



UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

MÁSTER EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL
DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

MARINA SERRANO RODRÍGUEZ

CURSO ACADÉMICO 2016-2017

TUTOR: JULIÁN VITALLER BURILLO

**MEMORIA PRESENTADA PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÁSTER EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES POR LA
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE**



MARINA SERRANO RODRÍGUEZ

2017

ÍNDICE

1.	RESUMEN	5
2.	INTRODUCCIÓN	6
2.1	EL SÍNDROME DE BURNOUT.....	6
2.1.1	Concepto de Burnout	6
2.1.2	Factores desencadenantes.....	7
2.1.3	Evolución	10
2.1.4	Consecuencias:	11
2.2	EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO	13
2.2.1	RIESGOS PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL TRABAJO DE ENFERMERÍA DE AP	14
2.3	VALORACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT.	16
2.3.1	CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO, CESQT.	18
2.4	ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN.....	19
3	JUSTIFICACIÓN	23
4	OBJETIVOS	25
5	METODOLOGÍA	26
5.1	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	26
5.2	PROCESO DE SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	27
5.3	VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA	27
5.3.1.	ESTUDIO SOCIODEMOGRÁFICO	28
5.3.2	EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BOURNOUT. (CESQT).....	28
5.4	RECOGIDA DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	30
6	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	30
6.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA	30
6.2	EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BOURNOUT MEDIANTE EL CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (CESQT).	30
7.	CONCLUSIONES	34

8. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN.....	35
TALLER DE FORMACIÓN EN PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES	37
9. BIBLIOGRAFÍA	46
10. ANEXOS.....	52
ANEXO I: HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....	52
ANEXO II: CUESTIONARIOS CUMPLIMENTADOS POR LOS SUJETOS DEL ESTUDIO	53
ANEXO II. BLOQUE I: ESTUDIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	53
.....	53
ANEXO II. BLOQUE II: CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (CESQT)	54
ANEXO III: CONTRATO EDUCATIVO PARA EL TALLER DE FORMACIÓN EN PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES PARA ENFERMERÍA.	55
ANEXO IV: CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL TALLER.....	56



1. RESUMEN

Introducción: El síndrome de burnout se define como una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Este proceso es especialmente importante en aquellas profesiones donde se establece una relación de ayuda como en el sector sanitario. **Justificación:** La mayoría de los estudios sobre el síndrome de burnout en enfermería están enmarcados en la atención hospitalaria, siendo escasos los estudios dirigidos a su análisis en AP. Además, existen pocas investigaciones como propongan actividades para su prevención, a pesar de que hoy día es considerado un grave problema de salud pública debido al aumento de su prevalencia y al importante impacto que produce tanto para el individuo que lo padece, como para el usuario que recibe sus servicios y para la organización laboral en su conjunto. **Objetivos:** Estudiar el Síndrome de Burnout en los profesionales de Enfermería de Atención Primaria de Salud. **Método:** Estudio observacional de carácter descriptivo, realizado en los meses de enero a junio de 2017, que incluyó como muestra a enfermeros que trabajaban en Atención Primaria en la Comunidad Valenciana. El síndrome de burnout se midió mediante el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT). **Resultados:** el estudio incluyó una muestra de 50 participantes. El 16% de la muestra presenta altos niveles de Síndrome de Burnout, siendo la dimensión más afectada la de cansancio emocional. **Conclusiones:** El síndrome de burnout presenta una prevalencia significativa en los enfermeros que trabajan en el ámbito de la AP y se requieren más estudios en este sector, así como el diseño de estrategias para su prevención.

-Palabras clave: Agotamiento Profesional, Personal de Enfermería, Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT

Introduction: Burnout syndrome is defined as a response to chronic work stress integrated by negative attitudes and feelings towards the people with whom one works and to one's own professional role, as well as the experience of being emotionally exhausted. This process is especially important in those professions where an aid relationship is established as in the health sector. **Rationale:** Most studies on nursing burnout syndrome are framed in hospital care, with few studies aimed at its analysis in PA. In addition, there is little research as to propose activities for its prevention, despite the fact that today it is considered a serious public health problem due to the increase in its prevalence and the important impact that it produces both for the individual who suffers it and for the user Which receives its services and for the labor organization as a whole. **Objectives:** To study Burnout Syndrome in Nursing professionals of Primary Health Care. **Method:** Observational, descriptive study, carried out from January to June 2017, which included nurses working in primary care in the Province of Alicante as a sample. Burnout syndrome was measured using the Occupational Burn Syndrome Screening Questionnaire (CESQT). **Results:** The study included a sample of 50 participants. 16% of the sample has high levels of Burnout Syndrome, being the most affected dimension of emotional exhaustion. **Conclusions:** Burnout syndrome presents a significant prevalence in nurses working in the PA field and more studies are needed in this sector, as well as the design of strategies for its prevention.

-Keywords: Burnout, Professional; Nursing Staff; Primary Health Care.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 EL SINDROME DE BURNOUT

2.1.1 Concepto de Burnout

El síndrome de burnout, también conocido como “síndrome de estar quemado por el trabajo” (SQT) o “síndrome de desgaste profesional” fue descrito por primera vez en 1974 por el psiquiatra Herbert Freudenberger (USA), quien lo definía como una sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador¹.

Posteriormente, Cristina Maslach, psicóloga social (1976) realizó investigaciones acerca de este síndrome para determinar su etiología, así como sus factores asociados y determinó que éste es especialmente importante en las profesiones de ayuda, que se caracterizan por constante relaciones interpersonales y, por tanto, su mayor exposición a riesgos-psicoemocionales².

Desde que empezó a hablarse de este proceso hasta nuestros días, son muchos los autores que lo han estudiado y muchas las definiciones que se han dado del mismo, con algunas diferencias entre ellos, pero todos coinciden en poner de manifiesto que se basa en un síndrome caracterizado por³:

-Agotamiento emocional: definido como cansancio o fatiga física, psíquica o una combinación de ambos. Sensación interna de haber agotado todos los recursos emocionales y no poder dar más de sí mismo a los demás.

-Despersonalización: pérdida de implicación personal positiva en el trabajo a desarrollar, caracterizado por indiferencia y actitudes distantes respecto a los objetivos y utilidad laboral, así como una pérdida de motivación interna y desarrollo de sentimientos y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente compañeros de trabajo y clientes.

-Sentimiento de baja realización personal en el trabajo: la falta de logro personal en el trabajo se caracteriza por una dolorosa desilusión y fracaso al darle sentido a la actividad

laboral. Se experimentan sentimientos de fracaso personal (falta de competencia, de esfuerzo o conocimientos), carencias de expectativas y horizontes en el trabajo y una insatisfacción generalizada.

A nivel operativo, se ha definido como “una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización”¹.

2.1.2 Factores desencadenantes

En cuanto a los factores desencadenantes, el síndrome de burnout es considerado un proceso multicausal, condicionado por múltiples componentes. Horacio Cairo, plantea la existencia de 10 factores causales⁴:

1. La falta de percepción de capacidad para desarrollar el trabajo.
2. El exceso de trabajo, la falta de energía y de recursos personales para responder a las demandas del trabajo.
3. El conflicto de rol, y la incompatibilidad entre las tareas y conductas que se desarrollan con las expectativas existentes sobre el mismo rol.
4. La ambigüedad del rol, incertidumbre o falta de información sobre aspectos relacionados con el trabajo (evaluación, funciones, objetivos o metas, procedimientos...).
5. La falta de equidad o justicia organizacional.
6. Las relaciones tensas y /o conflictivas con los usuarios/ clientes de la organización.
7. Los impedimentos por parte de la dirección o del superior para el desarrollo del trabajo.
8. La falta de participación en la toma de decisiones.
9. La imposibilidad de poder progresar/ ascender en el trabajo.
10. Las relaciones conflictivas con compañeros o colegas.

Todos estos factores se han clasificado en tres ámbitos fundamentales, las características de la propia tarea asignada a ese rol profesional, las relaciones interpersonales en el ambiente de trabajo y la organización del sistema laboral⁴.

Por otro lado, Quintana en 2005, analiza las fuentes de este desgaste profesional desde varias perspectivas, todas ellas relacionadas entre sí^{3, 5, 6}.

