

TFM

ERGONOMÍA Y PSICOSOCIOLOGÍA APLICADA: “SÍNDROME
BURNOUT EN FISIOTERAPEUTAS EN CENTROS DE EDUCACIÓN
ESPECIAL”



MASTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES 2014-2015.
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

TUTOR: Francisco Hernández Rogriguez

ALUMNO: Gema Amor Peñalver Casales

INDICE

1. RESUMEN.....	pag.4
2. INTRODUCCIÓN: EVOLUCIÓN HISTÓRICA.....	pag.4
3. JUSTIFICACIÓN.....	pag.7
4. OBJETIVOS.....	pag.8
5. CUERPO DEL PROYECTO.....	pag.8
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	pag.8
5.2 POBLACIÓN DE REFERENCIA.....	pag.8
5.3 SUJETOS DE ESTUDIO.....	pag.9
5.4 FUENTES E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS.....	pag.10
5.5 OBJETIVOS DEL PROYECTO.....	pag.10
5.6 DEFINICIÓN DEL SÍNDROME.....	pag.11
5.7 VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DEL SÍNDROME.....	pag.11
5.8 CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME.....	pag.14
5.9 INSTRUMENTOS DE MEDIDA.....	pag.14
5.10 SATISFACCIÓN LABORAL.....	pag.19
5.11 CONDICIONES DE LOS PUESTOS DE TRABAJO	pag.20
5.12 FACTORES DE RIESGO DEL PUESTO DE FISIOTERAPEUTA EN EL CENTRO DE EDUCACIÓN ESPECIAL.....	pag.24
5.13 EVALUACIÓN.....	pag.28
5.14 INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES.....	pag.31
5.15 MEDIDAS A IMPLANTAR.....	pag.40

6. ANEXO.....pag.45

7. BIBLIOGRAFÍA.....pag.76



1. RESUMEN

El objetivo de este trabajo es recoger los aspectos descritos en la literatura sobre los factores relacionados con el síndrome y los instrumentos diagnósticos, y analizar un caso práctico en el ámbito de la Fisioterapia, concretamente en Centros de Educación Especial (CEE).

Se describe el síndrome y los factores del mismo que aparecen en la literatura; las condiciones del entorno laboral y las características de la organización de los puestos de trabajo del estudio, y se realiza una evaluación de riesgos psicosociales para identificar los factores de exposición que pueden dar lugar a la aparición de cuadros clínicos por somatización compatibles a Burnout en los trabajadores de los puestos de trabajo de este estudio.

2. INTRODUCCIÓN: EVOLUCIÓN HISTÓRICA

El estudio de este síndrome ha sido acometido por muchos autores, en los que a menudo se encuentran algunas diferencias de matiz conceptual. Esto deriva de la dificultad de definir un proceso complejo como es este síndrome, así como de discriminarlo del concepto de estrés laboral. (1)

El Burnout o Síndrome de Desgaste Profesional fue definido por primera vez por el psicoanalista Herbert Freudenberg en 1974, al observar a voluntarios que trabajaban con toxicómanos en la Free Clinic de Nueva York que, tras un tiempo en su puesto de trabajo, sufrían una pérdida de energía, agotamiento y desmotivación, y lo conceptualizó como la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surgía en aquellos profesionales dedicados al servicio de los demás (2). Sin embargo fue Maslach en 1982 quien primero empleó este concepto públicamente para referirse a una situación que cada vez se hacía más frecuente entre aquellos profesionales que por su trabajo mantenían un contacto directo y continuado con las personas, y después de meses o años de dedicación acababan por estar desgastados profesionalmente(3). La psicóloga social Cristina Maslach por aquel entonces, año 1976, estudiaba las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de ayuda a personas. Eligió el mismo término que utilizaban de forma coloquial los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo. Burnout era una expresión con gran aceptación social: los afectados se sentían fácilmente identificados con este feliz término descriptivo, no estigmatizador como los diagnósticos psiquiátricos (Maslach y Jackson, 1986)

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

En las primeras publicaciones realizadas, referentes a la implicación con distintos profesionales, tales como (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, profesores, policías, etc.,) así como en la divulgación de los medios de comunicación se destacaba más la importancia de las diferencias individuales, como la personalidad previa (perfeccionismo, idealismo, excesiva implicación en el trabajo), que la influencia de las condiciones objetivas de trabajo. En la década de los setenta Storlie (1979) lo describía como un colapso espiritual, Seiderman (1978) como una pérdida de energía positiva, de flexibilidad y de acceso a los recursos propios y Bloch (1972) como un tipo de conducta de tipo cínico acerca de sus propias relaciones con los clientes, punto en el que insistía Reidl (1977) al hablar de una deshumanización de los clientes. En la década de los ochenta parece que se produce una ligera inflexión y se insiste preferentemente en las disfunciones laborales que entrañaban el “burnout”. Cronin-Stubbs y Rooks (1985) lo presentaban como una respuesta inadecuada, emocional y conductual, a los estresores ocupacionales, Paine (1982) lo describía como una disminución cuantitativa y cualitativa para ejecutar la propia tarea y McDonnell (1982) lo veía como una disminución de la habilidad para enfrentarse al estrés laboral. Las referencias podrían multiplicarse ampliamente (3). Además, el término Burnout perdió precisión conceptual, convirtiéndose en un “cajón de sastre”, o mejor aún, en un “cajón desastre” sin consistencia científica, que según Mingote Adán (1998) se asociaba al trabajo directo con personas, tras un tiempo prolongado de alta implicación emocional con el cliente, con alta demanda de exigencias adaptativas y bajas posibilidades de ejercer un control eficaz sobre esta situación. García-Izquierdo (1991) comenta que el Burnout es un problema característico de los trabajos de “servicios humanos”, es decir, de aquellas profesiones que deben mantener una relación continua de ayuda hacia el “cliente”. Profesionales, sin duda, más expuestos a riesgos psico-emocionales. Para evitar el término inglés que ya está bastante introducido en los ámbitos universitarios, Seisdedos (1997), en la adaptación española del Inventario de Burnout (MIB) propone utilizar la perífrasis síndrome del estrés laboral asistencial. En nuestro país, se suele denominar Síndrome de desgaste profesional (SDP) o Síndrome del profesional quemado (SPQ).

La necesidad de estudiar el síndrome viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral, así como la reciente preocupación de la calidad de vida laboral de los empleados, ya que tiene claras repercusiones en el estado de salud física y mental y sobre la organización (4)

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

Para enmarcar el problema, es de interés definir y diferenciar dos perspectivas del SDP, que se han venido desarrollando a lo largo de estos años: la perspectiva clínica y la perspectiva psicosocial. La perspectiva clínica entiende el síndrome como un estado al cual llega la persona producto del estrés laboral que padece, en esta dirección se encaminaron los primeros trabajos de Freudenberg (1974) y de Pines y Aaronson (1988). La perspectiva psicosocial lo considera un proceso, que se produce entre las características del entorno laboral en el cual la persona se desempeña y sus características personales. El primero analiza el problema en tanto como estado personal y el segundo lo analiza en tanto proceso dinámico, producto de la interacción entre varios factores. Desde la perspectiva psicosocial, se conceptualiza como una respuesta al estrés crónico laboral que se caracteriza por el desarrollo de una idea de fracaso profesional por parte del individuo, la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado y actitudes negativas hacia las personas con las que trabaja (4).

Es importante también tener clara la diferencia del SDP con otros conceptos que se pueden solapar, como es el caso de la depresión (2) o con estados como serían los estados de tedio, depresión, alienación, ansiedad, insatisfacción laboral, fatiga, etc(5). En esto último, el sufrimiento es generalizado y ocupa todas las áreas del individuo, mientras que el SDP es temporal y está relacionado con una vivencia de insatisfacción laboral, apareciendo cambios de conducta, de calidad y desarrollo del trabajo y disminución de la energía para llevarlo a cabo. Y en relación con este último aspecto Farber (1984) señala que el estrés tiene efectos positivos y negativos para la vida pero el burnout siempre los muestra negativos. Tampoco debe identificarse con sobrecarga de trabajo ni con un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva y al abandono de intereses por un trabajo hasta ahora importante y satisfactorio para el individuo. Sin embargo las múltiples referencias posibles no han resuelto la ambigüedad de diferenciar lo que es un síntoma de burnout y lo que es una consecuencia del mismo. En el fondo del tema subyace el problema de la definición del burnout y de los términos en los que se haga (Schaufeli y Buunk, 1996). Incluso acogiendo a la definición más común, como es la propuesta operativamente por el MBI (Maslach y Jackson, 1981, 1996), la ambigüedad persiste pues el término de cansancio emocional puede incluir una gama muy amplia de manifestaciones. Por ello, la línea divisoria entre síntomas y consecuencias puede ser resultar borrosa y siempre arbitraria. De hecho, entre las medidas del burnout las hay que incluyen respuestas fisiológicas y organizacionales, mientras que otras se

atienden al síndrome definido de una u otra forma (Schaufeli, Enzmann y Girault, 1993). Las consecuencias que se ha expuesto del burnout exceden del centenar (6)

3. JUSTIFICACIÓN

Las profesiones sanitarias son unas de las **10 profesiones más estresantes** según el Instituto de Ciencia y Tecnología de la Universidad de Manchester (Aguayo F, Lama JR. 1996)

