



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ



## **TRABAJO FIN DE MÁSTER**

# **PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA ESTE DE VALLADOLID**

**Alumno: Claudia Hernández Muriel**

**Tutor: M<sup>o</sup> Cristo Rodríguez Pérez**

**Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria.**

**Curso 2017 - 2018**

## 1. Introducción y Antecedentes

En los últimos años se ha desarrollado un gran interés por el estudio de la Salud Mental, del estrés y de los factores psicosociales relacionados con el trabajo, así como la repercusión de estos sobre la salud de los trabajadores. Un efecto de lo anterior es el conocido como síndrome de Burnout o síndrome del quemado<sup>1,2</sup>.

El síndrome de Burnout es descrito por primera vez por Herbert Freudenberger en 1974, definiéndolo como una sensación de fracaso y una existencia agotada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador. Posteriormente, otros autores han intentado completar esa definición. Ya en 1977, Christina Maslach utiliza el término conceptualizándolo como la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral y con repercusiones de índole individual, pero que también podrían afectar a aspectos organizacionales y sociales<sup>3,4</sup>.

Tras revisar la bibliografía sobre el origen de este síndrome, la gran mayoría de los autores coinciden en señalar que el Burnout es un proceso que surge como respuesta al estrés laboral crónico y, por lo tanto, está vinculado al entorno laboral.

Para medir la intensidad del Burnout en las personas inicialmente se utilizaba la observación clínica. Más tarde se fueron creando diferentes instrumentos, siendo el Maslach Burnout Inventory (MBI) el mejor cuadro de medición del Burnout y el más utilizado para las investigaciones relacionadas con este síndrome. Dicho cuadro fue creado por Christina Maslach, a quien ya hemos mencionado y Susan Jackson en 1981<sup>1</sup>.

El Maslach Burnout Inventory consta de 22 ítems que se dividen en tres subescalas. Cada una de ellas mide las tres dimensiones que se suponen configuran el síndrome: agotamiento emocional (9 ítems), despersonalización (8 ítems), y reducida realización personal (8 ítems). De cada una de las escalas se obtiene una puntuación<sup>2,5,6</sup>.

## Datos epidemiológicos

El mayor número de datos estadísticos sobre la incidencia del síndrome indican que afecta a personas que trabajan en el sector servicios –ya que están en íntimo contacto con otros seres humanos con lo que establecen relaciones interpersonales–. Hablamos de profesionales de la salud, docentes, policías, bomberos, etc. No obstante, hay estudios en los que se concluye que hay niveles relevantes de Burnout en vendedores (Klein y Verbeke, 1999; Sand y Miyazaki, 2000) o en deportistas (Garcés de los Fayos, García y Martínez-Sánchez, 1995)<sup>3</sup>.

Existen evidencias de que los enfermeros se encuentran a la cabeza en el índice de profesionales afectados por este síndrome, debido a que su objetivo principal es la atención a las personas, familias, y comunidad en general, en las diferentes etapas de la vida. Según datos facilitados por el Ministerio de Trabajo, el 47% de los profesionales de enfermería sufren síntomas de este síndrome<sup>6,7</sup>.

Según recoge la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo en un informe de julio de 2002, el estrés laboral afectaba a casi uno de cada tres trabajadores de los entonces quince Estados miembros de la Unión Europea<sup>3</sup>.

Aunque los trabajadores de la salud parecen verse afectados sobremanera por el Burnout, no parece existir un acuerdo entre los distintos autores a la hora de establecer los factores epidemiológicos concretos, aunque puede analizarse un determinado nivel de coincidencia para algunas variables.

Según algunos estudios la edad no parece influir, aunque según los datos para la Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo, publicada en el año 2003, los ocupados con edad entre 30 y 44 años son los trabajadores con mayor nivel medio de estrés. En relación a la variable sexo, serían las mujeres sanitarias las más afectadas<sup>3</sup>. Otros factores, sobre los que existe más controversia serían los cambios de turnos, los horarios laborales, el salario, etc.

Junto a estos, otros artículos indican que la presencia de hospitales cada vez más grandes provoca que los profesionales vivan una serie de factores de

estrés que modifican su salud laboral produciendo un aumento del agotamiento emocional<sup>4</sup>.

Además, se detectan una serie de áreas de trabajo con mayor incidencia del síndrome, como son aquellas unidades que reúnen paciente críticos o terminales: urgencias, UCI, unidades de trasplantes y oncología, e instituciones geriátricas, son algunos ejemplos.