➤ **Perspectiva individual**, factores personales que incluyen tanto variables sociodemográficas, características propias de la personalidad y las actitudes relacionadas con el trabajo. Entre los factores más estudiados relacionados con esta dimensión se encuentran:

- Edad: íntimamente relacionada con el grado de experiencia profesional. Normalmente, la etapa de mayor riesgo se identifica con los primeros años de carrera profesional, tiempo en el que tiene lugar la transición entre las expectativas idealistas a la práctica real cotidiana. Sin embargo, las investigaciones exponen que las mayores cifras corresponden a trabajadores de elevados años de antigüedad en la profesión o en el mismo puesto de trabajo, presentando éstos una disminución en la producción y tendencia a la desorganización, falta de realización personal y agotamiento emocional.
- Sexo: A pesar de que diversos estudios han determinado que las mujeres pueden sobrellevar mejor las situaciones conflictivas en el trabajo, se registra mayor incidencia de burnout en las mismas, debido a la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar.
- Estado civil: Se ha asociado mayor riesgo del síndrome en personas solteras y que no tienen hijos, relacionando la pareja estable o presencia de hijos en la familia con el desarrollo de una personalidad más madura y mayor capacidad afrontar problemas personales y conflictos emocionales.
- Características de la personalidad:
 - Alto grado de autoexigencia.

- Baja tolerancia al fracaso.
- Perfeccionismo extremo.
- Sentimiento de indispensabilidad laboral.
- Ambición y deseos de destacar.
- Dificultad para identificar y expresar emociones.
- Impacientes, competitivos.
- Idealismo.
- Gran sensibilidad.
- Escasa capacidad de trabajo en equipo.
- Escasas habilidades sociales y comunicativas.

➤ **Perspectiva institucional**, las condiciones laborales y la forma de organización del medio laboral es un punto clave a la hora de hablar de este síndrome, en este punto destacan los siguientes factores:

- Turnos laborales y horario de trabajo: se relaciona el trabajo a turnos o la nocturnidad con mayores índices de burnout.
- Seguridad y estabilidad en el puesto de trabajo: relacionado con el aumento de contratos de trabajo temporales, y en condiciones precarias que conllevan a la inestabilidad e imprevisibilidad en el mundo laboral.
- Estructura y clima organizacional: mayor riesgo en organizaciones muy jerarquizadas, donde la toma de decisiones es muy centralizada.
- Inadecuada formación profesional: falta de información sobre el funcionamiento de la organización, déficit en conocimientos teóricos o habilidades prácticas.
- Condiciones laborales: entre ellas: condiciones deficitarias del medio físico, sobrecarga de trabajo, bajos salarios, falta de trabajo en equipo, ausencia de feedback con el trabajo realizado, malas relaciones entre el personal, ambigüedad de rol o la falta de estimulación.

- **Perspectiva social**, las relaciones sociales tanto fuera como dentro del trabajo pueden actuar como factor protector de las fuentes de estrés o, por el contrario, ser en sí mismas una fuente de estrés añadido. Las fuentes de apoyo social, según House son: la pareja, la familia, los amigos y vecinos, compañeros de trabajo, supervisores y superiores. Mantener redes de apoyo social influye directamente en la autoestima, la motivación y el estado de ánimo, así como al desarrollo de técnicas de afrontamiento del estrés.

2.1.3 Evolución

Jerry Edelwich y Archie Brodsky (1980), definen cuatro fases en su evolución:

-Etapa de idealismo y entusiasmo: el individuo presenta un alto nivel de energía, asumiendo incluso tareas que no le corresponden de forma voluntaria. Hay, en esta fase, una hipervaloración de la propia capacidad profesional.

-Etapa de estancamiento: con el tiempo, la persona se da cuenta de que sus esfuerzos no se ven recompensados y constata la irrealidad de sus expectativas. Se produce la frustración y la pérdida del idealismo y entusiasmo.

-Etapa de apatía: la frustración de las expectativas provoca en el trabajador una paralización de sus actividades, desarrollando la apatía y la falta de interés. Surgen los problemas emocionales, conductuales y físicos. Es la fase central del síndrome.

-Etapa de distanciamientos: se caracteriza por sentimientos de frustración crónica en el trabajo y sentimientos de vacío. Hay un distanciamiento emocional y desvalorización del trabajo, distanciamiento con los compañeros e incluso se produce el abandono del trabajo, llegando, en los casos más extremos al abandono de la profesión.

2.1.4 Consecuencias:

Las principales consecuencias van a verse reflejadas en el trabajador pero también en la organización laboral del mismo.

En el trabajador se desencadena una situación de estrés crónico y una falta de adaptación persona- trabajo que, mantenido en el tiempo, van produciendo de manera insidiosa y paulatina la aparición del síndrome, manifestándose a través de síntomas psicossomáticos, emocionales y conductuales, reflejados en la siguiente tabla^{3, 7,8}:

Síntomas psicossomáticos	Síntomas emocionales	Síntomas conductuales
Cefaleas	Dificultad para concentrarse	Absentismo laboral
Fatiga	Falta de interés y motivación	Desorganización
Dolores musculares	Ansiedad generalizada	Hostilidad
Insomnio	Depresión	Distanciamiento afectivo
Trastornos gastrointestinales	Frustración e impotencia	Cambios bruscos de humor
Palpitaciones	Negativismo	Disminución de la calidad del servicio prestado
Sensación de ahogo	Desesperanza	Aumento de conflictos interpersonales
Hipertensión arterial	Apatía	Aislamiento
Mayor número de infecciones	Sentimiento de soledad y vacío	Abuso de sustancias perjudiciales: caféina, tabaco, alcohol y fármacos
Molestias indefinidas	Aburrimiento	Frialdad en las relaciones sociales

Figura 1: Manifestaciones clínicas del SQT

Según la frecuencia e intensidad de estos síntomas, se han identificado 4 niveles clínicos⁴:

-Leve: cansancio y dificultad para acudir cada día al trabajo, acompañado de quejas y síntomas vagos e inespecíficos.

-Moderado: comienza a afectarse la calidad del sueño, la concentración y la capacidad operativa en el trabajo. Tendencia a la automedicación.

-Grave: aparece la aversión al trabajo y absentismo laboral. Automedicación y abuso de sustancias nocivas.

-Extrema: aislamiento social, cuadros psíquicos de ansiedad y depresión, acompañado de crisis existencial.

A nivel de la organización, En la NTP 705 del INSHT se indican las siguientes consecuencias:

-Deterioro de la comunicación y de las relaciones interpersonales (indiferencia o frialdad con las personas con las que trabaja).

-Disminución de la capacidad de trabajo.

-Disminución del compromiso.

-Descenso de la eficacia y el rendimiento.

-Aumento del absentismo y la desmotivación.

-Aumento de las rotaciones y los abandonos de la organización.

-Disminución de la calidad de los servicios que se prestan a los clientes.

-Surgimiento de sentimientos de desesperación e indiferencia frente al trabajo.

-Aumento de las quejas de usuarios o clientes.

Todas estas consecuencias suponen el aumento de los costes directos e indirectos para las empresas. Entre los costes directos se podrían citar, la asistencia médica y hospitalaria, los salarios durante los períodos de baja e indemnizaciones por incapacidad temporal. Por otro lado, entre los costes indirectos estarían las pérdidas de tiempo en el trabajo, multas o penalizaciones y los accidentes laborales.

2.2 EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO

Según la bibliografía, el síndrome de Burnout afecta especialmente a las profesiones donde existe un contacto directo, continuado y estrecho con personas, especialmente, en aquellas donde se establece una relación de ayuda y/o de servicio, ya que hay una mayor exposición a riesgos psico-emocionales, por lo que la prevalencia es mayor en las profesiones relacionadas con la sanidad, educación y administraciones públicas⁹.

La prevalencia de burnout en el personal sanitario varía según los diferentes estudios realizados y según la escala usada para su determinación, pero las cifras se encuentran entre el 20-45%, siendo medicina y enfermería las profesiones más estudiadas y, centrándose la mayoría de los estudios en el ámbito hospitalario⁹.

Las causas que han determinado a los profesionales sanitarios como población de riesgo para el desarrollo de esta patología son^{10, 11, 12}:

- El trato directo con el paciente y sus familiares, que implica una importante carga emocional.
- Exceso de estimulación aversiva. Se enfrentan constantemente a la muerte, enfermedad y al sufrimiento.
- La relación de ayuda supone para el trabajador sanitario un alto grado de implicación.
- Sentimientos de frustración cuando no es posible curar o no se consiguen los objetivos marcados para el paciente.
- Escasa formación educativa en habilidades sociales y manejo de las emociones.
- Excesivas cargas de trabajo, gran cantidad de pacientes a los que atender, con escasez de recursos.
- Horarios de trabajo irregulares. Trabajo a turnos, nocturnidad y trabajo en días festivos.
- Conflictos y ambigüedad de rol.
- Falta de trabajo interdisciplinar.

-La creación de vínculos emocionales con los pacientes, como consecuencia de los cuidados que se derivan de la relación de ayuda.

Ahora bien, como se ha mencionado anteriormente, la mayoría de los estudios publicados acerca del tema, van dirigidos al ámbito hospitalario, sin embargo, la Organización Internacional Trabajo (OIT), señala que Atención Primaria es uno de los sectores más afectados tanto por el estrés laboral como por fenómenos de violencia en el trabajo: una cuarta parte de los casos de violencia en el trabajo se produce en el sector sanitario y especialmente en AP y hacia los profesionales de Enfermería¹³.