Respecto a los datos epidemiológicos, no existen datos precisos de prevalencia, respecto a la población general, de los colectivos de mayor riesgo. En relación al sexo, globalmente, los estudios no establecen claras diferencias significativas. En cuanto a la edad coinciden en que, por causas diversas, se dan más casos en el intervalo de 30 a 50 años. Respecto a variables como el estado civil, número de hijos, formación académica, puesto de trabajo, tipo de contrato, etc., no se han obtenido de momento diferencias significativas que determinen una tendencia. Los estudios se han centrado en colectivos específicos como **profesionales sanitarios**, maestros, fuerzas de seguridad, servicios sociales, funcionarios de prisiones, etc. (en general, en esas profesiones que mantienen un contacto directo con las personas que son los beneficiarios del propio trabajo). Algunas prospecciones sobre estos colectivos muestran unos porcentajes de prevalencia que oscilan del 10% al 50% de trabajadores afectados. No obstante el SQT no es exclusivo de estas profesiones, existen estudios en vendedores, ingenieros y técnicos, deportistas, supervisores, directores, secretarios, etc., incluso existen estudios en profesiones que no son del sector servicios. Estos datos son meramente orientativos y proceden fundamentalmente de estudios sobre colectivos específicos realizados en otros países. Las cifras indican que el problema presenta una cierta magnitud. Esta realidad conlleva, sin duda, consecuencias nocivas sobre la salud laboral, tanto a nivel individual como organizativo (5).

De ahí el interés de este trabajo, que parte de la descripción de un caso clínico y el análisis del mismo, observando en particular los factores de riesgo a los que están expuestos los trabajadores, los estresores que hayan influido o podido desencadenar el síndrome, los instrumentos usados para llegar al diagnóstico, y las medidas que se implementarían para eliminar o controlar los factores desencadenantes del proceso. Para ello, se hace necesaria una lectura y recogida de información de los aspectos más relevantes descritos en la literatura científica en referencia a estos puntos. Por lo tanto, el trabajo contiene una parte teórica

necesaria para sustentar el trabajo, y una parte más clínica y de análisis para llegar a unas conclusiones del caso de estudio. Con ello se pretende relacionar y aplicar los conocimientos obtenidos de la literatura, en un caso clínico, en concreto un conjunto de profesionales de la salud en el ámbito de la atención fisioterapéutica en centros de educación especial.

4. OBJETIVOS

- Comprender el proceso Burnout así como la incidencia de factores externos y de factores personales.
- Apreciar el valor del equilibrio entre recursos y demandas como factor clave para la prevención.
- Conocimiento de los instrumentos de evaluación.
- Analizar los aspectos organizativos e identificar las deficiencias en su gestión.
- Establecer la planificación de las medidas preventivas.
- Proponer estrategias de planificación y gestión del tratamiento fisioterápico en el ámbito escolar.
- Comprender la influencia en la salud de los trabajadores asociados variables psicosociales derivadas de los aspectos organizativos y el afrontamiento a ello.

5. CUERPO DEL PROYECTO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio realizado sobre un grupo de trabajadoras, para realizar una evaluación de riesgos psicosociales e identificar los factores de exposición que pueden dar lugar a la aparición de cuadros clínicos compatibles a estar padeciendo un SDP.

5.2 POBLACIÓN DE REFERENCIA

La población de estudio son los Fisioterapeutas de centros de Educación Especial de la CARM (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia), que cumplen los siguientes criterios:

-Cuatro de los sujetos: Trabajan más de 7 años en ésta especialidad y puesto, como funciona-

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

-rios de carrera y con plaza definitiva en el centro escolar sobre el que se realiza el estudio. Es por ello, integradas en la dinámica del Centro y conocedoras del funcionamiento del mismo y de las relaciones interprofesionales.

-Uno de los cinco sujetos de estudio: trabaja más de 5 años en esta especialidad, con un contrato interino denominado “orden de nombramiento de funcionario interino ejecución de programas de carácter temporal”.

-Con clínica posiblemente compatible con el Síndrome de Desgaste Profesional o Burnout, con manifestaciones clínicas que nos hacen sospechar de estar sufriendo tal síndrome y muy probablemente expuestas a factores de riesgo psicosociales.

-No acuden a UBS de servicio de Prevención de su empresa. Ni se le da formación sobre PRL

-No tiene formación en materia de riesgos psicosociales.

En la práctica nos encontramos con una escasa cantidad de profesionales que piden ayuda (como el caso en este puesto de trabajo), es por ello que a la hora de buscar casos para el análisis, nos hemos encontrado con un número muy reducido de ellos.

5.3 SUJETOS DE ESTUDIOS

Se trata de un grupo de fisioterapeutas, sexo femenino, con edades comprendidas entre de 32 años y 45 años (32, 36, 37, 42 y 45), que trabajan en un Centro de Educación Especial de la CARM. Entre las situaciones vividas por estas trabajadoras nos encontramos con alguna de las siguientes: una de las trabajadoras acude a su centro de salud y posteriormente es derivada al especialista correspondiente por presentar sintomatología de tipo digestivo (cardias incompetente). Otra sufre un cuadro ansioso-depresivo crónico con tratamiento. Y otra de las trabajadoras solicitó el cambio puesto a otro centro por sufrir somatización mediante estados de ansiedad secundarios a varios años de estrés y sobretodo un importante agotamiento emocional asociado a su trabajo. Ella lo relaciona con el horarios (sin periodos de descanso) y principalmente con las relaciones “complejas” con la directiva, compañeros y algunas familias. El puesto que deja vacante debido a su traslado fue ocupado por la interina a la que nos hemos referido anteriormente.

Hay un manifiesto agotamiento emocional aunque no existen valoraciones psicológicas. Sería

muy interesante la valoración por parte de la UBS del SPPCARM.

Para evaluar el estado de apatía y de estar “quemada”, les propongo la realización de un cuestionario para poder evaluar los factores psicosociales de su puesto de trabajo en términos generales y así posteriormente poder justificar el estudio del posible Burnout. En tal caso, se procederá a la evaluación del mismo para concluir si sufren o tiene riesgo de padecer el síndrome.

De la información obtenida de la entrevista realizada a las afectadas, considero interesante destacar el sentimiento expresado respecto a la sensación de agotamiento que es sobrellevado gracias al largo periodo vacacional del que disponen en su trabajo (2 meses en verano y aproximadamente 15 días en Navidad y Semana Santa). En caso contrario, algunas de ellas han comentado que si hubiesen tenido que solicitar I.T en alguna ocasión. Sólo un caso de los cinco sujetos estudiados, si precisa en ocasiones de ello debido a sus características personales que asociadas a las condiciones organizacionales del puesto derivan en estados de apatía importantes.

5.4 FUENTES E INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS

Se ha hecho primero una revisión de diversos artículos relacionados con el tema. La búsqueda se ha realizado a través de pubmed y buscador Google mediante las siguientes palabras clave: burnout, desgaste profesional, burnout en educación, satisfacción laboral, evaluación del Burnout, cuestionarios para síndrome de desgaste profesional, burnout INSHT, cuestionario MBI, notas técnicas y burnout, cuestionario INSHT, análisis cuestionarios Burnout , FPPSICO versión 3.1 INHST; NTP 702, NTP 732, nota técnica para interpretación del FPSICO 3.1, medidas preventivas para factores psicosociales.

5.5 OBJETIVO DEL PROYECTO

El objetivo del proyecto es la identificación de factores de exposición que dan lugar al cuadro y su confirmación. Para ello se estructura en una parte teórica que resume los aspectos relevantes que aparecen en la bibliografía consultada, y una parte práctica, que explica el análisis del caso de estudio planteado.

5.6 DEFINICIÓN DEL SÍNDROME

Teniendo en cuenta las diversas denominaciones que se le han venido dando al síndrome de burnout en nuestro país y basándose en criterios de traducción literal, semántica y de sinonimia del término con el estrés laboral, se puede concluir y proponer que la mejor denominación de este proceso de daño a la salud es "síndrome de estar quemado por el trabajo". Así, esta definición técnica debería ser unívoca y evitar más de una interpretación. Este concepto da información de estar integrado por un conjunto sintomático que hay que identificar y evaluar para diagnosticar, desvía la atención a la causa del fenómeno que es el trabajo y no estigmatiza al individuo; se diferencia así la patología laboral del concepto coloquial y permite distinguir este fenómeno de otros como el estrés, el desgaste emocional, la fatiga, la ansiedad, etc (1)

5.7 VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DEL SÍNDROME

El stress en las profesiones de riesgo de sufrir el SDP, en particular las del sector sanitario, donde se trabaja con aspectos emocionales intensos, está compuesto por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales (3)

Se habla también de la existencia de un perfil de personalidad que genera una cierta vulnerabilidad para desarrollar el Síndrome, como es el caso de un alto grado de autoexigencia y baja tolerancia al fracaso, una búsqueda de perfección, una necesidad de control, etc. Aspectos que proporcionan una sobrecarga emocional que lleva al agotamiento (7)

El Burnout es un síndrome que resulta básicamente de la interacción del trabajador con el ambiente laboral o también producto de las relaciones interpersonales entre el trabajador y las personas para las que trabaja. Así, el desarrollo de este síndrome dependerá, básicamente de tres tipos de variables: Variables individuales, variables sociales y variables organizacionales (8)

Variables individuales

El género parece ser una variable que diferencia las puntuaciones en burnout entre hombres y mujeres, sobre todo en las dimensiones de agotamiento e ineficacia profesional. Las mujeres puntúan más alto en agotamiento y en ineficacia profesional que los hombres; en cambio,

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

algunos estudios han puesto de manifiesto la tendencia de los hombres a mostrar más actitudes negativas hacia el trabajo.