Los servicios hospitalarios donde trabajan las enfermeras juegan un papel clave en el desarrollo del Burnout, ya que el día a día de una enfermera de urgencias hospitalarias, oncología o cuidados intensivos puede ser muy diferente respecto al trabajo en Atención Primaria.

No existen actualizaciones sobre el Burnout en profesionales de enfermería de Atención Primaria, algo que sí ocurre en otras especialidades y que permite observar la diferencia en los niveles de “quemado” entre los servicios.

Según una revisión sistemática realizada en 2015 sobre factores de riesgo y niveles de Burnout en enfermeras de Atención Primaria: el cansancio emocional alto es la principal dimensión del Burnout afectada en esta área de trabajo. En factores como la despersonalización y la realización personal existe una amplia heterogeneidad<sup>14</sup>.

Por todo ello, parece conveniente desarrollar proyectos que aumenten los conocimientos acerca del Burnout en estos profesionales, potenciando los factores protectores y vigilando su aparición en los que presenten factores de riesgo. De esta forma se podrá realizar una buena prevención en salud laboral dentro de este colectivo profesional.

### Factores desencadenantes

El estrés en enfermería está compuesto por una combinación de variables: un gran esfuerzo mental y físico, continuas interrupciones y reorganización de las tareas que agravan el nivel de carga y esfuerzo mental, y el trato con la gente en circunstancias de extrema ansiedad y aflicción<sup>1</sup>.

En este sentido, los determinantes frecuentes son los del entorno socio-profesional, organizacional, interpersonal e individual

- Entorno socio-profesional: en los últimos años, en la profesión de enfermería ha surgido un nuevo marco que reorienta la práctica de la profesión, como el continuo y sostenido contacto con el sufrimiento, el dolor y la muerte, cambios en la realización de las tareas y funciones, cambios en los perfiles demográficos de la población a la que atiende, y un aumento de la demanda de servicios de salud junto con la presencia de patologías cada vez menos reversibles así como la escasez de recursos y la presión horaria<sup>1,8</sup>.
- Nivel organizacional: se ve afectado por el papel que juega la enfermería con el colectivo médico en lo referente a la gestión de los cuidados dependientes y autónomos. Todo ello puede llevar a la ambigüedad, el conflicto y la sobrecarga de rol<sup>1,9</sup>.
- Relaciones interpersonales: con los usuarios y los compañeros. Cuando son tensas, conflictivas y prolongadas van a aumentar los sentimientos de Burnout porque se trabaja en un ambiente tenso. Por otro lado, la falta de apoyo, la excesiva identificación con los usuarios y los conflictos interpersonales con estos y sus familiares tiene también una incidencia notable en el síndrome<sup>1,10,11</sup>.
- Nivel individual: determinado por las características de la personalidad del individuo. La existencia de sentimientos de altruismo e idealismo llevan a implicarse excesivamente en los problemas de los pacientes<sup>1,10,11,12</sup>.

### Consecuencias

Según un estudio realizado por Perlman y Hartman en 1982, este síndrome se caracteriza por tres dimensiones<sup>3</sup>:

- Agotamiento emocional: –“no puedo más”–. Los trabajadores no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una progresiva pérdida de las energías vitales y de los recursos emocionales propios, además de una

desproporción creciente entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado. En esta etapa, las personas se vuelven más irritables y se pierde la capacidad de disfrutar de las tareas<sup>1,3,12</sup>.

- Despersonalización: –“no me importa”–. Implica actitudes negativas y de insensibilidad de los profesionales tanto hacia los usuarios de servicios, como a los compañeros<sup>1,3</sup>.
- Falta de realización personal en el trabajo: –“no valgo”–. Es la tendencia a evaluarse negativamente, en especial en la capacidad para realizar el trabajo y relacionarse con las personas a las que atienden. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales.<sup>1,3</sup>

A largo plazo, las consecuencias del síndrome pueden afectar a distintos niveles del individuo, así como a la organización. Las relacionadas con el nivel personal son:

- Síntomas psicósomáticos: los más comunes son la astenia y la ansiedad. Otros son el incremento de la tensión arterial relacionada a la angustia que se manifiesta con taquicardias y palpitaciones; en relación al aparato digestivo y respiratorio se puede dar gastritis, diarrea por tensión, tenesmo, falta de apetito, asma o tos nerviosa. También pueden desarrollarse dolores musculares o articulares, sobre todo en la zona lumbar y en el cuello, provocados por la tensión. También son frecuentes los dolores de cabeza. Además, pueden presentarse trastornos del sueño como la hipersomnias o el insomnio<sup>1,7</sup>.
- Consecuencias conductuales: en general puede darse un cambio en las conductas habituales. Puede darse aumento en el consumo de estimulantes, aparición de conductas de riesgo, hiperactivas o agresivas, aislamiento del individuo, cambios bruscos de humor, incapacidad para vivir de forma relajada o incapacidad de concentración<sup>1</sup>.

