personal de enfermería que brinda atención a los ingresados como en la unidad de medicina interna, conlleva un detrimento de la calidad en la atención al paciente.

Cuando la carga laboral para enfermería aumenta, la razón enfermera/paciente es alta, debido principalmente a la falta de personal aparecen consecuencias en el nivel de estrés de enfermería.

La carga de trabajo hace referencia a las tareas o actividades que habitualmente recaen sobre la enfermería de medicina interna; los tiempos de enfermería están directamente relacionados con los cuidados por realizar. Todo esto implica una pérdida de bienestar en la actividad profesional.

Respecto a la rotación en el servicio Canario de Salud, la movilidad de forma obligada ha aumentado por razones de presupuesto el destino de personal a nuevos servicios a los cuales no están preparados. En esta situación los enfermeros desplazados tienen que suplir la ausencia de profesionales en servicios que desconocen. El desconocimiento de los protocolos y las normas de funcionamiento interno de los servicios como el de medicina interna, en los que se puede trabajar de forma ocasional, provocan en los enfermeros una mayor inseguridad y aumento del estrés.

Respecto a los conflictos se detecta que existen conflictos relacionados con una comunicación deficiente entre los profesionales de enfermería.

Entre todos estos riesgos psicosociales, adquiere especial relevancia el SQT que repercute no sólo en el profesional sanitario que lo sufre sino también, de forma sistémica, en toda la

espiral: pacientes, familiares y organización.

Por todo ello, conocer a través de la evaluación el SQT en el personal de enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital Insular de las Palmas de Gran Canaria, permite crear un programa para prevenir los riesgos psicosociales.

Primero, conoceremos el estado de partida actual con la aplicación del cuestionario CESQT, elaborado por Gil –Monte, y que asimismo está fundamentado teóricamente en el modelo sobre el desarrollo del SQT. Posteriormente, desarrollaremos un programa efectivo de prevención del burnout.

Las relaciones interpersonales en el medio laboral son el fundamento para que surjan conflictos importantes derivando en SQT. Con frecuencia dichas relaciones provocan estrés y pueden ser causa de la aparición del SQT.

2.3.2 Causas y consecuencias del burnout

Las causas del SQT relativas a las condiciones del trabajo pueden deberse a:

- Relaciones con pacientes, clientes o usuarios, a veces no satisfechos.
- Manifestación emocional: tener que expresar emociones socialmente correctas mientras se trabaja, aunque no haya reciprocidad del otro lado.
- Sobrecarga de trabajo.
- Falta de prevención de riesgos laborales psicosociales.
- Carga de Trabajo y recursos en desequilibrio
- Relaciones interpersonales de poca calidad en el trabajo.
- Falta de oportunidades de aprendizaje, mejora y desarrollo.
- Desequilibrio entre la realidad de trabajo y las expectativas personales
- Horarios de trabajo excesivos.
- Altos niveles de exigencia.
- Tiempo insuficiente para organizar las tareas.

En definitiva, las principales fuentes relacionales en el trabajo son los superiores, los subordinados, los/as compañeros/as y usuarios.

Con éstos últimos se originan los conflictos más relevantes. La supervisión rígida es una fuente de experiencia negativa. Un caso extremo es el acoso psicológico o mobbing que provoca un importante deterioro psicosocial.

La fuente organizacional puede generar estrés: las disfuncionales en los roles laborales, creando un desequilibrio entre lo vivencial y lo real que deriva en un desajuste psicológico en la persona.

Otro factor es la desconfianza entre usuario y profesional, en todo caso, la presencia de una falta de apoyo social en el trabajo y que tiene un gran impacto en la despersonalización.

Las consecuencias para la persona que sufre CSQT pueden ser:

- **Físicas:** Caída del cabello, contracturas musculares, problemas dermatológicos, cardiovasculares, digestivos, intestinales, sexuales y respiratorios.
El Sistema Inmunológico se ve afectado y es más habitual padecer infecciones.
También es frecuente la hipertensión, taquicardia, aumento de catecolaminas, alergias.
- **Consecuencias psicológicas:** emocionales y diversos trastornos, afecta a la autoestima, a la salud, al bienestar y a la calidad de vida de la persona. Es frecuente en burnout padecer trastornos del estado del ánimo (como la depresión) y trastornos de ansiedad porque el miedo al trabajo se convierte en un estresor. Otra consecuencia del síndrome es el aumento de las adicciones, tipo sustancias, como el alcohol, el tabaco u otras drogas, como de conductas, con el juego o las compras compulsivas. A menudo se padece fatiga crónica, el malestar general y puede conllevar un riesgo para la persona (ideación autolítica).
- **Consecuencias sociales:** actitudes negativas hacia las demás personas, aislamiento social y aumento de los problemas de pareja y familiares. Puede derivar en fobia social. Tiene repercusión a nivel familiar, incluso, llegar al divorcio y la pérdida de amistades.
- **Accidentes.** Aumenta el riesgo de accidentes por falta de concentración.
- **Consecuencias para la organización:** La competitividad entre el profesional de enfermería repercute en la empresa y en la eficacia laboral, mala salud o de calidad de vida deterioran la calidad de servicio de la organización y dan lugar a quejas por parte de los pacientes sobre el trato recibido. También el absentismo y la baja productividad. Los accidentes que provoca también afectan a la empresa.

- **Consecuencias para la sociedad:** El burnout es un problema social que interviene en la salud pública por el coste económico que conlleva y también social. Las consecuencias y complicaciones afectan a la economía y al sistema sanitario. La prevención de la salud mental es rentable para la sociedad y economía. El SQT, entendido como una patología derivada del trabajo, viene unida a la necesidad de estudiar el estrés laboral. Las organizaciones cada vez previenen sobre estos aspectos del bienestar laboral.

La Nota Técnica de Prevención 732 III (NTP), complementaria de la NTP 705, notas de buenas prácticas no vinculantes, salvo que estén recogidas en una normativa, pero cuya recomendación se consultan y valoran, se pronuncia en este mismo sentido, atribuyendo más afectación en variables individuales al rol representado por la mujer en el trabajo.

El SQT constituye actualmente un fenómeno en expansión y es objeto de estudio por las Organizaciones Públicas que tienen potestad para crear programas de prevención.

El SQT surge en las relaciones interpersonales de carácter laboral, especialmente con los usuarios de la sanidad que pueden conllevar una exigencia y tensión, el progreso del síndrome va a ser función de la interacción entre las condiciones del entorno laboral y las variables personales. El ambiente de trabajo es el desencadenante de los síntomas. Junto a estas condiciones laborales existen otros factores individuales –sociodemográficos- y de personalidad que tendrá un papel importante en el proceso porque modulan la frecuencia e intensidad con que las personas perciben sus síntomas.

Características o variables demográficas como son el sexo, la edad, estado civil y ambiente laboral, también la formación son variables que anteceden al desarrollo de SQT.

Otro factor es el rol de las variables de la personalidad que interviene con las respuestas al estrés que sufre la persona.

Algunos estudios indican aspectos como la autoestima, autoeficacia y autoconfianza que desarrollan las personas inciden en el desempeño profesional y sirven para afrontar los estresores propios del trabajo de enfermería.

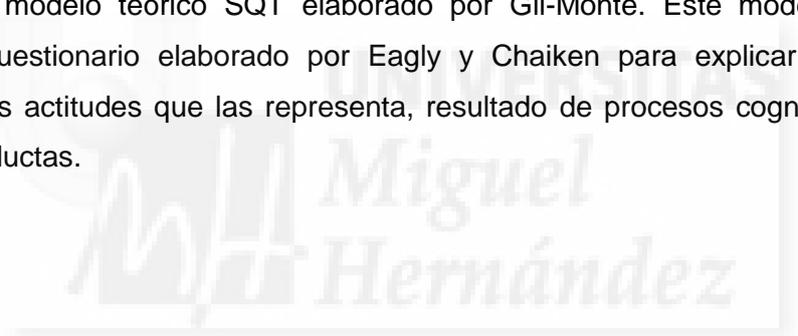
Resumiendo, el burnout es uno de los daños psicosociales importantes situándose entre un 15% y un 40% del personal sanitario afectado (enfermería), que padece burnout según aparece en los diferentes estudios realizados en España.

Con todo ello, se podrá analizar los elementos presentes en el burnout, y conociéndolos apuntar líneas de intervención para la prevención de este Síndrome.

A la hora de considerar el proceso de desarrollo del SQT, es decir cómo avanza temporalmente la patología y la causalidad que se crea entre sus síntomas, se parte de que este síndrome implica el deterioro de los sistemas cognitivo y actitudinal de la persona. Es relevante tener en cuenta la cognición, las emociones y las actitudes como factores que explican el citado proceso.

El trabajo de gestión emocional que se presenta en este TFG, contempla todos estos factores de los profesionales de enfermería. Desde las emociones producidas por los estímulos externos al diálogo interno según las creencias. Pueden ser en positivo o en negativo según la forma de gestionarlas del individuo.

Como instrumento a utilizar para la evaluación del burnout en el personal de enfermería, se ha partido del modelo teórico SQT elaborado por Gil-Monte. Este modelo toma como referencia el cuestionario elaborado por Eagly y Chaiken para explicar la aparición y funciones de las actitudes que las representa, resultado de procesos cognitivos, procesos afectivos y conductas.