Finalmente no podemos olvidar el rol que tienen las variables de personalidad dentro del desarrollo del Burnout. Así se ha demostrado que los sujetos que exhiben un patrón de conducta tipo A, baja estabilidad emocional y manifiestan un locus de control externo (creencia que el mundo sigue un orden pero son otras personas y no ellos mismos tienen el control sobre este orden), son más vulnerables de sufrir Burnout. (8)

Variables sociales

La importancia de variables de carácter social como el apoyo social es manifiesta, ya que el apoyo social hace referencia a la ayuda real o percibida que el trabajador obtiene de las redes sociales (compañeros, amigos, familiares, etc.). El apoyo social permite sentirse querido, valorado y apreciado en el puesto de trabajo así como en la organización. Además, es importante la percepción del apoyo social porque la realidad para el individuo es fundamentalmente la realidad percibida (8)

Variables organizacionales

Las variables personales y sociales pueden afectar a la aparición del Burnout, en cambio las variables organizacionales, básicamente aquellas vinculadas al desempeño del puesto de trabajo lo desencadenan. De esta manera, factores como el contenido del puesto, la falta de reciprocidad (dar más emocionalmente en el trabajo de lo que se recibe a cambio) o el clima organizacional, pueden convertirse en desencadenantes del síndrome de Burnout y deberán tenerse en cuenta a la hora de diseñar la prevención psicosocial a nivel primario (8)

Nos encontramos pues, delante de un cuadro clínico-laboral, ya que las manifestaciones clínicas se producen principalmente en el marco laboral, y por sus características, presenta unos estresores específicos (alta implicación emocional) y una organización del trabajo determinada.

El equipo de Gil-Monte y Peiró 1997, entiende este trastorno como una respuesta al stress laboral que aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suele emplear el sujeto, conllevando esto al fracaso profesional y al fracaso de las relaciones interpersonales con los sujetos hacia los que destina el trabajo. Por ello, la respuesta

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

desarrollada son sentimientos de baja realización personal (RP) en el trabajo y cansancio emocional (CE). Ante estos sentimientos, el sujeto desarrolla actitudes de despersonalización (DP) como nueva forma de afrontamiento. Así, el eje fundamental es el CE, la DP sería una estrategia de afrontamiento y la baja RP un efecto del agotamiento. Esta perspectiva integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés percibido y las respuestas actitudinales y conductuales (2)

El modelo descrito recoge, por un lado, las condiciones que favorecen la aparición del síndrome, que sumado a la larga exposición en el tiempo, desencadena sentimientos y pensamientos negativos. En tales condiciones, los profesionales pueden actuar para eliminar tales sentimientos directamente (estrategias de evitación) o bien, pueden adaptarse a las condiciones laborales, aceptando las consecuencias emocionales de su exposición desarrollando la tarea del modo más adecuado posible, o bien pueden desarrollarse estrategias destinadas a evitar y controlar los sentimientos que inquietan. Una de las consecuencias de la evitación es la aparición de conductas que van en contra de la labor asistencial, como una menor implicación y contacto emocional, una pérdida de interés por las necesidades y preocupaciones de los pacientes, y en último término, absentismo y baja laboral.

La aparición del Síndrome ocurre aproximadamente tras unos años de ejercicio profesional, al tiempo que se alude a la aparición progresiva de los síntomas, transcurriendo un tiempo desde el inicio hasta la confirmación del diagnóstico, un cierto periodo de latencia (etapa en la que actúan sus factores desencadenantes) (9)

Si analizamos los factores personales, en especial las variables socio demográficas, se observa que el factor edad aparece en todos los artículos como un elemento que favorece la aparición del SDP sobretodo en edades medias de la vida laboral, aproximadamente a los 40-45 años. Pero a partir de esta edad, los datos indican que disminuye el grado de tensión laboral y por tanto de riesgo de desgaste, hablándose de cierta inmunización en profesionales mayores de 55 años (7)

Los rasgos de personalidad que se destacan como posibles favorecedores son el perfeccionismo, la competitividad, la impaciencia, la vigilancia, la aprehensión, necesidad de reconocimiento, reacciones de ira, ansiedad al no conseguir la meta deseada y baja autoestima. Se describen como personalidades más vulnerables para desarrollar el síndrome,

personas caracterizadas por la ambición profesional, la búsqueda de satisfacción personal y un sentimiento de indispensabilidad. Donde su mundo personal se restringe al mundo profesional (7)

5.8 CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME

Este síndrome es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación profesional-cliente y por la relación profesional-organización. . Aparece un deterioro cognitivo (frustración y desencanto profesional), afectivo (desgaste emocional y, en algunos casos, culpa) y actitudinal (cinismo, indolencia e indiferencia frente a clientes o frente a la organización) en el trabajador. Se han descrito desde el plano individual más de 100 síntomas relacionados con el Síndrome de estar quemado por el trabajo que afectan a las emociones y los afectos, a las cogniciones, a las actitudes, a las conductas y al sistema fisiológico. Algunos síntomas, al hacerse crónicos se intensifican y degeneran hacia procesos más graves, si no se corrige la situación (10)

5.9 INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Desde que el concepto del Síndrome de desgaste profesional o Burnout apareció en la literatura, se han propuesto diferentes modelos para evaluarlo. En primer lugar, el síndrome fue descrito a través de la observación clínica. Posteriormente fue evaluado a través de entrevistas estructuradas, técnicas proyectivas y autoevaluación con escalas de estimación. Se observa la necesidad de explorar la clínica de Burnout del trabajador para llegar a un diagnóstico, los rasgos de personalidad del mismo y su relación con aspectos psicopatológicos y estilos de funcionamiento, y las características de la organización, en especial, los factores de riesgo psicosocial. Dentro de los riesgos psicosociales, el Burnout es una situación específica con sus métodos de medición concretos. En términos más generales, hay tener en cuenta que existen distintos métodos para medir los factores psicosociales (11):

1) Métodos según la información que se obtiene de su aplicación:

- M.Cuantitativos: para analizar todos aquellos aspectos en que la cantidad constituye el objeto del problema. Las técnicas más utilizadas son la encuesta y el cuestionario.
- M.Cualitativos: se usan cuando se trata de obtener información acerca de por qué las

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

- personas piensan o sienten de la manera en que lo hacen. Las técnicas más utilizadas son el grupo de discusión y la entrevista.
- M.Mixtos: combinación de los anteriores.

2) Métodos según el alcance de medición:

- M.Globales
- M.Generales de evaluación de condiciones ergonómicas
- M.General de evaluación de riesgos psicosociales: Su objetivo es la evaluación de los riesgos psicosociales. Se dirigen a toda la población. No pretenden evaluar consecuencias concretas (como Burnout o Mobbing).Ej: **FPSICO del INSHT**, **ISTAS21**.
- M. Específicos para evaluar un factor o área Psicosociales o sus consecuencias: Pretenden evaluar las consecuencias sobre la salud derivadas de la exposición a riesgos. Son ejemplos: medición del estrés (VBBA, IRE-32,NIOSH, Generis Job Stress Questionnaire, JCQ, WOCCQ) de Burnout (MBI , Staff Burnout Escala,etc), de Mobbing(Leymann Inventory of Psychological). **Miden efectos de la exposición, no riesgos para la salud. Muy concretos, pero no sirven para Evaluación de Riesgos.**
- M. Específicos por área de actividad: realizan una Evaluación de Riesgos Psicosociales a un determinado sector laboral.

El método del cuestionario ha llegado a ser el más empleado para estimar este cuadro clínico. El más utilizado para medir el Síndrome de Burnout es el Malash Burnout Inventory(MBI). Presenta diversas versiones, MBI- HSS (profesionales salud) versión clásica, MBI-ES (profesionales de la educación). En la versión inicial (año 81) la escala presentaba dos formas, una de frecuencia y otra de intensidad y tenía 25 ítems. En la segunda versión (año 86) quedó reducida a 22 ítems. Según éste, los niveles altos de SDP son indicados por puntuaciones altas en las subescalas de CE y DP y puntuaciones bajas en la subescala de RP. Además la subescala de RP es independiente de las otras, por tanto no se puede considerar opuesta. El total de la puntuación para cada subescala se categoriza como “baja”, “media” o “alta”, clasificándose mediante un sistema de percentiles. Los sujetos por encima del percentil

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

75 se incluyen en la categoría “alto”, entre 25-75 “medio” y por debajo de 25 “bajo”. Debido al hecho de que el cuestionario podía aplicarse de una forma rápida y sencilla ha sido muy utilizado, facilitando así que la definición de burnout implícita en el MBI se convirtiese en la más aceptada (8)

El ámbito de evaluación emocional (sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacía los usuarios (11)), incluye pocos elementos cognitivos en su evaluación y no tiene en cuenta los antecedentes y las consecuencias. Solo una de las tres escalas (CE) ha demostrado su buen rendimiento, siendo las otras dos (DP y RP) de significación y aplicación más dudosa. La DP es la dimensión más frágil del cuestionario (12)

El MBI-GS (general Surrey) de carácter más genérico, intenta superar algunas de las debilidades comentadas (2)

El Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson ha sido ampliamente utilizado, hasta el punto de que el resto de instrumentos apenas han tenido un desarrollo significativo en la literatura científica.