- Problemas de ajuste emocional como agotamiento emocional, paranoia, depresión, entre otros<sup>1</sup>.
- Síntomas actitudinales: desarrollo de actitudes negativas, cinismo, apatía, hostilidad, suspicacia y poca verbalización en las interacciones<sup>1,7</sup>.

Algunas de las consecuencias que afectan a las instituciones son las siguientes<sup>1,12</sup>.

- Personal insuficiente provocado por el ausentismo o la intención de dejar el trabajo o, incluso, la profesión.
- Resultados adversos en la salud de los pacientes. Diversos estudios han documentado la relación que existe entre los altos niveles del síndrome y diversos indicadores de resultado en la salud de los pacientes. Por ejemplo, un incremento de la mortalidad. La calidad de los cuidados también se ve afectada por este motivo.
- Contagio de Burnout: Este es un factor poco trabajado, pero en un estudio realizado a 1.849 enfermeras de 80 unidades de terapia intensiva en doce países de Europa se observó que la percepción del Burnout en las compañeras era uno de los elementos más importantes a la hora de predecir una futura sintomatología.

La inquietud por el estrés laboral y por el síndrome de Burnout se ha dejado notar en numerosas publicaciones académicas y científicas. El diario El Mundo del 10 de octubre de 2000, refiere que “uno de cada 10 trabajadores de los países industrializados sufre depresión, ansiedad, estrés o cansancio crónico, lo que ocasiona graves consecuencias económicas y sociales en el trabajo, según un nuevo informe de la Organización Internacional del Trabajo (...) En Finlandia, más del 50% de los trabajadores sufre algún tipo de síntoma relacionado con el estrés tales como ansiedad, sentimientos depresivos, (...), y trastornos del sueño (...). El estudio afirma que en los países de la UE los costos del estrés en el trabajo son cada vez mayores, calculándose que entre un 3 o 4% del PIB se gasta en problemas de salud mental”.

## Aspectos legales

Hoy en día las organizaciones hacen hincapié en la necesidad de preocuparse más de la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados. Para hacer frente a estas situaciones hay diferentes medidas legales que intervienen<sup>12</sup>.

En España, la Constitución (art. 40.2) exige a los poderes públicos velar por la seguridad e higiene en el trabajo, indicando el desarrollo de una política de prevención de riesgos y protección de la salud de los trabajadores. En la Ley General de Sanidad, la salud laboral figura en el capítulo IV, ocupándose el art. 21 de los aspectos de la actuación sanitaria en este campo: promoción de la salud integral de los trabajadores, prevención de riesgos profesionales, vigilancia de las condiciones de trabajo, determinación y prevención de los factores del microclima laboral, vigilancia de la salud de los trabajadores, elaboración de mapas de riesgo, y promoción de la información, formación y participación de trabajadores y empresarios en planes, programas y actuaciones sanitarias en el campo de la salud laboral<sup>13</sup>.

La Directiva Marco de la Unión Europea en materia de Salud y Seguridad (89/391/CEE) y la normativa comunitaria en materia de prevención de riesgos laborales ha sido implantada en España mediante la aprobación de la actual Ley de Prevención de Riesgos Laborales (ley 31/1995 de 8 de noviembre, BOE 10-11-1995)<sup>10</sup>. Esta ley, al reconocer la organización y ordenación del trabajo como condiciones susceptibles de producir riesgos laborales (art. 4, apartado 7.d) ha recogido el interés sobre la necesidad de prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo y está fomentando una cultura y una sensibilidad en el mundo laboral que muestra la necesidad de identificar estos riesgos y prevenirlos, incluyendo el estrés laboral y sus resultados, entre los que está el síndrome de Burnout<sup>3</sup>.

## Justificación:

Este trabajo tiene su justificación en la idea de que una buena salud física y mental en los profesionales de enfermería es indispensable para poder atender a los cuidados de los pacientes y mantener el equilibrio en sus actividades. En definitiva, para brindar una atención de calidad al paciente. Todo ello

reconociendo a la enfermería como una de las profesiones que se encuentra sometida a múltiples factores estresantes como puede ser, entre otros, la sobrecarga de trabajo.