2.2.1 RIESGOS PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL TRABAJO DE ENFERMERÍA DE AP

La Atención Primaria de Salud se define como “nivel básico e inicial de atención, que garantiza una atención global y continuada durante toda la vida de las personas que la precisan. Asimismo actúa como gestor y coordinador de todos los casos que exigen atención, regulando los “flujos de pacientes” hacia el entero Sistema Nacional de Salud¹³.

Entre el catálogo de actividades que ofrece el trabajo de AP, específicamente en el ámbito de la profesión enfermera, se encuentran^{13, 14}:

-Promoción de la salud.

-Prevención de la enfermedad.

-Educación Sanitaria.

-Asistencia sanitaria.

-Mantenimiento y recuperación de la salud.

-Derivaciones a otros niveles asistenciales.

-Servicio de visitas domiciliarias.

-Servicios específicos para determinados colectivos: infancia, adolescencia, mujer, tercera edad, grupos de riesgo, pacientes encamados, enfermos crónicos.

La conferencia internacional de Atención primaria de Salud, Alma-Ata, 1978, establece la AP como el primer nivel asistencial, el primer contacto de los pacientes con el sistema sanitario y el eslabón primordial para conseguir los objetivos de salud, mediante la educación sanitaria y el empoderamiento de los individuos. Sin embargo, en los últimos años, se ha incrementado la presión asistencial considerablemente, aumentando el número de afiliados al SNS, pero, disminuyendo el personal de enfermería y aumentando, por tanto, el ratio de pacientes por enfermera a 1560 en 2015, frente al 1542 del año 2014, sumando, además, a esta situación, la escasez de recursos por reducción del gasto público sanitario^{14,15}.

Por otro lado, las exigencias en el sector aumentan, debido al cambio en el patrón epidemiológico de las enfermedades, antes, infecciosas, y ahora, crónicas e incapacitantes, que exigen el desarrollo de nuevas formas de trabajo, más centradas en la prevención y la educación sanitaria, y además obligan a una formación continuada por parte de los profesionales para hacer frente a los continuos avances científicos y tecnológicos y, la necesidad de trabajar en equipo con el resto de profesionales sanitarios para llevar a cabo el abordaje integral de los pacientes atendidos¹⁵.

La evolución del síndrome en el personal de enfermería se desarrolla de un modo particular. En primer lugar, los estresores laborales inducirán una serie de estrategias de afrontamiento que deben ser efectivas para manejar la respuesta al estrés, pero también han de ser eficaces para eliminar los estresores, dado que los sujetos deben tratar diariamente con esa fuente de estrés. Si el sujeto no puede afrontar eficazmente los estresores, bien a través de estrategias activas, de estrategias centradas en la emoción, o de cualquier otro tipo, y dado que no puede evitar esos estresores (pues ha de acudir diariamente al trabajo donde siempre encuentra problemas similares), desarrolla sentimientos de agotamiento emocional y baja realización personal y posteriormente actitudes de despersonalización.

La despersonalización, que implica actitudes de indiferencia, impersonales y deshumanizadas, no constituyen actitudes propias del rol laboral de la enfermería, y no suele ser una estrategia empleada de manera inicial para manejar los estresores, si no que, aparece cuando estos se perpetúan en el tiempo. Sin embargo, en la despersonalización en enfermería hay que diferenciar dos aspectos, el primero de ellos, de carácter funcional, que posibilita al profesional no implicarse en los problemas del usuario, y por lo tanto realizar sobre éste todo tipo de acciones lesivas o negativas sin que por ello se vean afectados sus sentimientos y el

segundo aspecto tendría un carácter disfuncional y comprende aquellas conductas que suponen dar a los usuarios un trato humillante, con falta de respeto e incluso vejatorio, y es de este aspecto del que hablamos cuando se desarrolla el SQT.

2.3 VALORACIÓN DEL SINDROME DE BURNOUT.

La Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales obliga a las empresas a identificar, evaluar y prevenir los riesgos psicosociales que pudieran existir en las mismas. Inicialmente, para la evaluación del síndrome de burnout se utilizaban las observaciones sistemáticas, entrevistas semiestructuradas y los test proyectivos, sin embargo, con el paso del tiempo se fue dando mayor énfasis a su evaluación mediante autoinformes o cuestionarios^{7, 12}.

Desde el año 1980 hasta nuestros días se han desarrollado gran cantidad de cuestionarios, entre los que destacan^{7, 12, 16}:

- Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson, año 1981. Es el cuestionario que ha generado mayor volumen de estudios e investigaciones y el más utilizado, con independencia de las características ocupacionales de la población de estudio, y además es el cuestionario que ha servido de base para la elaboración del resto de instrumentos posteriores. Se trata de un cuestionario constituido por 22 ítems evaluados mediante una escala tipo Likert de 1-5, en función de la frecuencia con la que experimenta el sujeto cada una de las situaciones que describen los ítems, y divididos en 3 subescalas, agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo.

Para adaptarlo al tipo de profesionales a los que se va a aplicar, se han elaborado diferentes versiones del mismo, el MBI-HSS (Human Services Survey), dirigido especialmente a profesionales de la salud, el MBI-GS (General Survey), para aquellas profesiones donde no existe un contacto directo con personas, y el MBI-SS (Student Survey), destinado a estudiantes universitarios.

- The Staff Burnout Scale for Health Professional (SBS) de Jones, año 1981. Este cuestionario está formado por 30 ítems, de los cuales, 20 sirven para evaluar el

síndrome en cuestión y los otros 10 corresponden a una subescala de sinceridad. Estos ítems además corresponden a 4 subescalas, relacionadas con la insatisfacción o tensión laboral, tensión psicológica o interpersonal, enfermedad y tensión y falta de relaciones profesionales con los pacientes. Al igual que el cuestionario anterior, se valora mediante una escala tipo Likert de 1-7 puntos, en función del grado de acuerdo o desacuerdo con la afirmación de los ítems. Este cuestionario se diseñó para ser utilizado exclusivamente en profesionales de la salud.

- Tedium Scales (TS) de Pines, de Aranson y Kafry, año 1981. Se diseñó originalmente para medir el “tedium”, un concepto más amplio que el burnout, que se define caracteriza por sentimientos de depresión, vaciamiento emocional y físico y una actitud negativa hacia la vida, el ambiente y hacia sí mismo, y ocurriría como resultado de un evento vital traumático súbito y abrupto, o como resultado de un proceso diario, lento y gradual. Sin embargo, más tarde, esta escala se convirtió en el Burnout Measure de Pines y Aranson, en 1988 tras un replanteamiento conceptual del constructor. Esta escala está compuesta por 21 ítems que valoran el agotamiento físico, mental y emocional, valorados con una escala tipo Likert de 1-7 puntos.
- Efectos psíquicos del Burnout de García Izquierdo, año 1995. Está compuesto por 12 ítems valorados de 1-7 puntos. Fue diseñada con el objetivo de evaluar el síndrome de burnout específicamente en nuestro entorno sociocultural.
- Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) de Pedro R. Gil-Monte, año 2005. Es un cuestionario que evalúa el síndrome de quemarse por el trabajo o burnout específicamente en los profesionales dedicados a los servicios, especialmente sanitarios y educadores, aunque también tiene una versión para el resto de profesiones, donde se evalúa el desencanto profesional. Está formado por 20 ítems que se valoran mediante una escala tipo Likert de 0- 4 puntos.

2.3.1 CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO, CESQT.

Elabotado por Gil- Monte en 2011, el CESQT es un cuestionario específico para la valoración del SQT, que presenta dos versiones diferentes del mismo, la versión principal, CESQT, destinado a los profesionales dedicados a los servicios (profesionales de enfermería, médicos, maestros...) y la versión desencanto profesional (DP; CESQT-DP), para aquellos profesionales que no trabajan en contacto directo con personas^{17, 18}.

La versión principal, como se describía anteriormente, está formada por 20 ítems, divididos en cuatro subescalas:

-Ilusión por el trabajo, definida como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque supone una fuente de placer personal. Formada por 5 ítems.

-Desgaste Psíquico, definida 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. La conforman 4 ítems.

-Indolencia, entendida como la aparición de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización. 6 ítems.

-Culpa, definida como la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial hacia las personas con la que se establecen relaciones laborales. Formada por 5 ítems.

Las tres primeras subescalas permiten generar una puntuación global, mientras que la escala culpa, permite definir dos perfiles de profesionales, con o sin culpa.

Todos los ítems son valorados mediante una escala tipo Likert en formato de respuesta de 5 puntos (de 0=nunca a 4=todos los días, muy frecuentemente).

Para obtener el resultado de cada subescala se suman las puntuaciones de los ítems que la conforman y se dividen entre el número de ítems. Así mismo, para obtener la puntuación

global del test, se suman las puntuaciones obtenidas en cada subescala, a excepción de la de culpa y se divide entre los 15 ítems que la componen.