3. Objetivos

3.1 Objetivo General

El objetivo general de este Trabajo Fin de Máster (TFM) es evaluar el Síndrome de burnout en el personal de enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital Insular de Las Palmas de Gran Canaria a través el cuestionario CESQT (Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo) y elaborar un programa de Gestión Emocional para prevenir el burnout.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar los principales factores de riesgo psicosociales a los cuales se enfrentan el personal de enfermería del sector sanitario.
- Conocer la prevalencia del burnout en el personal de enfermería a través de la aplicación del cuestionario CESQT (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal).
- Analizar las dimensiones del burnout mejor y peor valoradas.
- Establecer un programa de prevención para recopilar información sobre las estrategias de afrontamiento del burnout.

4. Material y métodos

4.1 Diseño del estudio

Estudio de investigación cuantitativa (proceso formal, objetivo y sistemático, en el que se usan los datos numéricos para obtener información), observacional (no hay manipulación, tan solo se recogen características), descriptivo (descripción de las características de ciertos individuos, situaciones o grupos) y transversal (se recogen los datos en un momento puntual, sin realizar seguimiento). Además, el estudio se apoyó en la investigación documental bibliográfica, la cual permite construir la fundamentación teórica científica del proyecto. La recolección de datos se hace, a través, de la aplicación de un cuestionario.

4.2 Muestra utilizada

Los participantes del estudio son 22 trabajadores sanitarios (personal de enfermería) del servicio de Medicina Interna del Hospital Insular de las Palmas de Gran Canaria. De ellos, 7 son hombres y 15 son mujeres. Las edades van comprendidas desde 30 a 54 años, con una media de edad de 39 años. Respecto a la antigüedad, un 50% tienen contratos indefinidos con un largo tiempo en la unidad, que corresponde a los de mayor edad. Y el otro 50% corresponden a los más jóvenes, con menos antigüedad y contratos temporales.

Estos han realizado el cuestionario de forma anónima y previamente han asentido en su consentimiento.

4.3 Descripción del instrumento

Para evaluar el síndrome de burnout en el personal de enfermería en la planta de medicina interna del hospital insular de las palmas de Gran Canaria, se ha utilizado el cuestionario CESQT (Cuestionario para la evolución del síndrome de quemarse por el trabajo) de Gil-Monte (Anexo 1) en su segunda edición, revisada y validada.

Este cuestionario está diseñado para evaluar los niveles de SQT (síndrome de quemarse por el trabajo, evaluando las cogniciones, las emociones y las actitudes relacionadas con sus experiencias laborales).

Estas variables se estiman mediante las cuatro escalas que componen el CESQT, junto la puntuación total del instrumento.

Está formado por 20 ítems que se valoran mediante un formato de respuesta de frecuencia de cinco puntos, desde 0= Nunca, 1= Raramente (algunas veces al año), 2= A veces (algunas veces al mes), 3= Frecuentemente (algunas veces por semana), 4= Muy frecuentemente (Todos los días).

Se ha utilizado de las 2 versiones del CESQT, la principal que se relaciona con los trabajadores que realizan su actividad laboral atendiendo a las personas.

Este cuestionario, se realiza en 10 minutos, es de aplicación individual o colectiva. Siendo en esta investigación la individual la elegida.

Los citados 20 ítems se distribuyen en las siguientes escalas:

1. *Ilusión por el trabajo (It)*. Esta dimensión está formada por 5 ítems. Se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque suponen una fuente de satisfacción personal. La persona percibe su trabajo como atractivo y alcanzar las metas profesionales es una fuente de realización personal. Incorpora también un componente de autoeficacia profesional. Debido a que los ítems que componen esta escala están formulados de manera positiva, bajas puntuaciones en la misma indican niveles altos de SQT.
2. *Desgaste psíquico (Dp)*. Esta escala está formada por 4 ítems. Se define como la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas.
3. *Indolencia (In)*. Esta escala está formada por 6 ítems. Se define como la presencia de actitudes negativas de indiferencia hacia los clientes de la organización (p.ej., pacientes). Los individuos que puntúan altos en ella muestran insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de los clientes.
4. *Culpa (C)*. Esta escala está formada por 5 ítems. Se define como la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial hacia las personas con las que se establecen relaciones laborales.

Además de las cuatro escalas anteriores, el cuestionario CESQT también ofrece la *puntuación Total SQT*, que se obtiene a partir de las escalas ilusión por el trabajo, desgaste psíquico e indolencia.

Los ítems de culpa no contribuyen al cálculo de la puntuación SQT ya que la escala culpa tiene la función de permitir distinguir entre dos perfiles diferenciados del SQT: perfil 1 (sin niveles muy altos o críticos de culpa) y perfil 2 (con niveles muy altos o críticos de culpa).

4.4. Procedimiento de recogida de información y procesamiento de los datos

Previamente se pasó información sobre el estudio para tener consentimiento informado (anexo 2), la muestra seleccionada, ofreciéndoles la oportunidad de participar voluntariamente en el mismo.

Después de esto se envió el cuestionario CESQT (Anexo 1) a los participantes del estudio durante el mes de abril hasta finales de mayo de 2020, mediante un formulario de Google drive vía online con el fin de facilitar su aplicación a éstos.

El cuestionario es anónimo, garantizando la confidencialidad, apareciendo ninguna identificación personal de los encuestados.

Con los datos obtenidos (20 ítems), por cada uno de los 22 cuestionarios, se procedió, con clave de acceso (PIN) a la corrección de cada una de las pruebas por internet en la plataforma TEA corrige. Esta plataforma ofrece de forma rápida las puntuaciones directas obtenidas en la prueba junto a sus percentiles, además de un perfil en el que se representan los resultados.

Todos los datos que se recojan de los participantes de este estudio se tratarán según la Ley de protección de datos (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de Datos personales y garantía de los derechos digitales) y siguiendo las normas de confidencialidad y anonimato establecidas.

5. Resultados y discusión

5.1 Análisis de resultados

Los resultados obtenidos derivan de la aplicación del Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo, CESQT (Anexo 1), en la 2.^a edición, revisada y ampliada de 2019.

La muestra, tal como se indicó en el apartado de material y Métodos, estuvo formada por 22 sanitarios de enfermería del servicio de Medicina Interna del Servicio Canario de Salud.

A continuación, se describen los resultados obtenidos en las distintas escalas y dimensiones del cuestionario y a nivel global:

- Total SQT (Síndrome de quemarse por el trabajo), obtenido a partir de las escalas de Ilusión por el trabajo, desgaste psíquico e indolencia.
- La escala ilusión por el trabajo.
- La escala desgaste psíquico
- La escala indolencia.
- La escala culpa.

5.1.1. Puntuación total

Tal como se observa en la figura 1, el 36 % de los sanitarios presentan una intensidad media de burnout (puntuaciones percentil de 34-66).

Además, hay que considerar que esta puntuación total SQT se interpreta como un índice global de la presencia del síndrome de quemarse por el trabajo y se obtiene a partir de las escalas ilusión por el trabajo, desgaste psíquico e indolencia.

También puede considerarse que el 14% de las puntuaciones reflejaron un nivel alto de burnout (percentil, 67-89) y un 9%, un nivel crítico (percentil >89).

SQT
Síndrome de Quemarse por el Trabajo

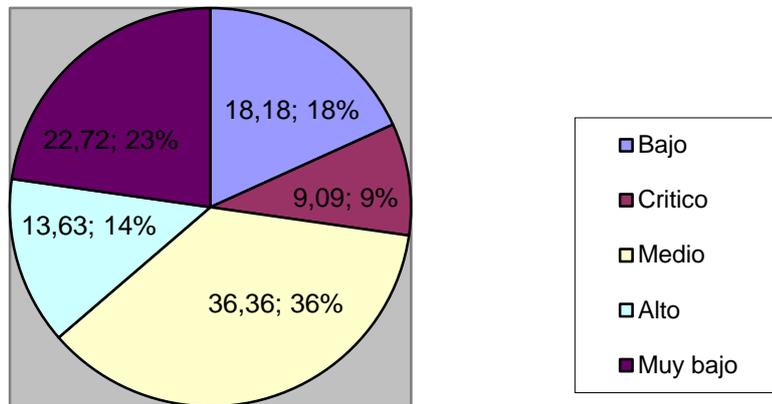


Figura 1: SQT, Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

Fuente: Elaboración propia

5.1.2. Escala IT, Ilusión por el Trabajo: Deseo de alcanzar metas laborales

Según los valores obtenidos en esta escala el 40% de las puntuaciones indicaron una alta ilusión por el trabajo (puntuación percentil 67-89). También resulta interesante comentar que se dieron un total de 13% de puntuaciones en el nivel muy bajo (<11 Percentil), 13% en el nivel bajo (11-33, percentil) y 13% en el nivel medio (34-66, percentil) respectivamente.



Figura 2: IT Ilusión por el Trabajo.