Otra cuestionario es el SBS-HP de Jones, 1980(The staff burnout scale for Health profesional) , previo al MBI, está compuesto por 20 ítems divididos en 4 factores: insatisfacción en el trabajo, tensión psicológica e interpersonal, consecuencias negativas del estrés y relaciones no profesionales con los pacientes. Tiene una visión más amplia que otros cuestionarios elaborados con posterioridad, como son el MBI o el BM., ya que incluye las variables como insatisfacción laboral, tensión psicológica y problemas de salud. La fiabilidad es buena.

El TS de Pines (Tedium Scales) 1981 que consta de 21 ítems. Entiende el síndrome como un estado de fatiga emocional, física y mental, resultado de la relación de trabajo con personas en situaciones que son emocionalmente demandantes, agotamiento físico, agotamiento emocional, agotamiento mental. El TS pasó a ser posteriormente el BM “Burnout Measure(1988)

El CBB (Cuestionario breve de Burnout) cuestionario breve para la evaluación global de elementos presentes en el síndrome, especialmente factores organizacionales, antecedentes del mismo y efectos y consecuencias. Por su estructura, no parece adecuado para la evaluación

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

directa de los componentes específicos del síndrome, pero si para proporciona una aproximación y evaluación de algunos de los elementos presentes en el síndrome.

El EPB - Efectos psíquicos del burnout de Garcia (1995). Fue diseñado para la medida del SDP en nuestro entorno sociocultural. Consta de 12 ítems. Está centrado exclusivamente en la dimensión agotamiento emocional para explicar el síndrome.

Shirom y Melamed (2003), proponen un instrumento, el SMBM (Shirom Melamed Burnout Measure), que cubre los aspectos del agotamiento físico, mental y cognitivo y se basa en la teoría de Hobfoll de Conservación de los Recursos (Hobfoll y Shirom 1993, 2000). De acuerdo a esta teoría, el estrés laboral ocurre cuando las personas se sienten amenazadas en relación a la pérdida de sus recursos personales, pierden efectivamente sus recursos o no los pueden recobrar después de haberlos invertido (Hobfoll y Freedy 1993).

El CESQT (Gil-Monte, 2003-2004), el Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, otro nuevo instrumento que consta de 20 ítems, y presenta una estructura de cuatro dimensiones: Ilusión por el trabajo (deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque suponen una fuente de placer personal), desgaste psíquico (aparición de agotamiento emocional y físico), indolencia (presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización) y culpa (debidos fundamentalmente al desarrollo de las actitudes negativas hacia los clientes de la organización).

El CBI, Copenhaguen Burnout Inventory (Kristense y cols. 1999-2005) que mide la clínica a nivel personal (Personal Burnout), la relacionada con el trabajo (Work-related Burnout) y con el cliente (Client-related Burnout)

El OLBI, The Oldenburg Burnout Inventory (Demerouti y cols. 2001-2005) que incluye sólo dos dimensiones: agotamiento y falta de compromiso en el trabajo.

Mientras en un principio tan solo los profesionales dedicados a trabajos "de contacto" con personas (sector sanitario, educación, servicios, etc.) eran considerados susceptibles de sufrir burnout, hoy en día sabemos que también pueden sufrir burnout otro tipo de profesionales que no trabajan con "clientes" sino con "objetos" (por ejemplo: operarios de producción de una industria, etc.) diversos autores como Aronson, Leiter, Schaufeli o Pines, entre otros, apelan a

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

la idea que esta sintomatología también puede afectar a personas que no trabajan en el sector asistencial y así se han diseñado diferentes instrumentos para la medida del burnout teniendo en cuenta el tipo de trabajo que se desempeña. Además se ha llegado a construir un instrumento de medida genérico que es útil para medir burnout en todo tipo de trabajos independientemente de las tareas que en él se realicen. Este es el llamado MBI-GS (General Survey) publicado en el año 1996 por Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, siendo un instrumento basado en el original el que proponemos en esta nota técnica(NTP732) como medida del burnout en las organizaciones por su carácter general y aplicable a todas las ocupaciones y trabajos. **La versión española y adaptada** de este instrumento ya fue publicada en la Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones (Salanova, Schaufeli, Llorens, Grau y Peiró, 2000) (8)

La investigación reciente sobre el síndrome del burnout (estar "quemado" por el trabajo) con sus tres dimensiones: agotamiento, cinismo e ineficacia profesional ha puesto de manifiesto la tendencia en el estudio tradicional del concepto a la ampliación a todo tipo de profesiones e incluso a estudiantes universitarios (burnout académico) entendiendo el trabajo en un sentido más amplio y a los estudiantes como "trabajadores" susceptibles de sufrir desgaste y burnout. La publicación del MBI-SS (Maslach Burnout Inventory-Student Survey) por Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker (2002) ha hecho posible medir el "burnout" fuera del ámbito ocupacional al definir sus dimensiones en referencia al "estudio"(8) Tabla 1

Tabla 1.

Medida de Burnout			
Año	Dimensiones que componen el síndrome	Instrumentos de medida	Muestra
1981	Agotamiento emocional Despersonalización Baja realización	MBI-Human Services. (Maslach y Jackson, 1981)	Profesionales de ayuda y servicios

	personal		
1996	Agotamiento Cinismo Ineficacia profesional	Agotamiento Cinismo Ineficacia profesional MBI-General Survey. (Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996)	Todo tipo de profesiones
2002	Agotamiento Cinismo Ineficacia	MBI-Student Survey. (Schaufeli, Salanova, González-Roma y Bakker , 2002	Estudiantes universitarios

Evolución del concepto de burnout y sus instrumentos de medida (8)

5.10 SATISFACCIÓN LABORAL

A través de la lectura, se ha observado que numerosos estudios analizan de manera conjunta el desgaste profesional y el bienestar, y hablan de la necesidad de medir la satisfacción laboral. Además, tanto estrés como Burnout son fruto de la falta de balance entre la demanda y la capacidad de respuesta del individuo considerándose una consecuencia emocionalmente negativa en el estado mental del trabajador (13)

Es por ello que se ha incluido este apartado que trata sobre la satisfacción laboral, para tener conocimiento de ello aunque no entraremos a su análisis en el estudio de este caso.

Fueron el profesor Donabedian en 1966 y posteriormente Freebon y Greenlick en 1973 los primeros en interesarse en esta línea de investigación. Avedis Donabedian puso énfasis en la investigación del tema específico de la calidad de la atención en la salud. Él decía que el grado de calidad de los servicios prestados en el sistema sanitario estaba en relación directa con el nivel de satisfacción de los profesionales que trabajan en él y puso de manifiesto que la

desmoralización de los mismos es la principal dificultad a la que tienen que enfrentarse los directores y gestores de centros sanitarios (3).

Datos de diversos estudios reflejan la relación entre numerosas variables y la satisfacción laboral, aunque es difícil concluir si son la causa o la consecuencia. Los resultados de algunos estudios apoyan la satisfacción laboral como un elemento del entorno laboral que se asocia a una mejor salud mental. Y lo describen como un factor protector del Burnout y de la morbilidad psiquiátrica (12)

5.11 CONDICIONES DE LOS PUESTO DE TRABAJO

Se trata de un grupo de 5 fisioterapeutas que trabajan en un centro de Educación Especial.

La sala donde se realiza la actividad laboral no es lo suficientemente grande para 5 adultos con su alumno respectivamente. Se ha solicitado en varias ocasiones de disponer de dos salas, una en la planta baja (para atender niños de esta planta) y otra en la primera planta. Esta distribución en dos salas existe en otros colegios de iguales características en la misma región. Con ello la distribución sería, 3 fisioterapeutas en la sala de abajo y 2 en la de arriba. Pero lo que lo hace aún más necesario, es la aglomeración de personal en las horas de cambio de sesión de niño. Cuando la auxiliar llega a la sala con el niño correspondiente, está el niño de la sesión anterior, por lo que coinciden 10 niños más unos 8 adultos de media. Y a este elevado número de personas en esos momentos de “cambio”, se añade el uso de las grúas para la manipulación de los niños más pesados e inmóviles.

Respecto a los traslados de los niños al aula de fisioterapia, hay que tener en cuenta que la mayoría de ellos van en sillas de ruedas que no pueden propulsar. Es necesario un adulto para el traslado. Para ello contamos con los auxiliares, pero no siempre están disponibles porque tienen tareas que se solapan en ocasiones o simplemente no traen a los niños por conflictos interpersonales. En estos casos el fisioterapeuta tiene ir a por el niño al aula, dejando el que tiene de la sesión anterior en la colchoneta y delegando a una compañera para que le vigile mientras va a por el siguiente. En otras ocasiones, cuando ha finalizado la sesión sube al niño con la grúa (sin ayuda de auxiliar) a su silla y lo lleva a su aula, y luego coge al siguiente. Con todo esto, lo que se quiere describir, es que no siempre se dispone de los auxiliares, y el fisioterapeuta realiza **sólo** la transferencia de la colchoneta a la silla de ruedas con grúa. Aunque se dispone de la ayuda técnica de “grúa”, es necesario dos personas para colocar el

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

arnés y dirigirla porque es pesada. Esta maniobra es realizada varias veces al día en la sala de fisioterapia, favoreciendo cuadros de sobrecarga lumbar, ya que hay que empujar la grúa con el peso del niño y a veces redireccionarla realizando inevitablemente giro de tronco.