Esta escala ha obtenido buenos resultados a nivel de validez y fiabilidad en los diferentes estudios que se han realizado.

2.4 ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

Las medidas preventivas del Síndrome de Burnout se suelen clasificar en 3 niveles: A nivel individual, a nivel interpersonal y a nivel organizativo; sin embargo todas estas medidas deben ser promovidas y establecidas por la organización a fin de promover un entorno saludable en el lugar de trabajo^{19, 20, 21}.

- **Nivel individual:**

Estas estrategias están directamente relacionadas con la personalidad y las capacidades psicológicas del individuo. Según Alonso, 2014, éstas se pueden subdividir en:

- 1) Estrategias fisiológicas: llevar una vida saludable, mejorará el estado físico y emocional de la persona, su capacidad de afrontamiento y la sensación de autocontrol. Entre estas medidas podemos señalar:

-Realizar ejercicio físico con regularidad. La actividad física regular produce el aumento de los niveles de serotonina a nivel cerebral, relacionados directamente con la mejora del estado de ánimo y la reducción de los niveles de ansiedad. Además, también está relacionado con el cortisol, hormona que se encarga de controlar la respuesta del organismo ante el estrés.

-Alimentación variada y equilibrada, limitando el consumo de sustancias estimulantes como el café, el tabaco y el alcohol.

-Descanso nocturno reparador.

-Mantener relaciones sociales satisfactorias.

-Dedicar tiempo a actividades de ocio y tiempo libre.

- 2) Estrategias cognitivas: permiten hacer un análisis más realista de las situaciones complicadas y disponer de un abanico de soluciones más efectivas y estrategias de afrontamiento.

-Entrenamiento en la identificación de distorsiones cognitivas y su reestructuración en pensamientos más realistas y con posibilidad de resolución de la situación.

-Aprender a mantener un equilibrio entre las diferentes áreas vitales: FAMILIA – AMIGOS – AFICIONES – DESCANSO – TRABAJO, evitando a toda costa que la profesión absorba todas las demás.

- 3) Conductuales: entrenamiento en conductas más adaptativas que mejoren el autocontrol emocional, las relaciones sociales y la reducción del estrés laboral, tales como:

-Entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación interpersonal.

-Técnicas de relajación.

-Asertividad.

-Entrenamiento en mantener una distancia emocional con los usuarios, manteniendo un equilibrio entre la sobre implicación y la indiferencia.

- **Nivel interpersonal:**

Las estrategias pasan por fomentar el apoyo social por parte de los compañeros y supervisores.

- Fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores, favorecer el trabajo en grupo y evitar el aislamiento.

- Establecer sistemas de toma de decisiones democráticos-participativos en el trabajo.

- **Nivel organizativo:**

La organización debe evaluar todas las posibles fuentes de estrés en el entorno laboral y establecer medidas destinadas a prevenir su aparición y reducir sus posibles consecuencias.

-Realizar una orientación profesional al inicio del trabajo. El trabajador debe hacer una adaptación entre sus expectativas iniciales, con la realidad que se impone. Deben marcarse objetivos más realistas, que permitan mantener la ilusión por el trabajo.

-Mantener la diversidad de tareas y la rotación por las mismas.

-Poner en práctica programas de formación continuada y reciclaje de conocimientos y habilidades.

-Realizar la identificación y evaluación de riesgos psicosociales, modificando aquellas condiciones específicas y antecedentes que promueven la aparición del SQT.

-Establecer mecanismos de feedback o retroinformación del resultado del trabajo.

-Disponer del análisis y la definición de los puestos de trabajo, evitando ambigüedades y conflictos de roles. Establecer objetivos claros para los profesionales.

- Aumentar el grado de autonomía y control del trabajo, descentralizando la toma de decisiones.
- Definición de competencias y responsabilidades. Es esencial conseguir un diseño óptimo de las funciones y responsabilidades propias de la actividad laboral para reducir el estrés de la misma.
- Crear, si no se puede eliminar el foco del riesgo, grupos de soporte para proteger de la ansiedad y la angustia.
- Promover la seguridad en el empleo.
- Fomentar la flexibilidad horaria.
- Facilitar a los trabajadores, los recursos necesarios, para conseguir los objetivos de trabajo.

3 JUSTIFICACIÓN

Los riesgos psicosociales en el trabajo son entendidos como aspectos del diseño del trabajo, de la organización y de la dirección del mismo, así como sus contextos sociales y organizacionales.

En las últimas décadas, los estudios realizados, entre ellos, el informe publicado por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (European Agency for Safety and Health at Work, 2007) han puesto de manifiesto la aparición, en el mundo laboral, de riesgos psicosociales emergentes, que están afectando a la salud y la seguridad de los trabajadores debido a que provocan mayor nivel de estrés, todo ello ligado a los cambios técnicos u organizativos en el mundo laboral, junto con los cambios socioeconómicos, demográficos y políticos. Estos riesgos son principalmente:

- Nuevas formas de contratación laboral: contratos precarios e inestabilidad del mercado laboral.
- Envejecimiento de la población activa y retraso en la edad de jubilación, lo que supone aumento de la vulnerabilidad a la carga de trabajo mental y emocional.
- Intensificación del trabajo. Mayores cargas y exigencias de trabajo.
- Fuertes exigencias emocionales en el trabajo, aumento del acoso y violencia laboral.
- Desequilibrio y conflicto entre la vida laboral y personal.

El Síndrome de Burnout, surge como consecuencia del aumento de estos riesgos psicosociales, y aunque su definición se remonta a los años setenta, en las últimas décadas ha cobrado especial relevancia debido a un importante incremento de su prevalencia, especialmente en el sector servicios, sanidad y educación, y, hoy día se sitúa en un 70% (Instituto Nacional de Estadística, 2009).

Este fenómeno ha sido tipificado en algunos estudios (Martínez, 2000; Masiá, 2001) como enfermedad, y aunque aún no aparece reconocida como tal en el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social, ya existen sentencias judiciales que le otorgan la condición de accidente de trabajo (Sentencia del Tribunal Supremo del 26 de

octubre del año 2000, que ratificó la sentencia del 2 de noviembre del año 1999 dictada por la sala de lo Social, del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Autónoma del País Vasco).

Todo ello, junto con las importantes consecuencias que ocasiona, tanto al propio profesional, como al usuario que recibe el servicio, y a la organización en su conjunto, ha llevado a considerar este síndrome como un importante problema de Salud Pública.

En cuanto a las consecuencias para la organización, en este caso, el sistema sanitario, supone un aumento de los costes, tanto directos, como la asistencia médica y hospitalaria de los afectados, las indemnizaciones por incapacidad laboral y los salarios durante el periodo de baja, así como costes indirectos, menor productividad, multas o penalizaciones por mala praxis. Un estudio publicado en Reino Unido por la Health and Safety Executive (HSE) en 2007, relacionaba hasta el 50-60% del absentismo laboral con el estrés en el trabajo y cifraba en 20.000 millones de euros el coste anual del mismo para la Unión Europea.

Pese a que la definición del síndrome de burnout se remonta a hace más de 30 años, se trata de un campo de investigación reciente. Los estudios determinan que es un síndrome infra diagnosticado y para el cuál no se han desarrollado las correspondientes medidas preventivas.

La organización preventiva debe poner el acento en la identificación de todos aquellos factores de riesgo que contribuyen a la aparición del Síndrome, así como en el diseño de estrategias de prevención e intervención destinadas a disminuir su incidencia y minimizar daños.

4 OBJETIVOS

En base a los antecedentes expuestos, el objetivo principal de este estudio es estudiar el Síndrome de Burnout en los profesionales de Enfermería de Atención Primaria de Salud.

Los objetivos específicos que se plantean son:

1. Describir las características sociodemográficas de la población de estudio.
2. Valorar el Síndrome de Burnout en los sujetos estudiados mediante el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT).
3. Diseñar una estrategia de intervención a nivel individual destinada a prevenir la aparición del Síndrome de Burnout en los profesionales de Enfermería dedicados a la Atención Primaria de Salud.



5 METODOLOGÍA

Para la consecución de los objetivos descritos, se ha diseñado y realizado un estudio sin manipulación de la muestra, observacional de carácter descriptivo. El trabajo fue realizado durante los meses de enero a junio de dos mil diecisiete, siguiendo varias etapas, descritas a continuación.

5.1 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

En primer lugar se realizó una búsqueda bibliográfica para comprender los antecedentes y la situación actual del tema en cuestión, conocer los resultados de los estudios ya publicados, determinar las limitaciones de los mismos e identificar los estudios que se están realizando actualmente. Esta búsqueda, además sirvió para definir claramente el área temática del presente estudio y definir conceptos clave. Así mismo, se ha podido identificar los instrumentos de medida que existen para evaluar el Síndrome de Burnout y elegir, entre ellos, el más adecuado para utilizar en este estudio, teniendo en cuenta los objetivos marcados.