Fuente: Elaboración propia

5.1.3. Escala DP, Desgaste Psíquico: Agotamiento emocional físico

El 23 de las puntuaciones han reflejado un nivel crítico muy alto de desgaste psíquico (percentiles >89), así como un 28%, niveles medios (34-66, percentiles) y un 14% niveles altos (percentiles 67-89), respectivamente

DP Desgaste Psiquico

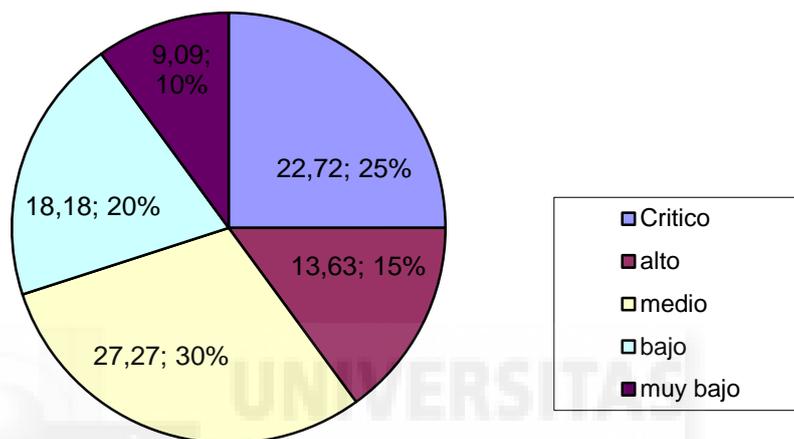


Figura 3: DP, Desgaste Psíquico.

Fuente: Elaboración Propia

5.1.4. Escala IN, Indolencia: Actitudes negativas de indiferencia e insensibilidad hacia los pacientes.

Respecto a esta escala el 55 % de las puntuaciones han reflejado un nivel medio de indolencia (percentiles 34-66). Se señala también que un 18% manifestaron un nivel crítico-muy alto (percentil >89) y un 14% alto (percentiles 67-89) respectivamente.

IN Indolencia

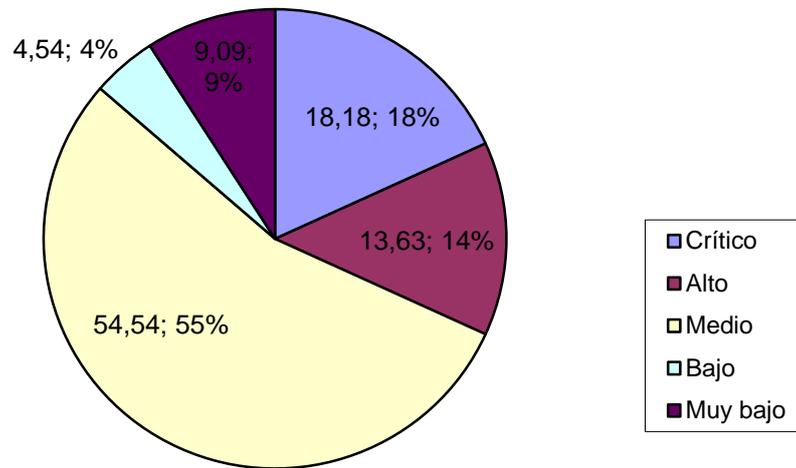


Figura 4: IN, Indolencia.

Fuente: Elaboración Propia

5.1.5 Escala C, Culpa:

En referencia a este apartado, el 59% de las puntuaciones han mostrado un nivel medio de Culpa (percentiles 34-66).

La escala culpa se interpreta de manera independiente a las anteriores. No contribuye a formar la puntuación total SQT, ya que no todos los individuos con altos niveles de SQT desarrollan culpa.

El propósito de esta escala es diferenciar entre dos perfiles SQT: perfil 1 y perfil 2

El perfil 1 indica presencia de síntomas de SQT (muy baja ilusión por el trabajo y niveles muy altos o críticos de Desgaste psíquico e indolencia), pero éstos no van acompañados de niveles críticos de Culpa. Los profesionales incluidos en este perfil, presentan unos sentimientos y conductas vinculadas al estrés laboral que originan una forma moderada de malestar, pero que no incapacitan a la persona para el ejercicio de su trabajo, aunque podrían ejercer su trabajo de una forma más eficaz.

El perfil 2, en cambio, se caracteriza por niveles críticos de SQT que, además, van acompañados de niveles críticos de culpa. Y los profesionales incluidos en el perfil 2,

pueden presentar serios síntomas de estrés y bajo desempeño laboral que puede representar la fase final del proceso del SQT.

C Culpa

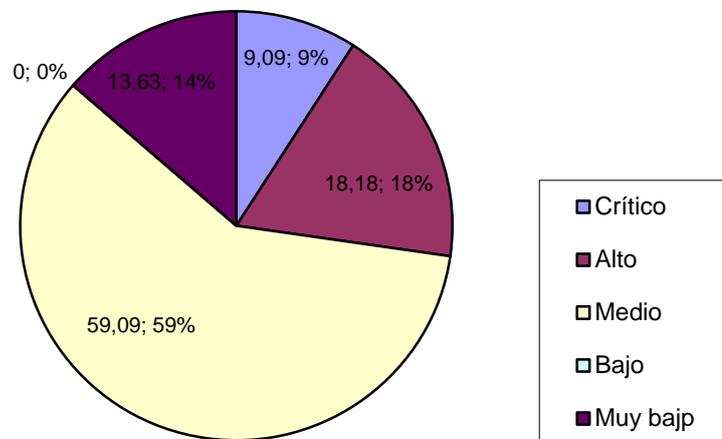


Figura 5: C, Culpa.

Fuente: Elaboración Propia

5.1.6. Resultados y discusión

Al valorar los resultados obtenidos por la aplicación del cuestionario CESQT, reflejaron que el 36% de los participantes presentaban una intensidad media de burnout, el 28% un nivel medio de desgaste psíquico (agotamiento emocional), además que el 55% presentaron un nivel medio de indolencia, y que el 59 % han presentado también un 59% de nivel medio de culpa.

Hay que destacar que la prevalencia de esta patología, relacionada única y exclusivamente con el desempeño de la actividad laboral, varía según las fuentes consultadas.

En algunos estudios se han obtenido porcentajes en el sector sanitario, del 30% (Albadalejo, Villanueva). Resultados más moderados, sitúan su prevalencia en el 11,4% (Grau, Flichtentrei).

En el estudio de revisión sobre la prevalencia del SQT en la Unión Europea realizado por la European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions se concluía que, en Holanda, con datos publicados en 2017, el porcentaje de trabajadores y

trabajadoras que sentían SQT se incrementó del 11,3% en 2007 al 14,6% en 2016; Y en Portugal, el estudio consultado concluye que el 15% de los profesionales sanitarios presentaban niveles medios de SQT.

La prevalencia en el nivel crítico para España evaluada por el CESQT se sitúa entre el 20,5% y el 8,89%.

En estudios recientes Llorca y Rubio obtuvo para una muestra de profesionales de la salud (medicina y enfermería) que un 9,44% de las personas del estudio presentaban niveles críticos de SQT (muy altos).

Comparando los resultados obtenidos en la evaluación del SQT en el hospital Insular de Gran Canaria en la unidad de medicina interna, con un nivel crítico de 9% de SQT, se da una similitud con los resultados de estudios recientes con profesionales sanitarios como los de Llorca y Rubio, donde un 9,44% de los trabajadores del estudio presentaban SQT.

Aunque se puede ver una similitud en los resultados de ambos estudios, las circunstancias de cada uno son muy diferentes, uno en etapa normalizada sin estar la situación de pandemia por Covid-19 (Llorca y Rubio) y la otra en la que si se da una situación especial de pandemia por Covid-19, que lo hace singular. Dada la pequeña muestra utilizada y la única observación realizada en una situación que continua actualmente, se necesitaría tener más muestra y más observaciones a lo largo del tiempo, haciendo un estudio longitudinal para que fuera más significativo.

Al tratarse de un estudio descriptivo y observacional en el que solo se describen características de ciertos individuos, situaciones o grupos, pero no analítico, no se puede establecer una relación causa-efecto entre los factores estudiados.

6. Programa de prevención y tratamiento del síndrome burnout

6.1 Consideraciones previas

En la base del presente trabajo sobre la evaluación del burnout del personal de enfermería hospitalaria del Servicio Canario de Salud está presentes tres cuestiones aplicadas al ámbito sanitario.

- ¿Qué es el burnout?
- ¿Cómo evaluarlo?
- ¿Cómo intervenir sobre el tanto a nivel de tratamiento como de prevención?

Todos estas cuestiones están estrechamente relacionadas.

Para dar respuesta a la primera se ha utilizado el modelo teórico SQT, (Gil-Monte,2005). Este ayuda a analizar las condiciones laborales y sociales, como pueden ser las del personal sanitario que favorecen su desarrollo. Y lo ha definirlo como una respuesta psicológica al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional caracterizada por un deterioro cognitivo (falta de ilusión por el trabajo), un deterioro afectivo (desgaste psíquico o agotamiento emocional y deterioro conductual (indiferencia e indolencia hacia los usuarios) y en también en ocasiones, con la aparición de sentimientos de culpa.

Respondiendo a la segunda pregunta, una vez conceptualizado el síndrome de burnout siguiendo el modelo teórico anteriormente mencionado, se ha optado en este trabajo por el instrumento CESQT, Cuestionario para la evaluación del síndrome de Quemarse por el trabajo (Manual CESQT) fundamentado en el nombrado modelo SQT, y que ha sido el utilizado en la muestra de personal sanitario del presente trabajo.

Finalmente la respuesta a la tercera cuestión, nos conduce a lo que va a ser el objeto del actual apartado, referido a un programa de prevención del burnout en el personal sanitario hospitalario del Servicio Canario de la Salud. Este programa está basado en el mismo modelo SQT .

Coherentemente, un programa de prevención o tratamiento del SQT, en esta caso aplicado al personal sanitario hospitalario canario, debe recoger todos los aspectos que caracterizan a la respuesta psicológica al estrés laboral crónico que representa el SQT.