Centrándonos en un caso particular, el Área de Salud Este de Valladolid, y en el colectivo de enfermería de Atención Primaria, no se ha llevado a cabo ningún estudio que se haya publicado a este respecto. Por ello, se ha decidido examinar qué índices de Burnout afectan a estos profesionales.

## 2. Hipótesis y objetivos del estudio

### Hipótesis

El síndrome de Burnout es una patología laboral que afecta en gran medida a los profesionales de enfermería de Atención Primaria debido a la sobrecarga asistencial y a los cambios en la cartera de servicios

### Objetivo General:

Conocer la prevalencia del síndrome de Burnout entre los profesionales de enfermería de Atención Primaria del área Este de Valladolid.

### Objetivos Específicos:

- Describir el perfil sociodemográfico y laboral de la muestra.
- Conocer los factores de riesgo más relacionados con el desarrollo de esta patología: edad, sexo, estado civil, tiempo trabajado, contrato laboral, etc.
- Cuantificar los síntomas relacionados y las consecuencias derivadas: absentismo laboral, síntomas psicossomáticos, contagio del Burnout, etc.
- Establecer estrategias y actitudes para prevenir el síndrome de Burnout.

### 3. Aplicabilidad y utilidad de los resultados

Es de esperar que, en este estudio, y según la bibliografía consultada, se detecte gran prevalencia de síndrome de Burnout entre los profesionales de enfermería de Atención Primaria con mayor tiempo trabajado, debido a la sobrecarga expuesta durante más tiempo junto con los escasos recursos personales para hacer frente a dichas situaciones.

Todo ello conllevará a una serie de consecuencias entre las que están el absentismo de los profesionales a sus puestos de trabajo, causado por factores como la depresión, el agotamiento emocional, la actitud negativa o la despersonalización, así como una falta de reconocimiento propio del trabajo realizado. Otra de las consecuencias se verá en la atención y calidad de los cuidados a los pacientes, conllevando un aumento de la morbimortalidad.

Los resultados que se obtengan en el estudio ayudarán a establecer un perfil del personal susceptible de padecer el Burnout de una manera más objetiva. Se ayudará así a las diferentes entidades organizativas (sistema sanitario, los propios profesionales, los gerentes, directores de enfermería) a promover políticas sanitarias que desarrollen la protección y prevención del síndrome. Conociendo las causas se mejorará el entorno de salud y calidad en el trabajo.

Para favorecer y potenciar la protección y prevención del síndrome de Burnout se podrán establecer unas líneas estratégicas. La principal manera de prevenir, según los estudios, es la formación. Las condiciones cambiantes del entorno laboral, cambios sociales y culturales hacen esta formación todavía más necesaria.

En relación con la prevención nos encontramos con tres tipos de acciones preventivas:

- **Prevención primaria:** se dirigen a la organización y a las conductas de grupo. Aseguran apoyos adecuados en la actuación de individuos y equipos de trabajo.
- **Prevención secundaria:** se dirige a los individuos, provocando cambios en las actitudes y mejorando sus recursos de afrontamiento.

- **Prevención terciaria:** afronta los daños sobre la salud, por lo que no es propiamente una prevención sino reparación.

Una vez establecidas las líneas de prevención es necesario conocer una serie de estrategias a diferentes niveles:

- **Individuales o personales:** El objetivo es que el individuo aprenda estrategias que le permitan afrontar el estrés y prevenir sus consecuencias sin abandonar el propio autocuidado. Se dirigen a regular las emociones, desarrollar habilidades comunicativas, entrenarse en la solución de problemas y el manejo eficaz del tiempo, y adoptar estilos de vida saludables.
- **Grupales e interpersonales:** tienen que ver con la calidad de las relaciones interpersonales. Entre ellas están el apoyo social en el trabajo y el entrenamiento de las habilidades sociales.
- **Organizacionales:** son muy importantes, pues el origen del problema está en el contexto laboral. Entre las estrategias se encuentran los programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización, el establecer líneas claras de responsabilidades, fomentar la colaboración o promover la seguridad en el trabajo.

#### 4. Diseño y métodos

##### a) Tipo de estudio:

Se trata de un estudio observacional de tipo descriptivo transversal en profesionales de enfermería de Atención Primaria.

##### b) Población de estudio

- Descripción de la muestra:

Enfermeras de Atención Primaria de la zona Este de Valladolid (presenta 274.408 habitantes en el área con tarjeta sanitaria).

Son un total de 24 zonas básicas de Salud, siendo 13 urbanas y 11 rurales.