Otro aspecto organizativo a destacar son los **periodos de descanso, no existen desde la 9.00 de la mañana hasta las 14.30 de la tarde**, hora donde se va al comedor para realizar el único descanso regulado de la jornada (siendo la jornada de 9.00 a 16.30). Se dispone de 30 minutos para comer. Por lo tanto no hay descanso para almorzar a media mañana, aunque no te prohíben comer. Ello hace que se almuerce a mitad de mañana a la vez que tienes el niño, en 5 minutos, en medio de una sesión o mientras el niño realiza ejercicios que se puedan supervisar.

En cuanto a las tareas que se realizan podríamos dividir las en dos partes:

- En la primera parte del día (entendiendo ésta desde las 9.00 h hasta las 13.30 h) se realiza tratamiento fisioterápico con los alumnos en colchoneta y fuera de ella, realizando esfuerzos y posturas que a lo largo del día provocan cansancio. Hay que tener en cuenta que hay que movilizar personas sin nada movilidad en la mayoría de los casos, poner de pie con ayudas técnicas a otros, ayudar andar sujetándolos, poner en distintas posturas del desarrollo del niño en otros casos (a cuatro patas, de pie sobre rodillas, o sentados encima del fisioterapeuta para intentar que mantengan la sedestación en niños de tamaño pequeño). En definitiva se hacen muchas cargas de peso de los alumnos. En la franja horaria de 13.30 a 14.00, se realiza un taller junto a los maestros de audición y lenguaje (logopedas) para estimular la región perioral, facilitar los movimientos de la lengua y boca, y estimular la deglución (tanto para la comida como para el problema muy común de sialorrea o babeo). Esto implica una coordinación entre los profesionales, y conlleva elaboración de documentación.

-La segunda parte de la jornada está comprendida desde las 14.00 hasta las 16.30 y se realizan otras tareas distintas de los tratamientos específicos de fisioterapia:

Vigilancia comedor, de 14.00 a 14.30 h, para controlar y corregir las posiciones de sentado de los niños y las adaptaciones del mobiliario realizadas a principio del curso escolar por las fisioterapeutas (tacos aductores y reposapiés colocados en las sillas, mesa con hendidura para que introduzcan el tronco los niños que no tiene control postural del mismo) y que a lo largo

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

del transcurso del periodo escolar se van modificando según las necesidades. También se interviene en las ayudas técnicas para comer, con cubiertos adaptados (reborde de plato, engrosamiento del mango de los cubiertos con plastozote, cubiertos con cuello girado) y reeducación del gesto que realiza el niño. En ocasiones, esta franja horaria de 14.00 -14.30, se realizan reuniones de todo el personal (docentes y no docentes). En ese caso el fisioterapeuta correspondiente a las aulas que se reúnen no hace la vigilancia de comedor para poder acudir la reunión obligatoria. Después llega el esperado descanso para comer, pero este momento no es nada tranquilo, porque es en el mismo comedor donde están los alumnos. Estos no han terminado de comer cuando el personal del centro se dispone a ello, soportando mucho nivel de ruidos (niños chillando, otros hablando, las monitoras que dan de comer conversando)

Tras la comida (14.30-15.00), se dispone de una hora y media hasta la salida. En este momento se realizan los informes y resto de documentos de cada niño (pero hay que destacar que se sólo se dispone de un ordenador en la sala de fisioterapia). Otra tarea que se lleva a cabo en días alternos, es el seguimiento de niños a los cuales se les dio el alta en cursos anteriores. También se realiza en cada trimestre una reunión programada con cada padre.

Todas las tareas descritas anteriormente, son supervisadas regularmente para comprobar que se realizan ajustándose a los horarios pautados. En este sentido, las puertas disponen de una zona de cristal que no debe ser tapada, que permite visualizar desde el exterior el aula.

A lo largo de todo el día y en cualquier momento (estando el fisioterapeuta con su niño en la sesión) existen demandas al servicio de fisioterapia por parte de distintas personas:

- los tutores o auxiliares ocasionalmente piden asesoramiento de los problemas que le surge sobre: a) sillas de ruedas(que se mueva la inclinación silla o algún mecanismo de control postural de la misma como chaleco , cincha , inclinación del reposapiés...); b)mobiliario del aula (que adaptó el fisioterapeuta al inicio del curso y trasladó no siendo su función); c) como colocar el niño gravemente afectado en su zona de descanso(disponen de colchonetas y cojines en el aula para hacerle los cambios posturales, además las recomendaciones al respecto están dadas por escrito a principio de curso al tutor y colocadas a la vista en el aula para que cualquier profesional puede verlas en caso de dudas en el posicionamiento del niño)

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

- atender llamadas telefónicas de padres (estando fuera de horario para ello)
- recibir al ortopeda que nos proporciona las ayudas técnicas para el centro (andadores especiales, grúas, aparatos especiales para los niños...)
- ocasionalmente, realización de asiento pélvicos de escayola (en ese caso se anulan las sesiones para poder realizarlo, ya que se necesita de 4 profesionales como mínimo) Estos están indicados para casos concretos con unas indicaciones específicas.

A todas las tareas diarias descritas hay que reseñar los días especiales en que no se realizan para colaborar en las actividades festivas del centro (carnavales, fin de curso...)

Recientemente, se prohíbe uso de ropa corta justificado porque hay alumnos en prácticas. El colegio está ubicado en una zona geográfica (Murcia) que en los meses de mayo, junio, septiembre e incluso octubre alcanza algunos días casi 40 grados de temperatura. El centro no dispone de aire acondicionado por lo tanto se alcanzan temperaturas que superan el nivel de confort en los meses indicados. Ello hace muy pesada la jornada en estos periodos con temperaturas estivales. Esta medida junto con la supervisión excesiva por parte de la directiva crea un clima asfixiante y tenso al sentirme los trabajadores “vigilados”.

A todo lo anterior, hay añadir la relación con los padres. Siendo ello una fuente de factores psicosociales en este trabajo. El trato hacía ellos ha de ser muy cuidadoso porque nos encontramos con las siguientes situaciones:

- Padres que no aceptan lo que sufre su hijo y se **resisten a ello**: Normalmente coincide con niños pequeños (infantil o primaria) en este caso el trato es difícil, no asimilan los consejos respecto a temas de cuidados del niño desde el punto de vista postural u ortopédico. Intentan evitar que se note que su hijo es discapacitado y por ello rechazan ayudas ortoprotésicas o silla ruedas que sean llamativas y evidencien la situación, pero necesarias para evitar que aparezcan las deformidades ortopédicas (comunes en estos niños). A largo plazo, cuando el niño empieza a deformarse, reclaman una explicación, creando un conflicto. Para el fisioterapeuta, es una situación de estrés emocional, tanto cuando los progenitores rechazan los consejos inicialmente porque van contra el bien del niño como

cuando aparecen los problemas de la evolución de la enfermedad por la impotencia para eliminarlas (no se evitaron porque a veces la familia no considero tan importante las recomendaciones del fisioterapeuta)

- Padres que no aceptan la patología de su hijo y **huyen de ello**: Normalmente pasa con niños ya mayores, donde los padres se han acostumbrado a la situación, sin aceptarla, y desatienden relativamente al niño.
- Padres que **aceptan y colaboran** en todo con una actitud no problemática: normalmente son los que tiene un nivel cultural más alto. Preguntan y realizan lo que se le recomienda para retrasar la evolución de la patología del niño. Tratan de ser felices y darle normalidad a su hijo, capacitando al niño dentro de los límites de su capacidad. Ya que en mi opinión como fisioterapeuta, los discapacitados son personas con capacidades diferentes. Por lo que tienen “capacidades”, concepto que intentamos transmitir a las familias.

En las relaciones con las familias se han presentado situaciones de conflicto entre los padres y el centro. Ello ha generado tensiones internas entre el personal y concretamente con los fisioterapeutas, en un intento de dar por parte del centro una respuesta cuando aparecen quejas de los padres (algún rasguños, o moratón) involucrando en el asunto como “responsable” del suceso al servicio de fisioterapia (sin certeza así sea). Teniendo en cuenta que, el corporativismo añadido a que nos movemos en un ambiente jerárquico, donde los docentes están en nivel “superior” en cuanto al no docente (auxiliares, fisioterapeutas, enfermeros y trabajador social del centro) estos últimos quedan más vulnerables en estas situaciones.

Como podemos deducir de todo lo expuesto, las fisioterapeutas manifiestan un sentimiento de agotamiento emocional que va incrementando con cada curso escolar. Y gracias al periodo importante de vacaciones puede sobrellevar.