Es decir, considerar los deterioros cognitivos, emocionales y comportamentales que le caracteriza, utilizando técnicas de intervención que serán desarrolladas en el actual apartado.

Asimismo, teniendo en cuenta que el burnout impacta en la salud de los trabajadores con manifestaciones de problemas psicosomáticos se incorporaría al programa otras técnicas interventivas para estas situaciones.

Se puede aprender a afrontar para prevenir la aparición de una de sus consecuencias graves como es el burnout.

En este proceso aprendido de afrontamiento el trabajador valora la situación laboral y busca adaptarse a su entorno de trabajo, siempre considerando la interacción de factores ambientales y variables de personalidad que podrán ser facilitadores o inhibidores del citado proceso.

Se trata de diseñar un programa para mejorar actitudes, cogniciones emociones y comportamientos disfuncionales que permitan llegar a estados psicológicos mas saludables y que mejoren las relaciones en este caso del personal sanitario con todas las personas de su lugar de trabajo tanto compañeros como usuarios.

Los efectos beneficiosos del programa se podrían dirigir no sólo al personal, en este caso sanitario, objeto del presente trabajo, con dificultades derivadas de su respuesta al estrés laboral o burnout, sino a todo el resto de personal sanitario para promocionar su salud laboral y actuar de forma preventiva con los riesgos psicosociales laborales a los que pudiesen verse expuestos.

6.2 Programa de Enfermería Saludable

Se ha optado a la hora de presentar un programa preventivo sobre el burnout en enfermería por lo desarrollado como programa de prevención y tratamiento del SQT Gil-Montes.

Si bien el citado programa se ha probado en el sector educativo con personal docente, según manifiesta su autor, se podría aplicar a sectores como el sanitario en ocupaciones, y es el caso de la enfermería, que impliquen un trato directo con sus usuarios, en este caso pacientes.

A continuación, exponemos lo que podría ser objeto de aplicación de este programa, con

adaptación al ámbito sanitario, y en particular a la ocupación de enfermería.

Se ha optado por la denominación de esta acción Preventiva del burnout como: *Programa de Enfermería Saludable*.

Destinatarios

Personal sanitario de Enfermería del Servicio Canario de Salud

Duración

Dos meses ,con sesiones semanales de dos horas y 6 sesiones.

Objetivos

- ✓ Afrontar la desilusión, el desgaste psíquico, el sentimiento de culpa y la indolencia en la situación de SQT en enfermería utilizando técnicas de reestructuración cognitiva.
- ✓ Intervenir sobre la indolencia(indiferencia), sobre las actitudes negativas y sobre el desgaste psíquico del burnout de enfermería a través de la técnica de análisis transaccional.
- ✓ Afrontar la falta de ilusión por el trabajo,la indolencia y el desgaste psíquico en la situación SQT del personal sanitario utilizando las técnicas de Inteligencia Emocional.
- ✓ Gestionar los efectos de estrés laboral y de las somatizaciones producidas en el entorno hospitalario empleando el método de la relajación muscular.

6.2.1. Programación de sesiones

Las sesiones programadas son las siguientes:

Tabla 1 . Sesiones del Programa: Enfermería Saludable

Sesión 1	Objetivos programa. Estrés laboral, los Riesgos psicosociales en enfermería: síndrome de Burnaut. Técnicas de intervención.
Sesión 2	Intervención Burnout enfermería: Técnicas de reestructuración cognitiva para afrontamiento, desilusión, desgaste psíquico, culpa e indolencia. TRE de Ellis T. Cognitiva de Beck
Sesión 3	
Sesión 4	Intervención Burnout enfermería: Técnica del A. Transaccional para el afrontamiento del desgaste psíquico, culpa e indolencia (Berne, 1974; 1975; 1983; 2007)
Sesión 5	Intervención Burnout enfermería: Técnicas de inteligencia emocional para el afrontamiento de la indolencia, del desgaste psíquico y de la desilusión en el trabajo. La inteligencia emocional (Mayer y Salovey, 1995)
Sesión 6	Intervención Burnout enfermería: Técnicas de relajación para la gestión consecuencias del estrés laboral y de las somatizaciones producidas. Método la de relajación muscular progresiva (Jacobson,1938). El entrenamiento autógeno (Schultz, 1969).

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 2. Cuadro de adecuación Burnout: Técnicas de intervención

	RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	ANÁLISIS TRANSACCIONAL (AT)	INTELIGENCIA EMOCIONAL (IE)	RELAJACIÓN
FALTA DE ILUSIÓN POR EL TRABAJO (IT)	X		X	
DESGASTE PSÍQUICO (DP)	X	X	X	
SENTIMIENTO CULPA (C)	X	X		
INDOLENCIA (I)	X	X	X	
TRANSTORNOS PSICOSOMÁTICO S (TP)				X

Fuente: Elaboración propia

Sesión 1

• Contenidos

Primero se presentarán los objetivos del programa y de sus contenidos. Luego, se exponen las fuentes del estrés laboral identificando estos en el trabajo de enfermería y sus factores psicosociales convertidos en riesgos psicosociales (entorno, relaciones, tareas).

A continuación, se exponen las consecuencias de los riesgos psicosociales en el trabajo: El SQT, el proceso del burnout, presentando los distintos deterioros cognitivos, afectivos, conductuales y físicos que van asociados al SQT.

Se expone la definición clásica del estrés de Selye: El estrés sería un proceso fisiológico normal de estimulación, activación y respuesta del organismo. Cuando este es prolongado o

demasiado intenso, es cuando resulta perjudicial y aparece el SGA (Síndrome General Adaptativo).

La definición del estrés laboral que analiza por Gil Monte es la siguiente: Es el desajuste entre las habilidades y capacidades que la persona posee y las exigencias y demandas del trabajo a desempeñar.

Se desarrollará los modelos de explicación del estrés laboral: El modelo de demandas – control de Karasek, que fue desarrollado en relación con entornos de trabajo donde los estresores son crónicos y en los que el control de los mismos por parte de la persona adquiere una gran importancia y el modelo de demandas-recursos de Bakker y Demerouti, que postula que todas las profesiones pueden tener sus propios factores de riesgo específicos relacionados con el estrés en el trabajo y que estos factores se pueden clasificar en dos categorías generales: las demandas del trabajo y los recursos del trabajo, los que constituye un modelo general que puede aplicarse a diversos lugares y ambientes de trabajo.

Luego, se presentan los principales procedimientos de intervención sobre el SGT en el personal sanitario con las distintas técnicas que se desarrollarán en las sesiones siguientes.

Por último, en dicha sesión se realizará un ejercicio-debate dirigido sobre la importancia de la prevención con la participación de todos los trabajadores.

Sesiones 2 y 3

- **Contenidos:**

Primero, se explican lo que se pretende conseguir con las técnicas de reestructuración cognitiva. Es decir, con ésta, se identificará y modificar las cogniciones (pensamientos) desadaptativas de la persona, visibilizando su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones en este caso del personal de enfermería, tratando su dolor emocional en su trabajo diario.

Se traslada a los participantes que se tratará de intervenir, no tanto en la conducta como en los pensamientos; sobre los esquemas cognitivos y los conceptos a partir de los cuales una persona interpreta la realidad.

- **Terapias de intervención cognitiva del estrés:**

Se desarrollan las técnicas de reestructuración cognitiva para el afrontamiento de la desilusión, del desgaste psíquico, del sentimiento de culpa y de la indolencia en el trabajo diario de enfermería: Terapia racional emotiva conductual de Ellis y Grieger y terapia cognitiva de Beck.

Las terapias cognitivas representan una variedad de técnicas cuyo principal modo de acción es modificar los patrones erróneos de pensamiento de las personas. El foco de la intervención está en el contenido ideacional envuelto en la disfunción emocional y conductual.

Para intervenir con el personal sanitario, utilizaremos las siguientes que exponemos a continuación:

Terapia racional-emotiva de Ellis (Ellis, 1981)

La premisa básica de la Terapia racional emotiva es que gran parte, si no todo el sufrimiento emocional, es debido a los modos inadaptativos en que las personas construyen el mundo y a las creencias irracionales que mantienen. Dichas creencias conducen a pensamientos y sentimientos autoderrotistas que ejercen un efecto adverso sobre la conducta.

Lista de ideas irracionales (Ellis, 1981):

- Es absolutamente necesario ser amado y aprobado por otros y en todo momento.
- Debo ser infaliblemente competente y perfecto en cualquier actividad que emprenda.
- Las personas que hieren son malas y debo culparlas y condenarlas.
- Es horrible y catastrófico que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.
- Los acontecimientos externos causan gran parte de la infelicidad humana y tengo poca capacidad para controlar mis sentimientos.
- Encuentro más fácil evitar enfrentarme a las muchas dificultades y responsabilidades de la vida, que ocuparme de forma provechosa.
- Si algo me parece amenazante debo preocuparme y perturbarme por ello.
- Mi pasado sigue siendo importante y sólo porque algo haya ejercido una enorme influencia en determinado momento de mi vida, tiene que seguir determinando mis sentimientos y conductas del presente.

- Las personas y las cosas deberían ser mejor de lo que son y debo considerar horrible no encontrar rápidamente soluciones buenas a los problemas de la vida.
- Puedo alcanzar la felicidad a través de la inercia y la “no acción”, sin comprometerme.
- Debo tener un alto grado de certeza y orden para sentirme bien.
- La calificación global que me doy a mí mismo como persona y mi autoestima dependen de la perfección de mis acciones y del grado de aprobación que me den las personas.