Cuentan a su vez con 24 centros de salud y 124 consultorios locales.

En total, la muestra son las 211 enfermeras de la zona descrita.

- Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Enfermero/a de Atención Primaria de la zona Este de Valladolid.
- Personal de enfermería en activo en el momento del estudio que lleve al menos 1 año contratado y trabajando en Atención Primaria.
- Dar consentimiento informado (Anexo I) para participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- No haber dado su consentimiento informado.
- Encontrarse en situación de baja laboral en el momento del inicio del estudio.

- Método de muestreo

Se tomará como muestra del estudio todas las enfermeras que cumplan los criterios de inclusión.

- Cálculo del tamaño de la muestra

Para calcular el tamaño muestral del estudio he utilizado los siguientes datos:

<b>ESTIMAR UNA PROPORCIÓN</b>	
<b>Total de la población (N)</b>	0,47
<b>Nivel de confianza o seguridad (1-<math>\alpha</math>)</b>	95%
<b>Precisión (d)</b>	3%
<b>Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir)</b>	5%
<b>TAMAÑO MUESTRAL (n)</b>	211
<b>Proporción esperada de pérdidas (R)</b>	15%

<b>MUESTRA AJUSTADA A LAS PÉRDIDAS</b>	<b>248</b>

### **c) Método de recogida de datos**

Para intentar cegar el estudio, la recogida de la información la harán encuestadores profesionales, pero que no conocen los objetivos del estudio para evitar la influencia en las respuestas. El personal de enfermería que participe sabrá que es un estudio para valorar la salud laboral, pero sin entrar en detalles sobre el Burnout específicamente.

La distribución de la escala Maslach Burnout Inventory (Anexo II) y la Hoja de recogida de datos (Anexo III) se realizará durante el mes de abril y mayo de 2018. La recogida de estos cuestionarios cumplimentados tendrá lugar a finales del mes de mayo de 2018.

En análisis de los datos obtenidos se desempeñará a lo largo del mes de junio de 2018.

La información se recogerá en una base de datos diseñado para el estudio.

### **d) Variables**

#### Sociodemográficas:

- Edad (Cuantitativa discreta): Fecha de nacimiento.
- Sexo (Cualitativa dicotómica): Hombre / Mujer.
- Estado civil (Cualitativa): Soltero-a / Casado-a / Separado-a / Divorciado-a / En pareja / Viudo-a / Otros.
- Número de hijos (Cuantitativa discreta): Número.
- Renta familiar mensual (ingresos mensuales de los miembros activos de la unidad familiar) (Cuantitativa discreta): Cantidad en €.

#### Laborales:

- Año de obtención del Grado de Enfermería (Cuantitativa discreta): Año.

- Situación laboral (Cualitativa): Eventual / Interino / Estatutario.
- Años que lleva con esa situación laboral (Cuantitativa discreta): Número de meses y/o años.
- Tiempo trabajado en atención primaria (Cuantitativa discreta): Número de años.
- Tiempo trabajando en el centro de salud actual (Cuantitativa discreta): Número de meses y/o años.
- Turno laboral (Cualitativa): Mañana / Tarde / Deslizante.
- Tiempo en ese turno (Cuantitativa discreta): Número de meses y/o años
- Bajas laborales en los último 24 meses.
  - Cantidad (Cuantitativa discreta): Número.
  - Duración (Cuantitativa discreta):
  - Motivo (Cualitativa):

Estilo de vida:

- Fumador (Cualitativa dicotómica): Sí / No
- Alcohol (Cualitativa dicotómica): Sí / No
- Otras drogas (Cualitativa): Si / No. Si es Sí especificar tipo
- Horas de sueño diarias (Cuantitativa discreta): Número de horas de sueño diario
- Actividad física (Cualitativa dicotómica): Si / No.  
Si es que sí, especificar frecuencia (cuantitativa discreta: número de horas a la semana) y tipo (cualitativa)

Morbilidades:

- Antecedentes personales:
  - Diabetes Mellitus Tipo II (Cualitativa dicotómica): Sí / No
  - Hipertensión Arterial (Cualitativa dicotómica): Sí / No
  - Dislipemia (Cualitativa dicotómica): Sí / No
  - Otras enfermedades (Cualitativa): Especificar cuál.
- Trastornos del estado de ánimo:

- Depresión:
  - Año de diagnóstico (Cuantitativa discreta):
  - Tiempo de evolución (Cuantitativa discreta): Número de meses y/o años.
  