5.12 FACTORES DE RIESGO DEL PUESTO DE FISIOTERAPEUTA EN EL CENTRO DE EDUCACIÓN ESPECIAL.

Los riesgos detectados en el puesto a través del análisis de las condiciones del mismo son:

- a) Ergonómicos: manipulación manual de carga inadecuada, escasas dimensiones del aula y temperatura extremas (en otoño y primavera)

- b) Psicosociales: condiciones organizativas y relaciones humanas que llevan a un estado de agotamiento emocional.

a) Factores Ergonómicos:

Manipulación manual de niños: Como se ha descrito en el apartado de definición del puesto, se realiza cargas de niños en el trabajo con o sin colchoneta y a la hora de las transferencias de la colchoneta a su silla de ruedas y viceversa. A pesar de la existencia de grúas, no simple se dispone de la ayuda necesaria del personal para realizar la transferencia del niño. En ocasiones si los niños son pequeños se transfiere entre dos personas con una manipulación manual. Recordamos que la guía para la evaluación de la manipulación manual de cargas entiende por manipulación manual de cargas con riesgo dorsolumbar cuando el peso manipulado es superior a tres kilos.

Los movimientos realizados no siempre están libres de giros de tronco, ni de exceso de carga. El trabajo del fisioterapeuta en colchoneta obliga a realizar esfuerzos inevitables para movilizar al niño. Las maniobras de fisioterapia conlleva realizar estiramientos de segmentos corporales del niño que al estar éstos espásticos y/o con alteraciones ortopédicas presentan mayor resistencia, a ello hay que añadir que esas maniobras se realizan en colchoneta siendo ahí la postura del profesional más incómoda de lo habitual. Es muy importante la colocación postural del fisioterapeuta lo más adecuada posible cuando se trabaja en colchoneta para evitar lumbalgias, lo cual precisa de cierta elasticidad. Esto es un hándicap, ya que no todo el mundo tiene una complexión elástica lo que conllevará a realizar minipausas para levantarse de la colchoneta y ponerse de pie para descargar la tensión lumbar. Otra opción es el uso de camilla de ancho especial, que si dispone el centro de ella, pero no limitan el tratamiento para este tipo de terapias.

También se realiza esfuerzos con exceso de carga cuando se reeduca patrones motores de movimiento que el niño no ha adquirido, como mantenerse sentado sin apoyo, cuadrupedia, ponerse de pie, reeducar el cambio de peso de una pierna a otra para luego poder reeducar la marcha, andar, andar por desniveles, subir y bajar escaleras... Todas estas actividades, ya sea mantener posturas no adquiridas o realizar patrones de movimiento (son ítems del desarrollo psicomotor del niño) no las puede realizar el niño por si solo, porque lo que precisa la asistencia del fisioterapeuta. Cuando nos referimos “asistir” es a que el fisioterapeuta tiene

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

que sujetar al niño para que éste pueda mantener una postura, o coger un miembro (pierna o brazo) y ayudarlo a realizar un movimiento. Por lo que soporta parcialmente el peso del cuerpo del niño o de un segmento del mismo. La carga es importante (superior a los 3kg que se indica como riesgo), y aunque existen ayudas técnicas como andadores o aparatos no descargan totalmente al profesional que va dirigiendo al niño.

Respecto a los movimientos que realiza el fisioterapeuta en sus esfuerzos y manipulaciones con los niños, no están libres de flexión anterior del tronco y giro del mismo. Esto en parte es por estar trabajando con individuos que no tiene control de su cuerpo, y en algún momento del tratamiento claudican por fatiga y para evitar caídas el fisioterapeuta tiene que reaccionar rápido y cogerlo ante un desequilibrio en el aire, otras veces se dejan caer al suelo y hay que levantarlos en peso para poder seguir andando en el caso de que se esté reeducando la marcha,...etc

Teniendo en cuenta que según la Guía de Manipulación Manual de cargas, se entiende como condiciones ideales de manipulación manual a las que incluyen una postura ideal para el manejo (carga cerca del cuerpo, espalda derecha, sin giros ni inclinaciones), una sujeción firme del objeto con una posición neutral de la muñeca, levantamientos suaves y espaciados y condiciones ambientales favorables. En este puesto de trabajo existe riesgo ergonómico en este aspecto por la dificultad de manipular las cargas en condiciones ideales. Además evitar la manipulación manual de las cargas es una tarea poco menos que imposible, debido a la dificultad o imposibilidad de implantar equipos mecánicos en determinadas tareas (trabajo en colchoneta con niños) ,pudiéndose considerar desde el punto de vista de la prevención como actividades residuales de manipulación manual de cargas(14)

Manipulación de mobiliario: en ocasiones los fisioterapeutas del centro se ven obligados a trasladar el mobiliario que adaptan ergonómicamente. Esta función sería del conserje u otro perfil de “servicios” pero no está instaurada ni definida en este centro. La función del fisioterapeuta es la adaptación de todas las mesas y sillas del centro a la estatura de los niños y a las características corporales asociadas a la patología, para conseguir una buena higiene postural fundamental para contrarrestar la progresión de las alteraciones ortopédicas.

Ello conlleva que haya cambios de mesas y sillas de unas estancias a otras porque los niños crecen y también de un curso a otro también hay cambios de alumnado. Lo ideal es que el

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

servicio de fisioterapia recibiera ayuda de todo el centro para trasportar el mobiliario Su tarea realmente es dar la indicación de que silla o mesa se precisa para cada niño en particular en función al tamaño, y realizar la adaptación del mobiliario colocándole los accesorios que precisa (taco abductor, reposapiés, controles laterales de tronco)

En alguna ocasión dos de las fisioterapeutas han sufrido episodios de lumbalgia aguda, teniendo hernias discales una de ellas.

Dimensiones de la sala de fisioterapia: La sala en una primera valoración a groso modo a partir de la observación es pequeña para el número de profesionales que deben trabajar en ella.

Para diseñar los espacios hay que conocer cuál es el espacio y los elementos que se van a ubicar en el puesto y así definir las dimensiones del mismo. Los requisitos para ello vienen definidos en el R. D. 486/97.

Temperaturas extremas en verano: Las condiciones termohigrométricas de un entorno laboral, influyen en los mecanismos de termorregulación del ser humano pudiendo dar lugar a situaciones no saludables.

En este centro escolar se alcanza en los periodos más calurosos del año temperaturas que no permiten el estado de confort en este sentido. Además, se agrava la situación ante la nueva norma en este curso escolar, de no vestir ropa corta o ligera ante la presencia de alumnos en prácticas en el centro.

El método LEST, según el tipo de trabajo, considera como condiciones ambientales ideales (15):

- Intelectual o físico ligero de pie: 17° a 22°
- Intelectual o físico ligero sentado: 18° a 24°
- Trabajo duro: 15° a 21°

b) Factores psicosociales

Existen características organizativas y de relaciones humanas, que hemos desarrollado anteriormente en el apartado donde definimos el puesto, que sí podrían constituir un riesgo

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

psicosocial y generan en el colectivo de este estudio una posible situación de “quemado”.

Recordamos:

- No hay descansos suficientes regulados para tanta carga física y mental de trabajo.
- Control emocional insuficiente frente a situaciones secundarias a trabajar con niños enfermos muy afectados y/o deteriorados.
- Dificultad en la comunicación con el equipo directivo asociado a un excesivo control y limitación en la participación y decisión en aspectos organizativos del trabajo.
- Relación y comunicación con los padres lo cual genera mucha carga psicológica y emocional.
- En ocasiones insuficiente reconocimiento profesional por desarrollar la actividad laboral de fisioterapia en un ambiente que no es sanitario y en donde el resto de personal no da la importancia necesaria a las recomendaciones del fisioterapeuta respecto al manejo del niño.
- Por las características en el desarrollo del trabajo de la fisioterapia con estos niños, hay que marcarse objetivos muy limitados con ellos, ya que podrán tardar años en conseguir que realicen un movimiento que se le ha trabajado y estimulado en ciento de ocasiones, e incluso quizás nunca realice. Por lo que el objetivo principal es un tratamiento paliativo (mantener y evitar que siga avanzando las deformidades). Esto es muy frustrante para el profesional y crea una carga emocional importante además de dar un carácter de monotonía a su actividad en este puesto de trabajo.

A título de anotación, añadir un suceso respecto a una de las fisioterapeutas: ha sufrido estados de ansiedad y apatía desencadenados por conflictos en el trabajo, ocasionando ausencias a su puesto en el colegio de pocos días o incluso I.T de varias semanas. En este caso hay que señalar, que existen factores de personalidad predisponentes que le limitan a la hora de afrontar adecuadamente las situaciones asociadas a los estresores psicosociales de su puesto.

5.13. EVALUACIÓN

Se realiza una evaluación de riesgos psicosociales para identificar los factores de exposición que pueden dar lugar a la aparición de cuadros clínicos por somatización compatibles a Síndrome de Burnout.