Ejercicios: Con los participantes de la sesión se trabajará para que identifiquen en su vida diaria laboral las posibles creencias irracionales que pueden tener.

El Modelo ABC (Ellis, 1981)

Una vez identificadas los distintos tipos de creencias irracionales que pueden aparecer en la vida de los participantes se trabajará con ellos el Modelo ABC de Ellis, para transformar y cambiarlas.

La tarea a desarrollar en esta sesión con el personal sanitario tendrá las siguientes fases:

- 1º Identificar las situaciones en su trabajo que perturban al profesional.
- 2º Ayudarle a descubrir los pautas concretas de pensamiento y las creencias subyacentes que constituyen la respuesta interna a estas situaciones y que provocan emociones negativas.
- 3º Ayudar al profesional sanitario a que modifique esas pautas .

Con la Terapia Racional Emotiva (TRE) se enseña a los participantes sanitarios los ABC de la información personal y la creación de la disfunción, es decir, se ayuda a demostrar a las personas que sus consecuencias emocionales (C), no se derivan directamente de las situaciones activadoras (A) si no de, sus sistemas de creencias (B) acerca de esos eventos activadores.

A continuación, se enseña a los participantes cómo retar, debatir y cuestionar sus creencias irracionales; enseñándoles a preguntarse a sí mismo (D).

Finalmente los participantes al autodebatir sus ideas insanas, podrán alcanzar un nuevo efecto cognitivo, es decir una creencia saludable produciéndose una interpretación

alternativa funcional (E).

Ejercicio: Técnica de debate de Ellis

Ante un acontecimiento el profesional utilizará creencias que pueden ser racionales e irracionales con consecuencias emocionales diferentes en cada caso. Las cuestionará y buscará una alternativa adecuada.

Terapia cognitiva de Beck (1983)

Esta terapia cognitiva gira en torno dos conceptos básicos: Los eventos cognitivos y los procesos cognitivos.

Los primeros son una corriente de pensamientos que emergen rápida y automáticamente, son los llamados por el citado autor pensamientos automáticos.

Los segundos o procesos cognitivos se refiere al cómo pensamos existiendo las distorsiones cognitivas como formas de pensar con errores sistemáticos en el pensamiento. Son hábitos de pensar que causan problemas a las personas, formando parte de sus esquemas internos.

Principales distorsiones cognitivas:

Se trabajará con los participantes sanitarios identificando las principales distorsiones cognitivas que pueden aparecer en su vida laboral, algunas de ellas son:

- Pensamiento absolutista (razonamiento dicotómico):Tendencia a situar las experiencias en categorías opuestas o extremos.
- Sobregeneralización: Utilización de absolutos (todo, nada, nunca, siempre)
- Atención selectiva: Centrarse en un detalle para sacar una conclusión general.
- Razonamiento emocional: Creer que las cosas son de la forma en que uno las siente.
- Responsabilidad excesiva: Sentirse responsable por todos los acontecimientos negativos que pudiesen ocurrir (la culpa es mía).
- Lectura de la mente: Creer que se sabe lo que el otro está pensando sin evidencia que lo fundamente.
- Culpabilización inapropiada: “Debería de haber hecho”. Las distorsiones cognitivas en forma de autoexigencias personales provocan autodesprecio y

reducción de la autoestima.

- Filtro mental: Conclusión general a partir de un solo detalle. Atención selectiva a lo negativo, desestimando todo lo positivo.

Ejercicios:

Con los participantes se trabajará en situaciones de su vida laboral en las que se pueda utilizar la técnica de la refutación de las distorsiones negativas. Se trata de un procedimiento para contrastar y poder refutar las distintas distorsiones cognitivas que pueden producirse en la labor diaria del personal sanitario.

En dichos ejercicios se realizan preguntas de tres tipos:

- Preguntas para conocer la evidencia o certeza del pensamiento para comprobar que se ajusta a la realidad: ¿Cómo lo sé?
- Preguntas para valorar la importancia de las consecuencias si el pensamiento fuese verdadero: ¿Qué ocurriría si...?.
- Preguntas para valorar los efectos de los pensamientos mantenidos?.

Sesión 4

En dicha sesión con la denominada técnica del Análisis Transaccional enseñaremos a afrontar a los participantes el desgaste psíquico, el sentimiento de culpa y la indolencia en sus tareas de enfermería.

• **Contenidos**

Primero, se explica el diálogo interno a los profesionales:

El diálogo interno es el eje de ésta técnica. Es considerada una experiencia diaria y muy recurrente, que en ocasiones pasa desapercibida para la persona, y sólo ésta toma consciencia del mismo cuando su intensidad le provocan un malestar suficiente.

Además, a parte del Análisis Transaccional de Berne se relaciona el diálogo interno como técnica con las terapias de reestructuración cognitiva que se trataron en la sesión 2.

Tipos de Diálogos Internos:

Las referencias de autores como los arriba mencionados señalan cinco tipos de diálogos principales que en esta sesión también será aplicada al entorno laboral del personal

sanitario:

- *Diálogos de de tipo catastrofista*

Numerosas vivencias de “ansiedad anticipatoria “ constituyen los contenidos de los diálogos internos.

Se plantea a los participantes sanitarios como pueden tener experiencias anticipatorias con consecuencias negativas de la situación hasta incluso llegar a pensamientos capaces de atemorizarles.

La ansiedad anticipatoria se convierte en un elemento de angustia por si mismo que suele ser peor por su impacto que las propias consecuencias temidas.

Ejercicio con los participantes sobre éste diálogo.

- *Diálogos de culpabilización o de autoexigencia*

En la práctica, se convierte en un diálogo con gran poder para cronificar el estrés en medios laborales.

La persona se culpabiliza por haber realizado o dejado de haber realizado alguna acción. Siente que podía haber atendido mejor por ejemplo a los pacientes o haber atendido a las necesidades de los demás.

Ejercicio con los participantes sobre éste diálogo.

- *Diálogos de victimización, abatimiento y autocompasión*

Este tipo de diálogo guarda relación con las vivencias de indefensión en las que la persona claudica porque considera que nada está bajo su control, independientemente de los esfuerzos que haga para modificar los acontecimientos de su vida.

Ejercicio con los participantes sobre éste diálogo.

- *Diálogos de autocrítica*

Se parte de la comparación con otros compañeros de trabajo, otras personas en las que en este caso el profesional sanitario, identifica valores que en si mismo no reconoce.

La frustración aparece como una de las emociones principales

Ejercicio con los participantes sobre éste diálogo.

- *Diálogos ilusorios hipomaniacos*

La persona minimiza las dificultades y engrandece sus capacidades. El contenido de su diálogo interno lo sitúa en una percepción no real que le puede conducir a decidir de forma arriesgada y a la frustración de no haber cumplido sus expectativas grandiosas.

Ejercicio con los participantes sobre éste diálogo.

La gestión de los diálogos internos a través del Análisis Transaccional :

Se explica a los participantes el concepto básico del Análisis Transaccional (AT) que son los denominados Estados del Yo (Berne,1975; 2010).

Se parte de que los Estados del Yo son patrones psicológicos que conllevan pensamientos emociones y comportamientos que se relacionan entre si.en un enfoque de personalidad global.

Desde la perspectiva del AT se mantiene qu el diálogo interno esta formado por la interrelación de los Estados del Yo.

Los Estados del Yo son:

- El Estado del YO PADRE

Representa la parte normativa. Si integran en la personalidad valores, creencias que en el periodo de la infancia se acepta de manera no crítica.

Forma una de las instancias mas relevantes de asutoexigencia: Debería,esta mal hacer...esta bien hacer...

Existen dos aspectos del Estado del Yo Padre:

- Padre crítico: defensor de la norma
- Padre protector: siempre está disponible para ayudar a los demás y preocupado por las necesidades de los otros.

- El Estado del YO ADULTO

Tiene la representación de la parte racional de la persona.

Comprueba las cosas, recoge datos, formula hipótesis y las comprueba.

Toma decisiones y valora lo que es bueno o no a partir de analizar la realidad de forma racional.

- El Estado del YO NIÑO

Simboliza la parte emocional.

Se conduce de manera natural e impulsiva. Si bien es frecuente en las primeras etapas de la vida, se va transformando con la socialización de la persona.

Se considerarn tres aspectos del YO Niño:

- El niño natural (NN). Espontáneo. Curioso.
- El Niño Adaptado Sumiso (NAS): Obediente, disciplinado
- El Niño Adaptado Rebelde (NAR). Desafiante. Se opone pero finalmente se adapta.

Estrategias para gestionar el diálogo interno:

Se comenta con los participantes como el AT puede aportar herramientas para identificar, con un modelo sencillo y asequible, la actividad mental con sus contenidos de los participantes. Puede ayudar al personal sanitario a pasar a mejorar su gestión del estrés en su trabajo diario.

Ejercicios:

Se trabajará con los profesionales casos prácticos sobre el entrenamiento de la capacidad de identificación de los diferentes Estados del Yo en el diálogo interno (contenido de lo que pensamos) que puede experimentar el personal sanitario en su trabajo.

Entrenamiento en la identificación del contenido de cada uno de los Estados del Yo ante una misma situación experimentada por el personal sanitario en su trabajo

Ante una decisión importante, los participantes en las sesión pueden revisar la posición de sus diferentes Estados del Yo .