La búsqueda bibliográfica se realizó mediante el uso de una cadena de búsqueda, usando para ello descriptores, en español e inglés, identificados mediante las herramientas DeCS y HON Select;

-Palabras clave (descriptores): Agotamiento Profesional, Personal de Enfermería, Atención Primaria de Salud.

-Keywords: Burnout, Professional; Nursing Staff; Primary Health Care.

El objetivo de la búsqueda era encontrar artículos primarios relacionados con el tema, para ello, las bases de datos consultadas fueron: medline/pubmed, Scielo, Cuidage, Biblioteca Virtual de Salud (BVS), Biblioteca Cochrane Plus y Cuiden.

5.2 PROCESO DE SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población diana de este estudio son los profesionales de enfermería que trabajan en el ámbito de la Atención Primaria de Salud. Para ello, se ha tomado como población de estudio, los enfermeros que trabajan en el ámbito de la Atención Primaria de Salud de la Comunidad Valenciana, departamento de Salud de Elda, el cual incluye 10 Zonas Básicas de Salud, conformadas por 21 Centros de Salud. La muestra con la que se ha trabajado ha sido seleccionada mediante un método de muestreo no probabilístico, si no a criterio o juicio, siendo incluidos en la investigación todos aquellos sujetos que respondían al cuestionario durante el tiempo de estudio y que cumplieran los criterios de inclusión impuestos

- **Criterios de inclusión:**

- ✓ Personal de Enfermería que trabaje en el ámbito de la Atención Primaria de Salud.
- ✓ Tiempo mínimo de trabajo en Atención Primaria de un año.
- ✓ Aceptar el consentimiento informado para la investigación.

Los sujetos fueron seleccionados durante los meses de enero-marzo de dos mil diecisiete. Una vez seleccionados se les hacía llegar en mano, o de forma electrónica un documento compuesto por 3 hojas, donde se pedía el consentimiento informado tras una breve descripción de la investigación y sus objetivos, y los cuestionarios, acompañados de una descripción de su utilidad y la información de cómo cumplimentarlos.

5.3 VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Tras obtener el consentimiento informado de los sujetos, que puede verse en el **anexo I**, en el que se garantizaba el anonimato de los datos recogidos en el estudio, de acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, comenzamos a pasar el documento a rellenar por los sujetos a estudio, el cual, estaba dividido en dos bloques. Bloque I, datos sociodemográficos; bloque II, evaluación del Síndrome de

Burnout mediante el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT).

5.3.1. ESTUDIO SOCIODEMOGRÁFICO

En primer lugar, para conocer a cada uno de los individuos que conformaban nuestra población de estudio, pasamos un cuestionario de datos sociodemográfica, formada por siete preguntas, seleccionadas a criterio de los investigadores de este estudio y con respuestas prefijadas (**anexo II, bloque I**).

5.3.2 EVALUACIÓN DEL SINDROME DE BOURNOUT. (CESQT)

Este cuestionario se cumplimentó de forma autoadministrada. Se utilizó la versión principal del cuestionario (CESQT), destinado a ser utilizado a profesionales que desarrollan su actividad laboral atendiendo a personas (médicos, psicólogos, maestros, y enfermeros, como es nuestro caso). Las áreas de aplicación de este cuestionario constituyen la psicología clínica, psicología del trabajo y las organizaciones, psicología forense y la salud general y el bienestar, para evaluar el Síndrome mediante 4 subescalas que se corresponden con: ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa.

Fue publicado por primera vez en 2011 por Pedro R. Gil-Monte. Fue seleccionado para nuestra investigación porque es un test desarrollado para ser administrado a la población española, y específicamente para trabajadores cuya actividad laboral se desarrolla en el contacto directo con personas. Además, ha obtenido resultados muy buenos en cuanto a datos de validez, fiabilidad y consistencia interna en los diferentes estudios que se han realizado, obteniendo resultados muy similares al Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson, año 1981, que es el cuestionario que ha generado mayor volumen de estudios e investigaciones y el que ha servido de base para la realización de cuestionarios similares posteriores.

El test está compuesto por 20 ítems (**anexo II, bloque II**), cada uno de los cuales corresponde a algunas afirmaciones en relación al trabajo y a las consecuencias que se derivan de la relación persona- trabajo. La persona tiene que contestar a cada ítem mediante una escala tipo likert de 5 puntos, en función de la frecuencia con la que piensa o siente las ideas y sentimientos que se indican (nunca, raramente: algunas veces al año, a veces: algunas veces al mes, frecuentemente: algunas veces por semana, muy frecuentemente: todos los días), que se corresponden correlativamente con 0, 1, 2, 3 y 4 puntos.

Para obtener las puntuaciones de las subescalas, se suman las puntuaciones obtenidas en los ítems y se divide por el número de ítems pertenecientes a cada subescala:

-Ilusión por el trabajo: 5 ítems, hay que invertir las puntuaciones obtenidas en estos ítem.

-Desgaste Psíquico: 4 ítems.

-Indolencia: 6 ítems.

-Culpa: 5 ítems.

Para obtener la puntuación total del SQT se realiza el promedio de los 15 ítems que componen las primeras tres subescalas, excluyendo la escala culpa. Hay que tener cuidado de invertir las puntuaciones de la variable Ilusión por el trabajo.

Se distinguen así, dos tipos de perfiles:

SQT Perfil 1: promedio de los 15 ítems de las siguientes variables: Ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia, que sea igual o mayor a 2.

SQT Perfil 2: SQT obteniendo el promedio de los 15 ítems, más altas puntuaciones en la escala “culpa”.

5.4 RECOGIDA DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el tratamiento estadístico de los datos se elaboró una base de datos Microsoft Access para las variables definidas anteriormente y se analizaron con el programa informático (Prism 6.0, GraphPad Prism, Estados Unidos).

Se realizó un análisis descriptivo de las variables, utilizando la distribución de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y las medidas de tendencia central (media, desviación estándar y rango) para las variables cuantitativas.

6 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

Se mandaron 70 cuestionarios, que fueron entregados en persona y por correo electrónico. Finalmente, la muestra estuvo formada por 50 personas, que son las que contestaron los cuestionarios durante el período de tiempo fijado para ello, por lo que la tasa de respuesta fue del 71.5%.

De los 50 sujetos estudiados, sólo 5(10%) eran hombres, y el resto, 45 (90%) mujeres, colectivo mayoritario en la profesión de enfermería. La edad media fue de 42 años (25-64 años). En cuanto a la nacionalidad, el 100% de la muestra presenta nacionalidad española. El 34.6% está actualmente soltero, un 43.6% son casados, un 11.3% está separado o divorciado y un 10.5% son viudos. Además, el 67.4% tiene hijos, frente al 32.6% que no los tiene.

En cuanto a los años trabajando en AP, la media es de 15 años (2-37 años) y en relación a las condiciones laborales, el 80.5% trabaja a turnos, el 57.89 hace noches y el 84.21% trabaja en días festivos.

6.2 EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BOURNOUT MEDIANTE EL CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (CESQT).

Los resultados estadísticos sobre el análisis de subescalas e ítems del cuestionario CESQT se muestran en la siguiente tabla:

Subescala/Ítem	M(dt)
Ilusión por el trabajo	3.0 (0.24)
1	2.68 (0.95)
5	2.84 (1.01)
10	3.21 (0.85)
15	3.26 (0.87)
19	3.10 (0.87)
Desgaste Psíquico	2.1 (0.95)
8	1.89 (1.4)
12	1.68 (1.15)
17	2.5 (1.20)
18	2.1 (1.15)
Indolencia	1.3 (0.27)
2	1.63 (1.11)
3	1.42 (1.1)
6	1.63 (1.01)
7	0.95 (1.17)
11	1.21 (1.35)
14	1.16 (0.89)
Culpa	1.1 (0.13)
4	1.21 (1.27)
9	1.05 (0.84)
13	0.89 (1.04)
16	1.10 (1.28)
20	1.21 (0.85)

Figura 2: Análisis estadístico de los ítems del CESQT.

Se observa que las medias más elevadas se obtuvieron en los ítems que conforman la dimensión “ilusión por el trabajo”, (ítems 1, 5, 10, 15 y 19), que se caracterizan porque altas puntuaciones en ellos indican bajos niveles de SQT. Dichos ítems valoran, sobre todo, el aporte de sentimientos positivos del trabajo en la vida personal, y, al ser la enfermería una profesión especialmente vocacional, se explican, por tanto, altas puntuaciones en ellos. Por el contrario, las medias más bajas corresponden a las subescalas de indolencia y culpa.