- Ansiedad
  - Año de diagnóstico (Cuantitativa discreta):
  - Tiempo de evolución (Cuantitativa discreta): Número de meses y/o años.
  
- Otros trastornos del estado de ánimo (Cualitativa): indicar cuál.
  
- Tratamientos farmacológicos (Cualitativa): Indicación del tratamiento (nombre del fármaco, periodo en el que lo tomó, indicar si lo toma actualmente o no, dosis diaria).

Variables sobre el Burnout (Variables resultado):

- Puntuación total en la escala Maslach Burnout Inventory (MBI) (Cuantitativa discreta): puntuación total en número.
  - 0 = Nunca.
  - 1 = Pocas veces al año o menos.
  - 2 = Una vez al mes o menos.
  - 3 = Unas pocas veces al mes o menos.
  - 4 = Una vez a la semana.
  - 5 = Pocas veces a la semana.
  - 6 = Todos los días.
  
- Subescala de agotamiento emocional (preguntas 1-2-3-6-8-13-14-16-20; puntuación máxima 54) (Cuantitativa discreta): Puntuación.

- Subescala de despersonalización (pregunta 5-10-11-15-22; puntuación máxima 30) (Cuantitativa discreta): Puntuación.
  - Subescala de realización personal (preguntas 4-7-9-12-17-18-19-2; puntuación máxima 48) (Cuantitativa discreta): Puntuación.
- Percepción del profesional hacia su estado de salud en el ambiente laboral (Cualitativa): Bueno / Regular / Malo.

Se considerará que el profesional está afectado por el síndrome de Burnout cuando tiene puntuaciones altas en las dos primeras subescalas (agotamiento emocional y despersonalización mayor a 33 puntos) y baja en el tercero (realización personal menor de 33 puntos)

#### **e) Estrategia de análisis**

El análisis es fundamentalmente descriptivo.

Se describirán los participantes del estudio en cuanto a la distribución de variables sociodemográficas (edad, sexo...) mediante: medidas de resumen (media y mediana) y dispersión (desviaciones estándar y rangos intercuartílicos) para las variables continuas y con proporciones e intervalos de confianza al 95% en las variables categóricas.

La variable resultado se expresará con la puntuación porcentual y su IC95%, y el resto de variables cualitativas con su frecuencia y su IC95%. Los datos se resumirán y presentarán en tablas o gráficas.

El análisis bivariado se llevará a cabo comparando las medias de las variables cuantitativas mediante la t de Student para muestras independientes; para la comparación de proporciones se utilizará la Chi-cuadrado. Esto en caso que las variables hayan mostrado normalidad estadística; en caso contrario, se utilizará los test no paramétricos homólogos a los anteriores. La significación estadística se establece en p valor < 0.05.

Para el análisis multivariado se utilizará modelos de regresión logística donde la variable dependiente será aquellos profesionales afectados o no de Burnout (variable dicotomizada sí o no) y las variables independientes serán todas las que hayan alcanzado significación estadística en el análisis bivariado. Se obtendrán así las OR y sus IC al 95%.

**f) Estrategia y descripción de la búsqueda bibliográfica**

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre el síndrome de Burnout en Enfermería y haciendo hincapié en los artículos que trataban sobre la Atención Primaria. Utilizando para ello las siguientes bases de datos: Fistera, Elsevier, Pubmed, UpToDate, revistas específicas de enfermería, así como guías que abordaban dicho tema.

Palabras clave utilizadas: Burnout, Profesional; Nursing; Primary Care Nursing;

Límites de búsqueda: fechas entre 2002 y 2017; idiomas: castellano e inglés.

**5. Calendario previsto para el estudio**

	2018						
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Planteamiento del tema							
Búsqueda bibliográfica							
Elaboración de Introducción, Justificación y Objetivos							
Descripción de la Metodología							

Distribución de los cuestionarios							
Análisis de los datos							
Comunicación de los resultados							

## 6. Limitaciones y posibles sesgos del estudio

Como limitaciones posibles del estudio se encuentran las propias del diseño trasversal de la investigación (ya que no se pueden realizar relaciones de causalidad). Además, podríamos encontrarnos con una baja tasa de respuestas. Aparte de esto, el localismo del estudio dificulta la extrapolación de resultados a otros profesionales sanitarios o incluso a otros profesionales de enfermería de otras comunidades.

Otra posible limitación del estudio es el sesgo de respuesta, ya que podrían haber contestado los más motivados y/o formados en dicho tema, o dar respuestas “políticamente más correctas”.