Entrenamiento en la identificación de los distintos Estados del Yo, con sus correspondientes contenidos que interactúen con el Estado del Yo adulto.

Sesión 5

Se presentan las técnicas de Inteligencia Emocional como un medio para afrontar la indolencia / indiferencia, del desgaste psíquico, de la desilusión en el trabajo diario de enfermería y la Inteligencia emocional.

• **Contenidos**

Se introduce la Inteligencia Emocional y la función de las emociones.

La categorización conceptual más admitida en Inteligencia Emocional distingue entre modelos mixtos y modelos de habilidad.

El modelo mixto es una visión muy amplia que concibe la Inteligencia Emocional como un conjunto de rasgos estables de personalidad, competencias socio-emocionales, aspectos motivacionales y diversas habilidades cognitivas según Goleman.

En el modelo de habilidad que seguiremos en esta sesión, la Inteligencia Emocional es considerada como una inteligencia genuina que se puede desarrollar que es independiente de los rasgos estables de personalidad. Por ello la gestión emocional se podrá entrenar y aprender.

Las emociones ayudan a resolver problemas y facilitan la adaptación al medio

El modelo de habilidad de Mayor y Salovey considera que la Inteligencia Emocional se explica a través de cuatro habilidades :

- La habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud,
- La habilidad para acceder y generar sentimientos que faciliten el pensamiento.
- La habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional.
- La habilidad para regular las emociones favoreciendo el crecimiento personal tanto a nivel emocional como intelectual.

Estas habilidades serán desarrolladas a continuación como componentes de la inteligencia emocional.

Las emociones ayudan a resolver problemas y facilitan la adaptación al medio. Sostienen nuestro funcionamiento saludable y nuestras relaciones en todos los entornos como puede ser el laboral, y en concreto en el ámbito sanitario.

Cada emoción tiene una tendencia de acción específica: La vergüenza protege impidiendo exponerse más, defendiendo la privacidad de la persona; el enfado establece límites para defenderte del otro; la tristeza recoge hacia dentro, te conecta con lo que pierdes y produce acercamiento del otro; y el miedo nos ayuda a escapar de la amenaza.

Componentes de la inteligencia emocional

✓ **La habilidad de la percepción emocional**

Con esta habilidad identificamos y reconocemos tanto los propios sentimientos y emociones como los de aquellos que nos rodean. que en caso del personal sanitario tiene un amplio espectro: pacientes, familiares de éstos, compañeros, mandos...

Permite percibir y comprender el estado de ánimo del otro, favoreciendo una actitud de escucha activa, apoyo y comprensión; así como expresar adecuadamente nuestros sentimientos y las necesidades asociadas a los mismos.

Empatizando y facilitando la interacción con los que nos rodean (pacientes, compañeros...). A continuación, se exponen los distintos tipos de emociones que puede tener la persona:

Se utilizará la clasificación de Greenberg y Paivio:

a) Emociones primarias

- **Emociones primarias adaptativa:** Representan respuestas emocionales con claro valor adaptativo.

- Tristeza
- Miedo
- Ira
- Vergüenza

- Dolor emocional (sentirse roto)
- Emociones placenteras: Han sido vitales para la supervivencia y el crecimiento (curiosidad, conexión social..) son fuentes de motivación (interés, alegría, amor...).

- **Emociones primarias desadaptativas:** Siendo sentimientos básicos han dejado de ser sanos al apoderarse de la persona.

- Tristeza
- Enfado
- Ansiedad
- Vergüenza.

b) Emociones secundarias

Son emociones complejas. Integran una gran cantidad de información afectiva.

Son el resultado de secuencias internas con complejidad en lo cognitivo y afectivo. Sentimientos de celo, orgullo, agradecimiento, compasión, envidia....

c) Emociones instrumentales

La persona aprende que su expresión de ciertas emociones produce un efecto en los demás.

Son interesadas y manifestadas con manipulación: Enfado para mantener la autoridad; tristeza para provocar pena.

d) Emociones complejas: Culpa

La culpa nace de una autocrítica a la imagen de uno mismo, y va asociada a las relaciones interpersonales.

El autoacusación, la autocrítica mantienen el sentimiento de culpa. Se siente que se perjudica al otro (no he hecho todo lo que debía hacer con el paciente...)

Ejercicios de identificación y exploración de emociones .

- ✓ **Habilidad de facilitación o asimilación emocional**

Con esta habilidad podemos tener en cuenta los sentimientos cuando razonamos o solucionamos problemas. Esta habilidad se centra en cómo las emociones afectan al estado cognitivo y como nuestros estados afectivos ayudan a la toma de decisiones.

Permite apertura a los demás, consideración de múltiples puntos de vista cuando hay un problema

Ejercicios sobre esta habilidad.

✓ **Habilidad de comprensión emocional**

A través de esta habilidad aprendemos el significado de las emociones, distinguiendo emociones complejas (culpa, vergüenza, pena..) como son los sentimientos en uno y en los demás. Además se aprende a identificar las causas generadoras del estado anímico y sus futuras consecuencias.

Ejercicios sobre esta habilidad.

✓ **Habilidad de regulación emocional**

Con esta habilidad, los participantes sanitarios desarrollan la capacidad para estar abiertos a los sentimientos tanto positivos como negativos. Aprenderán a regular las emociones propias y la de los demás como en todos sus ámbitos, como el laboral sanitario.

Ejercicios sobre esta habilidad.

Sesión 6

En dicha sesión se mostrarán a los participantes como las técnicas de relajación pueden ayudar a gestionar las consecuencias del estrés laboral y las somatizaciones producidas, explicándose los métodos más importantes de relajación como la relajación muscular progresiva de Jacobson y el entrenamiento autógeno de Schultz.

- **Contenidos**

Se destaca los efectos positivos que tienen las técnicas de relajación para disminuir las somatizaciones provocadas por el burnout, señalando como el principal efecto de este entrenamiento reducir el estado de disconfort y ansiedad y llevar a un estado de bienestar.

Con la relajación se puede alcanzar una respuesta condicionada de relajación que sitúa a los que la obtienen a una percepción de control. Se desarrollan niveles de tranquilidad, llevando a mensajes positivos de bienestar.

Con la relajación se experimentan efectos saludables tanto a nivel fisiológicos (disminución frecuencia cardíaca, respiratoria...) como psicológicos (mejora del estado de ánimo, de habilidades de afrontamiento al estrés, reducción de la ira y frustraciones....).

Estos cambios tienen una repercusión a nivel fisiológico y a través de modificaciones en el nivel de activación de los sistemas endocrino, nervioso e inmunológico. Estas modificaciones consisten en la disminución de la activación del eje hipófiso-suprarrenal y del sistema nervioso vegetativo de Masson.

Técnicas de Relajación

Como técnicas más extendidas en la práctica profesional están las Técnicas centradas en los procesos de relajación muscular, y las técnicas que se centran en su utilización para profesionales como los sanitarios. Como estrategias de intervención sobre el estrés laboral que puedan sufrir en su actividad hospitalaria.

➤ **Técnicas centradas en los procesos de relajación muscular**

Dentro de esta categoría el procedimiento más conocido es el *Método de la relajación muscular progresiva desarrollada por Jacobson*.

El entrenamiento trata de ir tensando y relajando de manera progresiva y alternativa diferentes grupos musculares (manos, brazos, piernas, cara, abdomen, hombros, cuello, etc). Al practicarlo, se presta atención al proceso de tensión - relajación muscular, focalizándose en el plano fisiológico de la relajación.

Su duración se estima entre 15 y 20 minutos, y conforme se aumenta la destreza puede reducirse el tiempo.

Las fases de esta técnica son:

1) Fase de tensión-relajación: Se contraen y relajan de manera alternativa los diferentes grupos musculares para identificar la diferencia entre el estado de tensión y de relajación muscular.

Se alcanza un estado de relajación muscular generalizado en todo el cuerpo. La

contracción muscular se mantiene unos 20 segundos, sin llegar a molestar, y a continuación se relaja lentamente.

Se puede repetir un par de veces el ejercicio para cada grupo muscular.

2) Fase de revisión mental: Se comprueba mentalmente que los músculos se han relajado.

3) Fase de relajación mental: En esta fase se imagina o piensa en una escena agradable o se mantiene la mente en blanco con el objeto de alcanzar también la relajación mental.

Ejercicios para entrar dicha técnica.

➤ **Técnicas que se centran en procesos cognitivos**

Esta técnica se centra más en la sugestión y en el control mental.

El *Entrenamiento autógeno*, es una de las técnicas más conocidas. Fue desarrollado por Schultz.

Este entrenamiento consiste en ir verbalizando o pensando una serie de frases sobre sensaciones con el fin de inducir en la persona un estado de relajación a través de la sugestión sobre sensaciones de peso, temperatura, frecuencia respiratoria...

El objetivo es que las personas se autoinduzcan un estado de relajación a través de sus representaciones mentales.

Existen dos tipos de ejercicios en esta técnica:

- **Los de grado inferior**, dirigidos a la relajación fisiológica por medio del desarrollo de las sensaciones de pesadez, calor, frío, regulación de la frecuencia respiratoria y cardíaca y de la conciencia en la relajación.
- **Los de grado superior** que se centran en la imaginación de colores, movimientos, objetos concretos, etc..