La puntuación más alta correspondiente a los ítem “negativos”, es decir, en los que puntuaciones altas se relacionan con altos niveles de SQT, se obtuvo en el ítem 17, correspondiente a la subescala de desgaste psíquico (M=2.5, dt=1.20), específicamente

relacionado con el cansancio físico en el trabajo y seguido muy de cerca del ítem 18 ($M=2.1$; $dt=1.15$) que evalúa el desgaste emocional, propio de las profesiones en las que existe una relación de ayuda, tal y como explican los estudios como el de Gómez-Urquiza, una revisión sistemática de febrero de 2017, donde se determina que entre el 23-31% de los enfermeros de AP presentan niveles altos de cansancio emocional, y la presenta como la principal dimensión afectada en el síndrome de burnout²⁶.

Entre las características sociodemográficas de los sujetos que presentan las puntuaciones más altas en los ítems 17 y 18 relacionados con el cansancio físico y desgaste emocional coinciden en presentar una edad entre 40-58 años, correspondientes a la etapa de la adultez media, con una media de 17 años trabajando en AP. Opuestamente, las puntuaciones más bajas en los mismos se obtuvieron en los más jóvenes de la muestra (25-34 años) y con una media de 5 años de antigüedad en el ámbito de la AP. Estos resultados también están relacionados con otros estudios como el de Faura et al, 1995 o Soto Cámara et al, 2005, que especifican, que el síndrome de burnout los niveles de burnout son mayores en las enfermeras de mayor edad y mayor tiempo de antigüedad en el puesto de trabajo. En cuanto a las variables estado civil o presencia de hijos en la familia no se observan diferencias significativas. Con respecto al sexo, la prevalencia del desgaste físico y emocional, en nuestro estudio es mayor en las mujeres, en consonancia con Maslach, 2009 que indicaba que las mujeres presentaban prevalencias más altas, pero, discrepando con los obtenidos por Faura et al, que indicaba que este desgaste era menor en mujeres. Aun así, nuestro estudio estaba formado en su mayoría por mujeres por lo que este resultado no muestra diferencias significativas.

La variable condiciones de trabajo: trabajo a turnos, nocturnidad o trabajo en días festivos tampoco muestra diferencias significativas en cuanto a la ilusión por el trabajo, aunque sí con el cansancio físico, ya que las personas que presentan las citadas condiciones puntúan en ese ítem con puntuaciones más altas (3 y 4 puntos), que podría estar relacionado con mayores problemas para conciliar vida laboral y familiar y con dificultades para dormir.

En cuanto a la puntuación global del cuestionario CESQT, 8 sujetos presentan una puntuación ≥ 2 en el SQT perfil1, lo que se corresponde con el 16% de la muestra. De ellos, el 10.52% ha obtenido, además, altas puntuaciones en la subescala culpa, presentando, por tanto, el perfil 2 de SQT, mientras que el 5.48% restante obtiene bajas puntuaciones en dicha subescala. Grau, 2009, señala la prevalencia de burnout en el personal sanitario en un 14.9%, el estudio

realizado por Carlín, 2010, menciona una prevalencia del 20-45% y el de San Juan Estallo, 2014 31.91%, aunque ninguno de estos estudios era específico de AP^{27, 28}.



7. CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas relacionadas con mayores puntuaciones en los ítem relacionados con niveles altos de síndrome de burnout son edad comprendida en la adultez media, mayor número de años de antigüedad en el puesto de trabajo y la realización de turnos de trabajo de noche y trabajo en días festivos. No se observan diferencias significativas en cuanto al género, estado civil o hijos en la familia.
2. La prevalencia de Burnout en la muestra estudiada es de 16%, de ellos, el 5.48% presenta SQT perfil 1, es decir, sin culpa y, el resto, un 10.52% un SQT perfil 2, con culpa. Las dimensiones más afectadas por síndrome de burnout en los enfermeros de AP son la de cansancio físico y desgaste psíquico, mientras que las menos afectadas son las de indolencia y culpa.
3. Son pocos los estudios dirigidos a diseñar estrategias de intervención para la prevención del síndrome de burnout. Además, los estudios que investigan este problema en el sector sanitario, son dirigidos, en su mayoría, al ámbito hospitalario, por lo que, es necesario el estudio de dicha cuestión en AP.

8. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

En base a los resultados obtenidos en la presente investigación, se ha diseñado una propuesta de intervención destinada a prevenir el Síndrome de Burnout específicamente en los enfermeros que trabajan en Atención Primaria, proporcionándoles recursos efectivos y estrategias de afrontamiento para hacer frente al estrés, provocado por aquellos estresores presentes de forma continua en su entorno laboral y que son difíciles de eliminar, con el fin de reducir, así, las consecuencias negativas del mismo sobre su salud, teniendo en cuenta la bibliografía disponible, y cuya finalidad es que sea llevada a la práctica y se estudie su efectividad en futuras investigaciones.

Desde el punto de vista legal, la actual ley de Prevención de Riesgos Laborales (B.O.E 10/11/1995) reconoce la organización y ordenación del trabajo como condiciones de trabajo susceptibles de producir riesgos laborales e incorpora la necesidad de diagnosticar y prevenir los riesgos psicosociales con el objetivo de ofrecer entornos laborales saludables²². Desde este punto de partida, las organizaciones deben diseñar programas de intervención de las condiciones psicosociales, dirigidos al estudio de los posibles factores de riesgo, con el fin de identificar casos de burnout, así como prevenir su aparición futura, mediante el diseño de intervenciones eficaces, siguiendo los principios de acción preventiva, descritos en el artículo 15 LPRL:

- Evitar los riesgos.
- Evaluar los riesgos que no se pueden evitar.
- Combatir los riesgos en su origen.
- Adaptar el trabajo a la persona, en particular, en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción, con miras, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud.
- Tener en cuenta la evolución de la técnica.
- Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.

-Planificar la prevención, buscando un conjunto coherente que integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo.

-Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.

-Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

Las intervenciones diseñadas deben ir dirigidas a la consecución de los objetivos propuestos, se distinguen, por tanto, tres tipos de estrategias: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria²³.

- **Intervención primaria:** su objetivo es reducir o eliminar las fuentes de estrés, adaptando tanto el entorno físico como psíquico del puesto de trabajo al trabajador.

Schaufeli (1999), propone 5 fases a llevar a cabo en la intervención primaria²⁴:

-Preparación e introducción: consiste en la planificación de las estrategias que se llevarán a la práctica, contando con el consenso de todas las partes de la organización, especificando: qué medidas se van a llevar a la práctica, los recursos necesarios, las fases de intervención y las responsabilidades de cada una de las partes.

-Identificación de problemas y evaluación de riesgos: realizar un diagnóstico inicial del problema como punto de partida, mediante entrevistas a los trabajadores y estudios de absentismo y bajas laborales.

-Detección temprana del estrés, utilizando escalas y cuestionarios estandarizados específicos de detección de riesgos psicosociales, y redacción de un informe priorizando los principales estresores sobre los que actuar.

-Planificación de la intervención: una vez identificados los estresores del entorno laboral, y priorizados según magnitud e importancia, deben de estudiarse las posibles acciones destinadas a reducirlas, teniendo en cuenta ventajas e inconvenientes de las mismas.

-Implantación y ejecución de las intervenciones: es la fase de ejecución de la intervención propiamente dicha, que debe ir dirigida tanto a la mejora de las condiciones del trabajo, como a la mejora de las habilidades del trabajador para fomentar su adaptación al mismo.

- **Intervención secundaria:** se trata de intervenciones destinadas a reducir las consecuencias del estrés en los trabajadores, y se basan fundamentalmente en programas de formación para potenciar sus destrezas, habilidades y estrategias de afrontamiento. Este tipo de intervención es especialmente importante ante aquellos estresores que son difíciles de eliminar, como por ejemplo, contacto directo y continuo con las personas o trabajo a turnos.

Lo ideal, según los autores consultados, sería implementar de forma conjunta programas de intervención primaria y secundaria, con el fin de que sus efectos se complementen.

- **Intervención terciaria:** son intervenciones reactivas, dirigidas a profesionales donde ya se ha identificado la afectación por el síndrome de burnout, con el fin de reducir sus consecuencias negativas, mediante servicios de asesoramiento personal.

Además, como se describía anteriormente, todos estos niveles de intervención se deben abordar actuando tanto a nivel individual, a nivel interpersonal y a nivel organizativo.

TALLER DE FORMACIÓN EN PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES

Son muchos los estudios elaborados a cerca del estrés laboral y como su mantenimiento a largo plazo puede conllevar a la aparición del síndrome de burnout, sin embargo, son escasos los programas de prevención e intervención para evitar o paliar sus efectos. Párraga Sánchez, en 2006, elabora el programa IRIS, destinado al control del estrés dirigido a sanitarios

(enfermeras y auxiliares de enfermería) que trabajan en Atención especializada (hospital), obteniendo muy buenos resultados con la aplicación de sus intervenciones.