Para ello, se intentará ampliar el tamaño muestral y que las encuestas sean realizadas por personal entrenado pero cegado a su vez de cara a los objetivos del estudio.

## 7. Problemas éticos

Previamente al inicio del estudio, los profesionales de enfermería que vayan a participar deben haber dado su consentimiento por escrito, tras haber sido informados convenientemente del mismo. La hoja de información se muestra en el Anexo

Además, el trabajo se presentará al Comité de Ética para su evaluación y posterior aprobación. Se seguirán las recomendaciones del Comité. El

presente estudio será desarrollado de acuerdo con la Declaración de Helsinki y las normas de buenas prácticas.

Los datos que obtengamos a través de la encuesta serán anónimos, por lo tanto, la confidencialidad está garantizada en este estudio y así se comunicará a los encuestados. Además, a cada participante se le adjudicará un código numérico en la base de datos resultante.

## 8. Cronograma y organización del estudio

La organización del estudio ha sido la siguiente:

- Planteamiento del tema: enero de 2018.
- Búsqueda bibliográfica y elaboración de las primeras partes del trabajo (introducción, justificación y objetivos): febrero de 2018.
- Descripción de la metodología del estudio: marzo de 2018.
- Conclusión de apartados del trabajo: abril de 2018.
- Distribución del cuestionario: abril y mayo de 2018.
- Recogida de estos cuestionarios cumplimentados: finales de mayo de 2018.
- Análisis de los datos obtenidos se desempeñará: junio de 2018.

## 9. Presupuesto económico

Gastos de ejecución:

- a) Gastos fungibles: 211 copias del consentimiento informado (+ 25 de reserva) + 211 copias de MBI (+ 25 de reserva) + 211 copias de la hoja de recogida de datos (+ 25 de reserva):  $(211 \times 3 \times 0,05 \text{ €}) + (25 \times 3 \times 0,05) = 35,4 \text{ €}$

Aunque **no precisaré financiación** para ello.

- b) Gastos de viajes para la comunicación de resultados en congresos.

## 10. Bibliografía

1. Salcedo Rosas K. P. Nivel del síndrome de Burnout en el personal de enfermería que trabaja en el Albergue Central “Ignacia Rodolfo Vda. De Canevaro. Lima – Perú. Septiembre – Octubre, 2007. Capítulo I pág. 4, 13- 24, 27-33
2. Della Valle E., De Pascale J., et al. Burnout: rising interest phenomenon in stressful workplace. PubMed. 2006. Mar- Apr: 18 (2): 171-7
3. Gil – Monte, P., El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout): Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar, Madrid, Editorial Pirámide, pp 19, 23, 28, 32, 35, 44, 45, 149, 150, 152, 156-158, 163, 165
4. Sanclemente Vinué I., Elboj Saso C., Iñiguez Berrozpe T. “Burnout en los profesionales de Enfermería en España. Estado de la cuestión”. Rev Metas de Enfermería dic 2014/ene 2015; 17(10); 17-23
5. Guía sobre el Síndrome de Quemado (Burnout). Observatorio permanente. UGT. Riesgos psicosociales.
6. Solano Ruiz M. C., Hernández Vidal P. Et al. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. Enferm Intensiva 2002; 13(1): 9-16.
7. Fidalgo Vega M.. NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “Burnout” (II): consecuencias, evaluación y prevención.
8. Fernández – García M. V., Zárate – Grajales R. et al. “Síndrome de Burnout y enfermería. Evidencia para la práctica”. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2012, 20 (1): 45 – 53
9. Teng CI, Shyu YI, et al. “ Interactive effects of nurse-experienced time pressure and burnout on patient safety: a cross-sectional survey”. PubMed. Int J Nurs Stud. 2010 Nov; 47(11): 1442-50.
10. García L., Arrazola Alberdi O. et al. “Habilidades de comunicación como herramienta útil para la prevención del síndrome de Burnout”. Rev Metas de Enfermería feb 2013; 16(1): 57-60

11. Vanessa Thomaé M. N., Soledad Sphan M., et al. "Etiología y prevención del Síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud". Rev de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina, Enero 2006, N° 153, pág. 18 – 21. Disponible en: [http://kinesio.med.unne.edu.ar/revista/revista153/5\\_153.htm](http://kinesio.med.unne.edu.ar/revista/revista153/5_153.htm)
12. Del Rey Calero, J., Calvo Fernández J. R, Como cuidar la salud: Su educación y promoción. Madrid, Editorial Harcourt de España, 1998, pp. 468 – 469.
13. Martínez Hernández, J., Gómez Martínez, P., et al. Nociones de Salud Pública, Madrid, Editorial Díaz de Santos, 2013, pp 373 – 431
- 14 Gómez-Urquiza J, Monsalve-Reyes C et al. Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. Aten Primaria. 2017;49(2):77-85. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.004>



## 11. Anexos

Anexo I

### HOJA INFORMATIVA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de Atención primaria del área este de Valladolid.