Un ejemplo podría ser dirigir la atención hacia la nariz y ver una luz de color brillando.

De estos dos ejercicios el que más se utiliza, es el de grado inferior. Realizándose a través de seis ejercicios:

- 1) Ejercicio de pesadez (“mi pierna derecha pesa mucho”).
- 2) Ejercicio de calor (“mi pierna derecha está caliente”).
- 3) Ejercicio de palpitación (“mi corazón late normal y tranquilo”).
- 4) Ejercicio respiratorio (“mi respiración es sosegada y tranquila”).
- 5) Regulación abdominal (“mi abdomen desprende calor”).
- 6) Ejercicio de la cabeza (“mi frente está agradablemente fresca”).

A estos ejercicios les pueden acompañar frases repetidas: “me siento tranquilo, muy tranquilo”.

Ejercicios para entrenar dicha técnica.



7. Conclusiones

A partir de los resultados conseguidos a través de esta investigación se pueden desprender las siguientes conclusiones:

- El 36% del personal sanitario hospitalario del Servicio Canario de Salud investigado manifiestan un síndrome de burnout (SQT) en nivel medio, teniendo en cuenta las puntuaciones obtenidas en el cuestionario CESQT (Anexo 1).
- El 28% de los participantes presentan un nivel medio de desgaste psíquico (agotamiento emocional), y un 23% un nivel crítico (muy alto).
- El 55% de la muestra ha reflejado un nivel medio de Indolencia.
- El 59% de los participantes han mostrado un nivel medio de culpa.

Del análisis de estos resultados se podría interpretar que existen en más de la mitad de los profesionales sanitarios del estudio actitudes de poco compromiso con el servicio (Indolencia 55%). Apareciendo también sentimientos de culpa en un 59% por el comportamiento y actitudes negativas desarrolladas con una falta de compromiso en el trabajo. Por otra parte, frente a estas deficiencias, podemos observar e interpretar que no existe un agotamiento emocional, lo que es positivo de cara a una intervención sobre temas de motivación y autoestima.

Los resultados anteriormente descritos en dicho estudio señalan que los profesionales sanitarios están expuestos a diversos riesgos psicosociales, que en el caso de nuestro estudio destacaríamos la sobrecarga laboral debido a la relación alta de paciente-enfermera y la falta de personal, siendo una una fuente importante en la ocurrencia de incientes. Al tener menos vigilancia sobre algunos pacientes se aumenta el riesgo y sobretodo pacientes de gravedad. Así se aprecia que la carga laboral en el personal de enfermería que brinda atención a los ingresados como en la unidad de medicina interna, conlleva un detrimento de la calidad en la atención al paciente, apareciendo consecuencias en el nivel de estrés en enfermería.

La carga de trabajo hace referencia a las tareas o actividades que habitualmente recaen sobre la enfermería de medicina interna; los tiempos de enfermería están directamente relacionados con los cuidados por realizar. Todo esto implica una pérdida de bienestar en la actividad profesional.

Respecto a la rotación en el servicio Canario de Salud, la movilidad de forma obligada ha

aumentado por razones de presupuesto, por lo que el destino de personal a nuevos servicios a los cuales no están preparados o desconocen produciendo mayor inseguridad y aumento del estrés.

Entre todos estos riesgos psicosociales, adquiere especial relevancia el SQT que repercute no sólo en el profesional sanitario que lo sufre sino también, de forma sistémica, en toda la espiral: pacientes, familiares y organización.

Es importante prevenir el Burnout en el personal sanitario. El trabajo constituye una parte fundamental en la vida de la persona trabajadora, pero no debe tener como consecuencia un deterioro de su bienestar personal, ni de deterioros cognitivos, emocionales, físicos y conductuales. El agotamiento después de años de trabajo se puede suplir con el cuidado al personal de este colectivo mediante el programa de intervención propuesto para conocer los estresantes y saber gestionarlos.

No obstante, la presente investigación, presenta la limitación principal de haberse realizado con una muestra que debería haber sido más amplia. Las dificultades derivadas de la situación de la pandemia COVID, ha hecho que la prioridad de atención al paciente no haya permitido la extensión de la aplicación del cuestionario.

Por ello, lo que con esto se plantea es poder corregir esta limitación y una vez pasado esta situación extraordinaria poder desarrollar una segunda investigación más representativa.

Se presenta un programa de prevención y tratamiento del síndrome burnout para el colectivo de enfermería cuya puesta en marcha se hará posible cuando las circunstancias sean favorables. Con dicho programa se pretende prevenir e intervenir en un riesgo psicosocial importante como es el burnout, y conseguir que el trabajo del personal de enfermería constituya un desempeño saludable en la actividad diaria.

8. Referencias Bibliográficas

- Aguado Martín JI, Bátiz Cano A, Quintana Pérez S. El estrés en personal sanitario hospitalario; estado actual. *Med Segur Trab (Internet)*. 2013; 59(231): 259-75. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v59n231/revision1.pdf>
- Agún González JJ, Alfonso Mellado CL, Barba Morán MC, Estardid Colom F, Fabregat Monfort G, García González G et al. Prevención de riesgos laborales. Instrumentos de aplicación. Vol 1. 3ª ed. Valencia: Tirant lo Blanch; 2012.
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E., & Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista española de salud pública*, 78, 505-516.
- Albaladejo,R.,Villanueva,R., Ortega,P.,Calle,M.E y y Domínguez,V.(2004).Síndrome de burnout en personal de enfermería de un hospital de Madrid.*Revista Española de Salu Pública*,79,475-491.
- Arenas Selva D. Acoso psicológico en el trabajo - Mobbing: una revisión sistemática. [Trabajo fin de Grado]. Universidad Miguel Hernández. Elche; 2017.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2014). Job demands–resources theory. *Wellbeing: A complete reference guide*, 1-28.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Brouwer.
- Bellingrath, S., Weigl, T., & Kudielka, B. M. (2008). Cortisol dysregulation in school teachers in relation to burnout, vital exhaustion, and effort–reward-imbalance. *Biological psychology*, 78(1), 104-113.
- Berne, E. (1985). *Análisis transaccional en psicoterapia: una psiquiatría sistemática, individual y social*. Psique.
- Cabello Alcalá P, Ruiz Porras D, Mena García M, López García D, López Morales MA. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional entre las matronas de paritorio. *Nure Inv*. 2017;
- Carolusson S. Burnout syndrome and analytical hypnosis. *Arch. Psychiatry Psychother*. 2014; 2 :71-84
- Carrillo-García C, Ríos-Rísquez MI, Escudero-Fernández L, Martínez-Roche ME. Factores de estrés laboral en el personal de enfermería hospitalario del equipo volante según el modelo de demanda-control-apoyo. *Enferm Global*. 2018; 50: 304-14.
- Ceballos-Vásquez P, Rolo-González G, Hernández-Fernaud E, Díaz-Cabrera D, Paravic-Klijn T, Burgos-Moreno M et al. Validación de la Escala Subjetiva de Carga mental de

- trabajo (ESCAM) en profesionales de la salud de Chile. *Univ. Psychol.* 2016; 15(1): 261-70
- Cobos, J.L (2020). Coronavirus: Enfermería lleva a la OMS la "dramática" falta de protecciones Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/coronavirus-enfermeria-lleva-a-la-oms-la-dramatica-falta-de-protecciones-9559>
- Colegio de Enfermería de Las Palmas (2020). Colegio de Enfermería de Las Palmas condena la repugnante hostilidad de algunos vecinos contra enfermeras y otros trabajadores sanitarios. Disponible en: <https://www.celp.es/el-colegio-de-enfermeria-de-las-palmas-condena-la-repugnante-hostilidad-de-algunos-vecinos-contr-enfermeras-y-otros-trabajadores-sanitarios/>
- Cuenca Piqueras C. Factores precipitantes del acoso sexual laboral en España. *Revista Mexicana de Sociología.* 2015; 77(4): 525-54.
- Cruz, T. (2020). "Tenemos un problema grave en Canarias con la sanidad". Disponible en: <https://www.eldia.es/canarias/2020/01/23/problema-grave-canarias-sanidad/1043924.html>
- Ellis, A., Grieger, R., & Marañón, A. S. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva* (Vol. 2). Barcelona, España: Desclée de Brouwer.
- Esteve, E. B., Salanova, M., Schaufeli, W., & Nogareda, C. (2007). NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout"(III): Instrumento de medición. Recuperado a partir de http://www.prl-sectoreducativo.es/documentos/documentacion/bibliografia/ntp_732.pdf.
- Farber, B. A. (2000). Treatment strategies for different types of teacher burnout. *Journal of Clinical psychology*, 56(5), 675-689.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- García M, Ríos MI. The relationship between psychosocial stress and burnout in emergency departments: an exploratory study. *Nurs Outlook.* 2012; 60(5): 322-9
- Gil-Monte, P. R. (2011). CESQT Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. *Madrid, España, TEA Ediciones.*
- Gil-Monte, P. R. (2019). *Prevención y tratamiento del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. Ediciones Pirámide.
- Gil-Monte, P. R., & Moreno-Jiménez, B. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). *Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide*, 36-37.
- Goleman, D. (1995). Emotional intelligence (Inteligencia emocional). *Editorial Kairós.*