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

- Por un lado, realizaremos la evaluación de los riesgos psicosociales de este grupo de fisioterapeutas. De entre la variedad de métodos, vamos a utilizar el método AIP Evaluación de Factores Psicosociales del INSHT versión 3.1 (año 2014). Entendemos por factores psicosociales: El concepto teórico de factores psicosociales fue definido por el comité mixto OIT/OMS en 1984 como “aquellas condiciones presentes en una situación de trabajo, relacionadas con la organización, el contenido y la realización del trabajo susceptibles de afectar tanto al bienestar y la salud (física, psíquica o social) de los trabajadores como al desarrollo del trabajo.” Esta definición ha sufrido diversas revisiones, manteniéndose, sin embargo, el concepto de interacción entre trabajo y persona. Así, por ejemplo, podemos citar la revisión de Cox y Griffiths en la que se definen los factores psicosociales como “aquellos aspectos del diseño y la organización del trabajo, y sus contextos sociales y organizativos, que pueden causar daño psicológico o físico”(16)
- Por otro lado, tras el análisis de los resultados que se desprende del estudio de los riesgos psicosociales, concluiremos si existe argumentos para realizar una valoración más específica centrándonos en la probabilidad de un Burnout. Para tal caso usaríamos el Cuestionario “Instrumento en versión Española (ver Salanova et al., 2000) del MBI - General Survey Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996)” de la NTP 732.

Evaluación de Factores Psicosociales del INSHT:Método F-PSICO versión 3.1

El método F-Psico consta de un cuestionario de 44 preguntas, algunas de ellas múltiples, de forma que el número de ítems asciende a 89. Ofrece información sobre 9 factores (16):

- Tiempo de trabajo (TT)
- Carga de trabajo (CT)
- Variedad/contenido (VC)
- Interés por el trabajador/Compensación (ITC)
- Relaciones y apoyo social (RAS)
- Autonomía (AU)
- Demandas psicológicas (DP)
- Participación/Supervisión (PS)
- Desempeño de rol (DR)

El método ha sido concebido para obtener valoraciones grupales de trabajadores en situaciones relativamente homogéneas. El método presenta los resultados en dos diferentes formatos; por un lado se ofrecen las probabilidades de riesgo junto con la media aritmética del

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

colectivo analizado para cada uno de los factores (**Perfil Valorativo**) y, por otro, se ofrece el porcentaje de contestación de cada opción de respuesta de cada pregunta (**Informe**) por parte del colectivo analizado (16)

El **Perfil valorativo** ha transformado las puntuaciones directas de los cuestionarios en percentiles, lo que permite determinar distintos niveles de riesgo.



Los distintos niveles de riesgo surgen de la transformación de las puntuaciones directas en percentiles (16), siendo los siguientes (tabla 2):

Percentil obtenido	Riesgo
Percentil \geq P85	Muy elevado
$P75 \leq$ Percentil $<$ P85	Elevado
$P65 \leq$ Percentil $<$ P75	Moderado
Percentil $<$ P65	Situación adecuada

Tabla 2. Niveles de riesgo (16)

Informe: plasma el porcentaje de contestación de cada opción de respuesta de cada pregunta (ir al Anexo)

5.14. INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES

Del análisis de los datos obtenido con el FPSICO junto con entrevistas realizadas a los sujetos se desprende e interpreto respecto a los factores psicosociales:

A) El factor “**Participación/Supervisión**” es el que supone el mayor de los riesgos psicosociales a los que están expuestas este grupo de trabajadoras, suponiendo un riesgo **muy elevado** en un 99% y actuando sobre todos los sujetos del estudio (5 sujetos). En la descripción del puesto de trabajo, queda en evidencia este factor cuando se describe la excesiva supervisión por parte de la dirección del centro en cuanto al ritmo de trabajo (ítems 12c) siendo cuantificado como excesivo en un 100%; la supervisión de la calidad (ítem 12 d) es insuficiente (80%) porque lo que interesa a la organización en este caso es que se cumpla los horarios y las tareas sin interesarse como se realizan exactamente, alegando desconocimiento de los métodos de fisioterapia. Esto último también va en relación al “ítems 12 a”, donde queda evidente la no intervención en los métodos en un 100%. Respecto a la planificación sobre la supervisión(ítems 12 b) es insuficiente (60%) y excesiva(40%), esto es debido a que en el grupo de fisioterapeutas existe un sentimiento de excesiva planificación de las tareas desde el punto de vista de la organización escolar pero insuficiente desde el punto de la perspectiva de la fisioterapia, es decir las sesiones están organizadas en función a la coordinación entre los profesionales(favoreciendo las necesidades de los docentes) más que desde el punto de vista de las necesidades físicas y terapéuticas del niño. Según esto, cada sujeto ha interpretado la pregunta del cuestionario en uno de estos dos sentidos dando por ello dos resultados antagónicos entre sí (insuficiente-excesivo).

Respecto a la participación de los trabajadores también se desprende que no es muy importante, ello es consecuencia de las características de la organización o política de la dirección del centro. En los ítems 11d, 11e, 11f, 11g reflejan en un 100% la no participación. Se limita a la consulta en ocasiones (40%) para tema de material (ítem 12 a), ello ocurre cuando la dirección quiere comprobar si es estrictamente necesaria la adquisición de material específico de fisioterapia o se puede prescindir de él. Respecto a los métodos de trabajo es el único aspecto en que si se puede participar y decidir en ocasiones (ítems 12b) en un 40%, esto sucede cuando hay que justificar alguna actividad realizada en las sesiones de fisioterapia. La participación en el lanzamiento de nuevos productos (ítem 11 c) no es muy habitual y cuando sucede en la mayoría de los casos sólo se recibe información (60%) y en otras ocasiones no existe participa-

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

-ción ninguna (40%) (la propuesta de sesiones conjuntas con otros profesionales)

B) Factor “Desempeño de rol”: todas las trabajadoras están expuestas a este factor de forma considerable constituyendo un riesgo elevado en un 60% y muy elevado en un 40%, siendo la proporción 3 sujetos y 2 sujetos respectivamente. Ello es debido al vacío legal respecto a las funciones del fisioterapeuta en estos centros fuera de lo que es el tratamiento fisioterapéutico, quedando delegado a la dirección del centro. Es por ello, que además del trabajo específico de fisioterapia en la sala, se solicita en ocasiones la realización de tareas que no son propias del perfil de un fisioterapeuta, y además no son siempre las mismas sino que van variando en función de las consideraciones de la directiva. Por lo tanto, estas funciones son cambiantes y lo que en un curso escolar se debe hacer, en otro no. Ello crea una indefinición de funciones, las cuales además no son comunicadas siempre al servicio de fisioterapia, creando conflictos a la hora de saber qué hacer y qué no, y cuándo y dónde.

Por otro lado se atribuyen popularmente tareas que no son del perfil profesional del fisioterapeuta, como es el traslado de mobiliario al inicio de curso, sin que ello este definido como tarea del fisioterapeuta.

C) Factor “Relaciones y apoyo social”: Constituye un riesgo importante (20% moderado, 20% elevado y 60% muy elevado) para todos los sujetos. El clima del centro no es muy afable, debido a la política de la directiva por un lado y por otro por los conflictos interpersonales secundarios a la no delimitación de las determinadas funciones entre los profesionales de distintas categorías (ítem 16c)

Dentro del servicio de fisioterapia las relaciones entre los 5 componentes (y sujetos de estudio) son buenas y de apoyo (ítems 16b), pero con el “exterior” al servicio no son del todo fluidas en ocasiones.

Las relaciones con la directiva son frías y en pocas ocasiones se recibe apoyo al servicio fisioterapia (ítem 16 a) cuando surgen conflictos con los padres y/o profesionales docentes. Existe un trato jerárquico hacía los fisioterapeutas, quedando en un nivel “inferior” por no ser docentes. Y respecto a los padres, la dirección no quiere conflictos con ellos, dejando indefenso al profesional en las ocasiones que precisaría el apoyo del equipo directivo.

Existen conflictos interpersonales (ítem 18 a) también con el colectivo de auxiliares, a la hora

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

de la distribución de las tareas no siempre este colectivo está de acuerdo y se revelan no realizando a veces el trabajo conjunto en las transferencias de niños con el fisioterapeuta o su traslado a las aulas. En estas ocasiones el fisioterapeuta debe pedir ayuda a otro fisioterapeuta para la transferencia de los niños o realizar el traslado del niño de la sala de fisioterapia al aula. Esto supone perder tiempo de sesión además de implicar en esas tareas a otro compañero por no acudir la auxiliar correspondiente. A lo largo del curso esto crea tensiones y conflictos, dando lugar en ocasiones a reuniones extraordinarias con la dirección para tratar el tema.

En definitiva las relaciones interpersonales no son del todo buenas con el personal con el que hay que coordinarse para la realización más eficaz del trabajo.

D) Demandas psicológicas: Existe en este grupo una importante implicación emocional debido al tipo de personas (niños enfermos) con las que se trabaja y por el trato hacía sus familias. Se produce un esfuerzo dirigido a reprimir los sentimientos o emociones y a mantener la compostura para dar respuesta a las demandas del trabajo. Ello constituye un riesgo psicosocial para estos profesionales cuantificado en un **80%**(siendo 60% moderado y 20% grave)

Las características de este puesto de trabajo conllevan una alta implicación emocional, siendo está mayor cuanto más compromiso existe por parte del profesional.

La afectación de algunos de los niños es importante, y conducen a situaciones de impacto emocional considerables como crisis epilépticas, crisis respiratorias o ausencias (pérdida de conciencia unos segundos) En esos casos se avisa rápidamente a la enfermera del centro y en alguna ocasión se ha tenido solicitar ayuda externa (servicio de urgencias 112) (ítem 35)

Ante cualquiera de estas situaciones, los profesionales experimentan un estado de estrés emocional, que gestionan inhibiendo esa sensación e intentando mantener control y calma de cara a las personas que le rodean en su trabajo. Pero casi todos los sujetos entrevistados aseguran que en alguna ocasión, estas situaciones le han generado preocupaciones y sensaciones de frustración e impotencia causando hasta insomnio en algún momento. Ejemplos de estas situaciones serían tanto una situación de urgencia como dar noticias negativas en la entrevista con un padre sobre el estado de su hijo.