Los programas dirigidos a prevención y control de los riesgos psicosociales se basan fundamentalmente en el control del estrés, que debe incluir:



Figura 3: Principios de los programas de prevención y control del estrés laboral

El taller elaborado en esta investigación está destinado a reducir el impacto negativo del estrés laboral en la salud de los trabajadores, en este caso, dirigido al sector sanitario, concretamente a Enfermería del ámbito de la AP: “Taller de formación en prevención de riesgos psicosociales para enfermería”.

➤ **Objetivos:**

El objetivo general de esta intervención es favorecer un mayor grado de autocontrol emocional que permita a los asistentes reducir sus niveles de estrés, mediante educación e información sobre los riesgos psicosociales y las técnicas y recursos más eficaces para su manejo.

En cuanto a los objetivos específicos educativos de aprendizaje, se pretende que los asistentes:

- Expresen sus vivencias y experiencias.
- Reflexionen a cerca de las situaciones y emociones que les producen malestar.
- Sean capaces de identificar errores de pensamiento y reestructurarlos de forma cognitiva.
- Desarrollen una actitud optimista para afrontar el día a día.
- Aumente su grado de autoconocimiento y mejoren su autovaloración personal.
- Aprendan técnicas para relajarse ante situaciones estresantes.
- Desarrollen habilidades para una interacción social positiva.
- Identifiquen e interioricen hábitos de vida que contribuyen a mejorar su salud.

➤ **Metodología:**

El taller estará compuesto por 5 sesiones de formación de 90 min de duración, realizadas en 5 semanas consecutivas (1 sesión por semana), en grupos de 10-12 personas.

BLOQUES DE CONTENIDO:

Cada bloque de contenido se desarrollará en una sesión:

- Fisiología de la ansiedad y el estrés.
- Técnicas de auto relajación.
- Pensamientos negativos y reestructuración cognitiva
- Habilidades sociales.
- Hábitos de vida saludables.

DIÑO DE LAS SESIONES:

GG: grupo grande.

GP: grupo pequeño.

TI: trabajo individual

OBJETIVO	TÉCNICA	AGRUPACIÓN	TIEMPO
Fisiología de la ansiedad y el estrés			
1º sesión: Comprendiendo el estrés y la ansiedad.			
Presentación del taller y contrato educativo (Anexo III).	De acogida y negociación	GG	15´
Presentación de los participantes, expresión de sus preconcepciones o modelos previos y su experiencia personal.	De encuentro y expositiva	GG	30´
Cuestionario auto administrado de valoración del síndrome de burnout (CESQT)	De investigación en el aula	TI	10´

Qué es el estrés y la ansiedad y cómo se manifiesta	De investigación en el aula (tormenta de ideas)	GG	5´
	Expositiva: -Fisiología del estrés y la ansiedad. -Estresores laborales y cotidianos. -Síntomas de estrés.	GG	30´
Técnicas de auto relajación			
2º sesión: Técnicas de auto relajación			
Presentación	De encuentro y expositiva	GG	10´
Respiración diafragmática	Expositiva: -Fundamento de la respiración diafragmática. -Técnica de la respiración diafragmática con y sin retención de aire.	GG	20´
	Desarrollo de habilidades: práctica.	TI	10´
Relajación muscular progresiva de Jacobson	Expositiva: -Fundamento de la relajación muscular progresiva. -Técnica de la relajación	GG	20´

	muscular progresiva		
	Desarrollo de habilidades: práctica	TI	30´
Distorsiones cognitivas			
3º sesión: El control de los pensamientos			
Presentación	De encuentro y expositiva	GG	10´
Pensamientos y emociones	Expositiva: -Relación entre pensamientos y emociones. -Tipos de distorsiones cognitivas.	GG	20´
	Desarrollo de habilidades: práctica, reconocer distorsiones cognitivas.	TI/GG	10´
Terapia de autoinstrucciones positivas.	Expositiva	GG	15´
Terapia de detección del pensamiento: mindfulness.	Expositiva	GG	15´
	Desarrollo de habilidades: práctica de mindfulness.	TI	10´
Terapia de reestructuración cognitiva: modificación del	Expositiva	GP/GG	5´

pensamiento.	Otras técnicas (tareas para casa: diario de pensamientos negativos).	TI	5´
Habilidades sociales			
4º sesión: Asertividad			
Presentación	De encuentro y expositiva: -Puesta en común del diario de pensamientos negativos de la sesión anterior.	GG	20´
Habilidades sociales	Expositiva: -Qué son las habilidades sociales y para qué sirven. -Estilos de comunicación: pasivo, agresivo, asertivo. -Derechos asertivos. -Test de asertividad, para conocer nuestro estilo de comunicación.	TI/ GG	30´
Práctica de la asertividad	De desarrollo de habilidades: -Planteamiento de situaciones cotidianas y formas de responder a ellas. -Técnica: como construir una respuesta asertiva.	TI/GG	40´

	-Técnica: estrategias asertivas para afrontar situaciones conflictivas		
Hábitos de vida saludables			
5º sesión: Mente sana en cuerpo sano			
Presentación	De encuentro y expositiva	GG	10´
Hábitos de vida saludables	Expositiva: -Alimentación equilibrada: nutrientes aliados ante el estrés. -Actividad física. -Sueño y descanso. -Vivir con optimismo. -Mejorar la autoestima	GG	70´
Cuestionario de evaluación del taller (Anexo IV)	De investigación en el aula	TI	5´
Cierre del taller	Expositiva	GG	10´

Por último, como todo programa de intervención psicosocial, deben evaluarse las acciones realizadas, para poder ir valorando el proceso y adoptar ajustes y correcciones, si fuesen necesarios. En este caso, el taller será valorado mediante:

-Una encuesta de satisfacción de elaboración propia, que será cumplimentada por cada uno de los asistentes al final de la última sesión.

-El cuestionario CESQT, que será cumplimentado en dos momentos diferentes, antes del taller, al comienzo de la primera sesión, y después del taller, 4 semanas después del fin de las

sesiones, para poder comparar resultados en el pre y post test y valorar, así la eficacia de la intervención.



9. BIBLIOGRAFÍA

1. Fidalgo Vega, M. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (I), definición y proceso de generación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. 2000.
2. Martínez Pérez, A. El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia.
3. Apiquian Guitart, A. El síndrome de burnout en las empresas. Tercer Congreso de Escuelas de Psicología de las Universidades Red Anáhuac. 2007, Abril 26-27; Mérida, Yucatán.
4. Vanessa Thomaé; MN, Ayala, EA; Sphan, MS, Stortti, MA. Etiología y prevención del Síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2006; 153:18-21.
5. Martínez M, Guerra MP. Síndrome de Burnout El riesgo de ser un profesional de ayuda. Salud y cambios 1998, 23: 45.
6. Boada i Grau, J; De Diego Vallejo, R; Agulló Tomás, E. El burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. Psicothema 2004, 16 (1): 125-131.
7. Martínez Pérez, A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. 2010.

8. Síndrome de Burnout, un acercamiento al tema. XV Congreso virtual de psiquiatría.com, “compartir para crecer”. 2014 febrero 1-28; Interpsiquis, 2014.
9. Carlín, M; Garcés de los Fayos Ruiz, E.J. El síndrome de Burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de psicología*. 2010; 26 (1):169-180.
10. Bianchini Maramoros, M. El síndrome de Burnout en personal profesional de la salud. *Med. Leg. Costa Rica*. 1997; 13 (2): 1-2.
11. Atance Martínez, J.C. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev. Esp. Salud Pública*. Madrid. 1997; 71(3).
12. Ortega Ruiz, C; López Ríos, F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2004; 4(1): 137-160.
13. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid. 2012.
14. Observatorio permanente de riesgos psicosociales UGT. Guía de prevención de riesgos psicosociales en el sector sanidad: Atención Primaria.
15. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

16. García García, J.M; Herrero Remnuzgo, S; León Fuentes, J.L. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de psicología*. 2007; 25(2): 157-174.
17. Gil Monte, P.R; Unda Rojas, S; Sandoval Ocaña, J.I. Validez factorial del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) en una muestra de maestros mexicanos. *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo*. *Salud Mental* 2009;31:205-214.
18. Gil-Monte, P.R. Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Madrid: TEA Ediciones, S.A. 2011.
19. FERRER, R, et al. Quemarse en el trabajo: burnout. Ed. Egido Editorial, 2005.
20. Alonso Fernández, F. Psicopatología del trabajo. Ed. EDIKAMED, 1997.
21. GIL-MONTE, P. R. El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Ed. Pirámide, 2005.
22. Jefatura del Estado .«BOE» núm. 269, de 10 de noviembre de 1995 Referencia: BOE-A-1995-24292.