Investigadora principal: Claudia Hernández Muriel.

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que estamos realizando en el área de Salud Este de Valladolid entre los profesionales de enfermería de atención primaria. El estudio tiene como objetivo el conocer la prevalencia del síndrome de burnout en esos profesionales. Para ello, personal entrenado del estudio le hará una entrevista sobre su situación profesional y estado de salud, así como una escala validada de dicho síndrome. Los resultados de este estudio se difundirán a través de publicaciones científicas, en Congresos, etc.

Su participación en este estudio no entraña ningún riesgo para su salud y se respetará la confidencialidad de todos sus datos según lo dispuesto en la Ley de protección de datos (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal).

Debe quedar claro que usted no recibirá ninguna remuneración económica por participar en el estudio. Su participación es una contribución para la mejora de la salud de la población y el desarrollo de la ciencia. También debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar sin que ésto suponga un menoscabo en la atención a su salud.

Usted tiene derecho a retirarse del estudio en cualquier momento. Para ello, puede contactar con el investigador principal en el teléfono que se le facilita.

Investigador principal: Claudia Hernández Muriel

Teléfono de contacto: 671274093

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo, Nombre y apellidos del paciente: \_\_\_\_\_ declaro que he leído la información que me han facilitado, que comprendo lo que he leído y que doy mi consentimiento a participar en este estudio.

Lugar: \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

Firma: \_\_\_\_\_

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo....., revoco el consentimiento de participación en el estudio, arriba firmado, con fecha.....

Firma: \_\_\_\_\_.

Investigador principal: Claudia Hernández Muriel

Teléfono de contacto: 671274093

Anexo II

**ESCALA MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)**

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

0= NUNCA.

1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS.

2= UNA VEZ AL MES O MENOS.

3= UNAS POCAS VECES AL MES.

4= UNA VEZ A LA SEMANA.

5= POCAS VECES A LA SEMANA.

6= TODOS LOS DÍAS.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

### HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

- Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
  
- Sexo:
  - Hombre
  - Mujer
  
- Estado civil
  - Soltero-a
  - Casado-a
  - Separado-a
  - Divorciado-a
  - En pareja
  - Viudo-a
  - Otros
  
- Número de hijos: \_\_\_\_\_
  
- Renta familiar mensual (ingresos mensuales de los miembros activos de la unidad familiar): \_\_\_\_\_
  
- Año de obtención del Título de Enfermería: \_\_\_\_\_
  
- Situación Laboral

Eventual

Interino

Estatutario

▪ Años que lleva con esa situación laboral: \_\_\_\_\_

▪ Tiempo trabajado en atención primaria: \_\_\_\_\_

▪ Tiempo trabajando en el centro de salud actual: \_\_\_\_\_

▪ Turno laboral:

Mañana

Tarde

Deslizante

▪ Tiempo en ese turno: \_\_\_\_\_

▪ Bajas laborales (enuméralas indicando la duración y motivo de ellas):

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Estilo de vida:

1. Fumador

Sí

No

2. Alcohol:

Sí

No

3. Otras drogas

Si (especificar)

No

4. Actividad física

Si:

Número de horas a la semana:

Tipo de actividad:

No

5. Horas de sueño diarias: \_\_\_\_\_

Morbilidades:

6. Antecedentes personales:

a. Diabetes Mellitus Tipo II:

6.a.i. Si

- 6.a.ii. No
- b. Hipertensión Arterial:
  - 6.b.i. Si
  - 6.b.ii. No
- c. Dislipemia
  - 6.c.i. Si
  - 6.c.ii. No
- d. Otras enfermedades: (Especificar cuál)

7. Trastornos del estado de ánimo:

- a. Depresión:
  - 7.a.i. Año de diagnóstico:
  - 7.a.ii. Tiempo de evolución:

- b. Ansiedad
  - 7.b.i. Año de diagnóstico:
  - 7.b.ii. Tiempo de evolución:

- c. Otros trastornos del estado de ánimo (indicar cuál):

Tratamiento farmacológico en los últimos años (nombre del fármaco, periodo en el que lo tomó, indicar si lo toma actualmente o no, dosis diaria)

---

---

---

---

---