- Greenberg, L. S. Paivio,(2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*.
- Jacobson, E. (1938). Progressive muscle relaxation. *J Abnorm Psychol*, 75(1), 18.
- Jiménez Sánchez A, Marín Torrecillas MS. Manual de Prevención de Riesgos Laborales en Centros Sanitarios [Internet]. Murcia: Secretaría de Salud Laboral, Medio Ambiente y Cambio Climático de UGT de la Región de Murcia; 2010. Disponible en: http://portal.ugt.org/saludlaboral/publicaciones_new/files_manualprlcentros_sanitarios/2010%20manual%20prl%20centros%20sanitarios.pdf
- Jiménez Sánchez A, Marín Torrecillas MS. Manual de Prevención de Riesgos Laborales en Centros Sanitarios [Internet]. Murcia: Secretaría de Salud Laboral, Medio Ambiente y Cambio Climático de UGT de la Región de Murcia; 2010. Disponible en: http://portal.ugt.org/saludlaboral/publicaciones_new/files_manualprlcentros_sanitarios/2010%20manual%20prl%20centros%20sanitarios.pdf
- Jiménez Sánchez A, Marín Torrecillas MS. Manual de Prevención de Riesgos Laborales en Centros Sanitarios [Internet]. Murcia: Secretaría de Salud Laboral, Medio Ambiente y Cambio Climático de UGT de la Región de Murcia; 2010. Disponible en: http://portal.ugt.org/saludlaboral/publicaciones_new/files_manualprlcentros_sanitarios/2010%20manual%20prl%20centros%20sanitarios.pdf
- Jiménez, B. M., Lara, R. M. M., Muñoz, A. R., Chavez, A. P., & Loo, M. M. M. (2006). El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Psicología y salud*, 16(1), 5-13.
- Karasek Jr, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative science quarterly*, 285-308.
- Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Ley 31/1995, de 8 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 269, (10 de noviembre de 1995).
- Llorca Rubio, J. L. (2017). Evaluación del estrés laboral y sus consecuencias en trabajadores del sector sanitario. Una perspectiva de género.
- Marrero González E. Carga mental y hábitos de vida saludables [Trabajo fin de Grado]. Universidad de la Laguna. Tenerife; 2016.
- Martín, M. J., Viñas, J., Pérez, J., Luque, M., & Soler, P. A. (1997). Burnout en personal de enfermería. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*, 24(5), 113-8.
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., & Schwab, R. L. (1986). *Maslach burnout inventory* (Vol. 21, pp. 3463-3464). Palo Alto, CA: Consulting psychologists press.
- Masson, S. (1985). *Las relajaciones*. Gedisa.

- Maticorena-Quevedo J, Beas R, Anduaga-Beramendi A, Mayta-Tristán P. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, Ensusalud 2014. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016; 33(2): 241-7.
- Molero M, Pérez M, Gázquez J. Acoso laboral entre personal de enfermería. Enferm Univ. 2016; 13(2): 114-23. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316000257>
- Moreno Jimenez B, Baez León C. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. 1ª Edición. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo, 2010
- Nogareda Cuixart C, Nogareda Cuixart S. NTP 455: Trabajo a turnos y nocturno: aspectos organizativos. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 1999.
- Noguera, L. F., & Francés, F. C. (2008). Estudio descriptivo del síndrome de burnout en una muestra de profesionales de enfermería en el área sur de Gran Canaria. Ansiedad y estrés, 14(1), 101-113.
- Núñez Gómez, D. A. (2015). El riesgo laboral que enfrentan las enfermeras incide en el apareamiento del síndrome de burnout en el servicio de emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato, período octubre–febrero 2014–2015 (Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Carrera Enfermería).
- Núñez Zarazú, L., & Pérez Galdos, N. (2020). Absentismo laboral no programado en personal de enfermería del servicio de medicina interna del hospital Edgardo Rebagliati Martins 2013-2016.
- Olmedo, E. (1997). *Personalidad y afrontamiento: determinantes del síndrome "estar quemado" en profesionales de enfermería* (Doctoral dissertation, Tesis doctoral no publicada. Universidad de La Laguna, La Laguna, España).
- Paine, W. S. (1982). The burnout syndrome in context. *The burnout syndrome: Current research, theory, interventions*, 1-29.
- Rabasa, B., Figueiredo-Ferraz, H., Gil Monte, P. R. y Llorca-Pellicer, M. (2016). The role of guilt in the relationship between teacher's job burnout syndrome and the inclination toward absenteeism. *Revista de Psicodidáctica*, 21, 103-119.
- Roger, M. C., & Abalo, J. A. G. (2004). Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. *Psicología y salud*, 14(1), 67-78.
- Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de burnout. Medicina Legal de Costa Rica. 2015; 32(1): 1-6.

- Sáenz de la Torre LC. Factores de riesgo psicosocial, satisfacción laboral y salud: estudio en una muestra de trabajadores del sector de la construcción [tesis doctoral]. Huelva: Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social. Universidad de Huelva; 2016.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale.
- Satse (2020). SATSE exige la creación urgente de gabinetes de apoyo psicológico para las enfermeras y enfermeros. Disponible en: <https://www.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/notas-de-prensa/satse-exige-la-creacion-urgente-de-gabinetes-de-apoyo-psicologico-para-las-enfermeras-y-enfermeros>
- Satse (2020). La incorporación de profesionales jubilados, último recurso contra el Covid-19 Disponible en: <https://www.satse.es/comunicacion/noticias/la-incorporacion-de-profesionales-jubilados-ultimo-recurso-contra-el-covid-19>
- Schultz, J. (1969). Entrenamiento autógeno (Autorelajación Concentrativa). ed, ed. J. Schultz.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*.
- Tangney, J. P. E., & Tracy, J. L. (2012). Self-conscious emotions.
- Uribe Prado JF. Clima y ambiente organizacional: Trabajo, salud y factores psicosociales [Internet]. Universidad Nacional Autónoma de México; Lic. Santiago Viveros Fuentes; 2015. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Herman_Littlewood/publication/309718447_Justicia_interpersonal_y_personalidad_Su_relacion_con_calidad_de_vida_en_el_trabajo/links/581e5a6e08aeccc08af06dbc/Justicia-interpersonal-ypersonalidad-Su-relacion-con-calidad-de-vida-en-el-trabajo.pdf

9. ANEXOS

Anexo 1: Modelo test CESQT

Nombre y apellidos:

Sexo: Varón Mujer **Edad:** **Fecha:** / /

Centro/Empresa:

Examinador:

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 rodee con un círculo la alternativa (el número) que más se ajuste a su situación:

1	2	3	4	5
NUNCA	RARAMENTE (algunas veces al año)	A VECES (algunas veces al mes)	FRECUENTEMENTE (algunas veces por semana)	MUY FRECUENTEMENTE (todos los días)

1	Mi trabajo me supone un reto estimulante.	1	2	3	4	5
2	No me apetece atender a algunas personas en mi trabajo.	1	2	3	4	5
3	Creo que muchas de las personas a las que atiendo en el trabajo son insoportables.	1	2	3	4	5
4	Me preocupa el trato que he dado a algunas personas en el trabajo.	1	2	3	4	5
5	Veo mi trabajo como una fuente de realización personal.	1	2	3	4	5
6	Creo que los familiares de las personas a las que atiendo en el trabajo son unos pesados.	1	2	3	4	5
7	Pienso que trato con indiferencia a algunas personas a las que atiendo en mi trabajo.	1	2	3	4	5
8	Pienso que estoy saturado por el trabajo.	1	2	3	4	5
9	Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo.	1	2	3	4	5
10	Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas.	1	2	3	4	5
11	Me apetece ser irónico con algunas personas a las que atiendo en el trabajo.	1	2	3	4	5
12	Me siento agobiado por el trabajo.	1	2	3	4	5
13	Tengo remordimientos por algunos de mis comportamientos en el trabajo.	1	2	3	4	5
14	Etiqueto o clasifico a las personas a las que atiendo en el trabajo según su comportamiento.	1	2	3	4	5
15	Mi trabajo me resulta gratificante.	1	2	3	4	5
16	Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento.	1	2	3	4	5
17	Me siento cansado físicamente en el trabajo.	1	2	3	4	5
18	Me siento desgastado emocionalmente.	1	2	3	4	5
19	Me siento ilusionado por mi trabajo.	1	2	3	4	5
20	Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo.	1	2	3	4	5



Copyright © 2011, 2019 by TEA Ediciones, S.A.U., España.
Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si se presentan un ejemplar en blanco y negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio NO LA UTILICE - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados. 2H1730.

Anexo 2. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL PROYECTO: Evaluación del Burnout del personal de Enfermería en la planta de Medicina Interna del Hospital Insular de Gran Canaria.

Mi nombre es Lara Sariñena Fernández, trabajo en el Servicio de Medicina interna del Hospital Insular de Gran Canaria.

Actualmente, incluido en el trabajo fin de Máster Oficial Universitario de Prevención y Riesgos Laborales de la Universidad Miguel Hernández, estoy realizando un estudio para conocer el burnout del personal de enfermería en la planta de Medicina Interna del citado Hospital Insular, y para ello se pide tu apoyo.

Tu participación en el estudio consistirá en la complementación de un cuestionario de 20 ítems.

Tu participación es voluntaria.

Esta información será confidencial. esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas (o resultados de las mediciones).

Si aceptas participante pido por favor que pongas una cruz(x) en el cuadrado de abajo que dice "Si quiero participar" y escribe tu nombre.

Si quiero participar

Nombre.....

Nombre y firma de la persona que manifiesta su asentimiento

.....

Fechade.....de....