23. Schaufeli, W. B. Intervenciones sobre el síndrome de burnout. Diputación de Valencia (Ed), jornada “El síndrome de quemarse por el trabajo en Servicios Sociales”. Valencia. 2005.
24. Lorente, L; Salanova, M; Martínez, I. M. Estrategias de prevención del burnout desde los recursos humanos. *Gestión práctica de recursos laborales*. 2007; 41: 12.
25. Párraga Sánchez, J.M. Eficacia de una intervención psicológica para reducir el síndrome de burnout en profesionales sanitarios. *Gestión Práctica de riesgos laborales*. 2006 (27):32.
26. Gómez Urquiza, J.L; Monsalve Reyes, C; San Luis Costas, C; Fernández Castillo, R; Aguayo Estremera, R; et al. Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Atención Primaria*. 2017. 49(2):77-85.
27. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Rev Esp Salud Pública*, 2009; 83: 215-30.
28. San Juan Estallo, L; Arrazola Alberdi, O; García Moyano, L. Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del servicio de cardiología, neumología y neurología del Hospital San Jorge de Huesca. *Enfermería Global*. 2014.;13(36):253-264.
29. Leal Costa, C; Díaz Agea, J.L; Tirado González, S; Rodríguez Marín, J. Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. *An. Sist. Sanit*. 2015;38(2):213-223.
30. Manzano, G. Síndrome de burnout y riesgos psicosociales en personal de enfermería. Prevalencia e intervención. *Inform Psicol*. 2008; 91:23-31.

31. Cucco M. Una propuesta de intervención sobre los malestares de la vida cotidiana. Del Desatino Social a la Precariedad Narcisista. Buenos Aires: Editorial Atuel, 2006.



AGRADECIMIENTOS

En primer lugar me gustaría expresar mi más profundo agradecimiento al Dr. Julián Vitaller Burillo, por su dedicación, apoyo, disposición y por la motivación transmitida.

Por otro lado, también quería agradecer y dedicar este trabajo a todos los profesionales de Enfermería que han participado en el estudio, contribuyendo a la realización del mismo.

A mis compañeros del máster en Prevención de Riesgos Laborales, ya que hemos formado un gran equipo donde todos hemos colaborado para que el paso por el máster fuese una experiencia positiva, motivadora y más llevadera en los momentos difíciles.

A mis compañeros enfermeros, que han sido claves en la puesta en marcha y realización de este trabajo, por su orientación, ayuda y colaboración. Sois un estímulo y un ejemplo a seguir.

A mi pareja que ha sido la fuerza y el impulso necesario para continuar día a día.

A mi familia, por haber creído en mí y estar siempre a mi lado.

A todos, muchas gracias.

10. ANEXOS

ANEXO I: HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO



CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA
TRABAJO FIN DE MÁSTER. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
Universidad Miguel Hernández.

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Universidad Miguel Hernández está realizando, un estudio sobre el síndrome de burnout, también conocido como síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) en el personal de enfermería que desarrolla su labor profesional en el ámbito de la Atención Primaria de Salud.

Diversos estudios han puesto de manifiesto que el síndrome de burnout es especialmente prevalente en aquellas profesiones que están en contacto directo con las personas y que implican una relación de ayuda entre ellas.

El síndrome de burnout, se caracteriza fundamentalmente por agotamiento emocional, despersonalización y sentimientos de baja realización personal en el trabajo, y se relaciona con importantes consecuencias negativa en el profesional, así como en el cliente atendido y en la organización.

El presente estudio será utilizado para la presentación y defensa como TRABAJO FIN DE MÁSTER de la alumna Marina Serrano Rodríguez, y será dirigido y tutorizado por el profesor D. Julián Vitaller Burillo.

El principal objetivo de este trabajo es estudiar el Síndrome de Burnout en los profesionales de Enfermería de Atención Primaria de Salud.

Los resultados de este estudio servirán como base para el diseño de programas de promoción y prevención de la salud, lo cual repercutirá positivamente en la calidad de vida de los mismos.

EL PRESENTE CUESTIONARIO ES TOTALMENTE ANÓNIMO, y por tanto, LA INFORMACIÓN QUE USTED NOS APORTE EN ÉL ES DE CARÁCTER CONFIDENCIAL Y SERÁ UTILIZADA EXCLUSIVAMENTE CON FINES DEL PRESENTE ESTUDIO.

LE ROGAMOS CONTESTE CON LA MAYOR SINCERIDAD.

ANEXO II: CUESTIONARIOS CUMPLIMENTADOS POR LOS SUJETOS DEL ESTUDIO

ANEXO II. BLOQUE I: ESTUDIO SOCIODEMOGRÁFICO



CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA
TRABAJO FIN DE MÁSTER. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
Universidad Miguel Hernández.

1. Sexo: Hombre. Mujer.
2. Edad: años.
3. Nacionalidad:
4. Estado civil:
- Casado/a.

-Divorciado/a.

-Viudo/a.

-Soltero/a.

5. ¿Tiene hijos?:

-Si.

-No.

6. Años trabajando como enfermero de AP: años.

7. ¿Presenta alguna de estas condiciones laborales?

-Trabajo a turnos.

-Nocturnidad.

-Trabajo en días festivos.

ANEXO II. BLOQUE II: CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (CESQT)

(Gil-Monte, 2005).

A continuación hay algunas afirmaciones en relación a su trabajo y sobre las consecuencias que se derivan de esa relación para usted como profesional y como persona. Piense con qué frecuencia le surgen a usted esas ideas o con qué frecuencia las siente, teniendo en cuenta la escala que se le presenta a continuación. Para responder rodee con un círculo la alternativa (el número) que más se ajusta a su situación:

Nota: el término colaboradores se entiende en este contexto como pacientes.

0

1

2

3

4

Nunca

Raramente:

A veces:

Frecuentemente:

Muy

	Algunas veces al año	Algunas veces al mes	Algunas veces por semana	frecuentemente: Todos los días	
1) Mi trabajo me supone un reto estimulante.	0	1	2	3	4
2) No me apetece atender a algunos colaboradores.	0	1	2	3	4
3) Creo que muchos colaboradores son insoportables.	0	1	2	3	4
4) Me preocupa el trato que he dado a algunas personas en el trabajo.	0	1	2	3	4
5) Veo mi trabajo como una fuente de realización personal.	0	1	2	3	4
6) Creo que los familiares de los colaboradores son unos pesados.	0	1	2	3	4
7) Pienso que trato con indiferencia a algunos colaboradores.	0	1	2	3	4
8) Pienso que estoy saturado/a por el trabajo.	0	1	2	3	4
9) Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo.	0	1	2	3	4
10) Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas.	0	1	2	3	4
11) Me apetece ser irónico/a con algunos colaboradores.	0	1	2	3	4
12) Me siento agobiado/a por el trabajo.	0	1	2	3	4
13) Tengo remordimientos por algunos de mis comportamientos en el trabajo.	0	1	2	3	4
14) Etiqueto o clasifico a los colaboradores según su comportamiento.	0	1	2	3	4
15) Mi trabajo me resulta gratificante.	0	1	2	3	4
16) Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento.	0	1	2	3	4
17) Me siento cansado/a físicamente en el trabajo.	0	1	2	3	4
18) Me siento desgastado/a emocionalmente.	0	1	2	3	4
19) Me siento ilusionado/a por mi trabajo.	0	1	2	3	4
20) Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo.	0	1	2	3	4

ANEXO III: CONTRATO EDUCATIVO PARA EL TALLER DE FORMACIÓN EN PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES PARA ENFERMERÍA.

Los asistentes al taller “Formación en prevención de riesgos psicosociales para enfermería”, nos comprometemos a:

-Asistir puntualmente a cada una de las sesiones de las que se compone el taller.

- Mantener una actitud positiva y colaboradora en las sesiones.
- Aprovechar las sesiones y realizar las actividades propuestas.
- Tratar al resto de componentes del grupo con respeto y dignidad.
- Mantener la confidencialidad de lo expresado por cada miembro del grupo durante el desarrollo de las sesiones.
- Respetar el derecho a no asumir turno.

Firma del participante:

Fecha y lugar:

ANEXO IV: CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL TALLER

Se trata de un cuestionario de elaboración propia que será cumplimentado por cada uno de los asistentes al finalizar el taller, con el fin de obtener un feed-back en cuanto a satisfacción con el taller, en cuanto a contenidos, metodología y utilidad del mismo.

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL TALLER:

“FORMACIÓN EN PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES PARA ENFERMERÍA”

1. Por favor, señala con una X el número que consideres en relación con el trabajo realizado: 1=muy mala / 5=muy buena

ÍTEM	1	2	3	4	5
Opinión general del taller					
Los temas trabajados					
La forma de trabajo					
Adecuación a tus necesidades					
Utilidad para tu vida					

Tu implicación					
Grado de satisfacción					
Adquisición de nuevos conocimientos					
¿Recomendarías el taller a otras personas?					

2. Aspectos positivos del taller. (Texto libre).

3. Aspectos que cambiarías o que podrían mejorarse. (Texto libre).