E) Autonomía: Existe un 40% de riesgo (moderado) afectando a 2 de los 5 sujetos de estudio. Autonomía temporal: En este aspecto es donde se encuentra el principal problema, se trata de

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

los periodos de descanso. No existe un periodo reglamentario como tal a mitad de mañana, ni otros descansos además del momento de la comida. Respecto al descanso de media mañana para almorzar, el fisioterapeuta es el único perfil profesional del centro que no dispone del mismo. Este coincide con la hora de recreo de los niños. Existen dos recreos, uno para infantil y primeros cursos y otro para el resto, de manera que al ser en franjas horarias diferentes siempre hay niños para ir a sesión de fisioterapia. En otros centros similares, sólo hay un recreo, pero igualmente se sigue con las sesiones alternando niños para que no sea siempre el mismo el que pierde el recreo. En definitiva, el fisioterapeuta no dispone de tiempo para almorzar reglamentario, por lo que lo hace de manera insatisfactoria a la vez que trabaja y en pocos minutos porque tiene un niño en sesión (realizándose por tanto pausas no reglamentarias). Esto crea sensación de asfixia al profesional y del agravio comparativo con el resto de profesionales que si disponen de tiempo de descanso (ítem 7 y 8)

Respecto a los asuntos personales, se dispone de días para ello. Aunque estos se conceden generalmente, en virtud de las necesidades del servicio consideradas según la dirección del centro. Se suele disponer de ellos aunque en algunas ocasiones no ha sido así (ítem 3)

Autonomía decisional (ítems 10): El aspecto positivo en este factor, es que la especificidad de las tareas propias del fisioterapeuta junto a ser desarrolladas en un ambiente no sanitario, hace que estos profesionales tengan total decisión en cuanto a los procedimientos y métodos en las sesiones de fisioterapia, distribución del espacio de trabajo dentro de su sala y a la resolución de incidencias (ya que el resto de profesionales no puede influir por desconocimiento en la materia) y por consiguiente en la calidad de las mismas (ítem 10 c, d y g)

Sin embargo a la hora de la distribución de la carga del trabajo, distribución de tareas y el tiempo, no hay posibilidad de decisión y se depende totalmente de la organización (ítem 10 a, b y e). El hándicap que nos encontramos en un centro escolar en contraposición a un hospital es no disponer de turnos, ello serviría para romper la monotonía del trabajo en este puesto (ítem 10h)

F) Interés por el trabajador/compensación: Este factor no tiene una afectación importante en la mayoría de los sujetos estudiados (20% riesgo). Si existe una situación respecto a la formación a los trabajadores en la que no hay agrado respecto a cómo se enfoca para este colectivo. La empresa oferta un plan de formación que abarca a todas las categorías y perfiles

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

profesionales, realizando poca formación específica. Además, no todos pueden optar a ella, realizándose una selección de entre todos los solicitantes en función a unos requisitos internos que establece la empresa. Por lo tanto, si un fisioterapeuta quiere formarse más profundamente en temas específicos para su trabajo en el ambiente escolar, debe formarse externamente a la empresa.

Respecto a la formación de temas más genéricos, como idiomas, informática, etc, si se ofrece variedad de cursos de formación, pero igualmente que en el caso anterior no se puede optar siempre que se solita por la gran demanda. Se realiza una selección de entre los solicitantes para cubrir las plazas de los cursos.

La información respecto a la formación no la realiza el centro escolar donde se desarrolla la actividad laboral, sino a través de una web. Por lo que normalmente, el profesional tiene conocimiento de ello por medio casi siempre del compañero que lo ha visto primero en la web y por medio del boca a boca es como suelen tener conocimiento los demás. En alguna ocasión, cuando se tiene conocimiento de ello, ya ha aspirado el plazo de solicitud. Esto es debido a que el periodo del año en que se ofertan los cursos no es el mismo anualmente, y ello implica visitar regularmente la web para localizar la oferta formativa dentro del plazo una publicada en dicha web. Lo ideal es que el centro escolar diese la información a sus trabajadores de estos plazos, gracias a que esta información fuese enviada a todos los centros escolares de la región una vez se lanza la oferta de formación.

La mayoría de los fisioterapeutas a pesar de lo anteriormente descrito, no le supone una gran preocupación ya que tiene plaza fija como funcionarios de carrera y no necesita de la formación desde el punto de vista de currículum para un baremo. Normalmente, es el personal interino contratado, el que presenta insatisfacción ante las características de la formación descrita porque la precisa para seguir avanzando en su carrera profesional. Ello explica el resultado en el análisis de este factor psicosocial en este grupo de estudio, dando sólo un 20% de riesgo muy elevado, en contraposición de un 80% de no riesgo. Coincidiendo con la proporción numérica de un sujeto afectado de los cinco del estudio, es muy probablemente que en este caso el sujeto afectado sea el interino.

Añadir que en esta misma proporción de riesgo, incluye la insatisfacción del interino respecto a

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

el “equilibrio entre esfuerzo y recompensas” (ítem 43) y “Satisfacción con el salario” (ítem 44). Esto es debido a dos situaciones:

- por un lado, respecto al salario desde hace unos años se cambió la naturaleza del tipo de nombramiento para los interinos a efectos de no tener que finiquitar al finalizar el contrato. Suponiendo ello una pérdida económica para el colectivo interino de fisioterapeutas y con imposibilidad de reclamación alguna.

-por otro lado, existe un agravio comparativo respecto a los periodos vacacionales. Mientras un fisioterapeuta fijo tiene los meses de verano, vacaciones de Navidad y Semana Santa, el interino le descuentan los días de Navidad y Semana Santa disfrutados del periodo vacacional correspondiente a su contrato. Ello supone perder más de la mitad de los días de vacaciones, en contraposición al personal fijo que no tienen descontados esos periodos(Navidad y Semana Santa) de los días de vacaciones.

G) Factor “Variedad/Contenido”: En este factor podemos considerar que no supone prácticamente un riesgo para este colectivo (ítems 37, 38, 39 y 40). Ello es debido a que dentro de lo rutinario y monótono que es puesto de trabajo, y de las dificultades en otros aspectos que hemos indicado anteriormente, existe una buena valoración en general del trabajo del fisioterapeuta para estos niños. Es principalmente los padres, los que valoran y reclaman la fisioterapia en este tipo de centros. Sin embargo, no siempre se goza de este reconocimiento en el entorno de trabajo aunque esto no sucede de una forma muy extendida (ocasionalmente por el jefe o compañeros) pero sí percibido por los fisioterapeutas (justificando ello el 20% de riesgo moderado para este factor)

Podemos concluir que las trabajadoras perciben en la mayoría de las ocasiones que su trabajo es reconocido y apreciado, y sienten que tiene significado y utilidad en sí mismo.

H) Factores “Tiempo de trabajo y carga de trabajo”: La jornada de trabajo y la distribución de la misma a lo largo de la semana es adecuada, al igual que la carga de trabajo. Ninguno de estos dos factores supone un riesgo para la salud de las trabajadoras del servicio de fisioterapia del centro de educación especial sobre el que se realiza la valoración psicosocial.

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

Las **CONCLUSIONES** a partir de la interpretación realizada de estos factores sería que los fisioterapeutas del servicio de fisioterapia del centro escolar de Educación Especial de estudio, se encuentran expuestos en distinta medida a varios factores de riesgo psicosocial. Principalmente:

- Relaciones interpersonales tanto con su superior por la excesiva supervisión y limitación en participación y decisión influyendo ello en la autonomía del profesional (PS y AU) como con compañeros (auxiliares y docentes) creándose conflictos entre los distintos profesionales (RAS)
- Conflicto en la definición de las funciones no específicas de la fisioterapia por parte del centro creando un inadecuado desempeño del rol (DS)
- Exigencias emocionales importantes ante situaciones psicológicas de alta demanda (DP)

Y en menor medida:

- Inadecuada formación específica a los profesionales y limitación de acceso a la misma (ITC)
- Información insuficiente por parte de la organización a los fisioterapeutas respecto a temas internos de organización del centro, como de actividades para el desarrollo de la carrera profesional de este colectivo (ITC)
- Disconformidad de los fisioterapeutas interinos respecto al equilibrio entre el esfuerzo y las recompensas en comparación con sus homólogos en situación de funcionario de carrera. Esta desigualdad abarca tanto el aspecto salarial como los periodos vacacionales (ITC)
- Ocasionalmente falta de reconocimiento por parte del entorno laboral, principalmente compañeros (posiblemente asociado a los conflictos interpersonales) (VC)

Teniendo en cuenta el tipo de profesión (profesiones que mantienen un contacto directo con las personas que son los beneficiarios del propio trabajo) y la exposición a los factores psicosociales anteriormente descritos, sobre todo los conflictos interpersonales con los compañeros y el superior (equipo directivo), la excesiva supervisión y limitada participación, la falta de autonomía, la ambigüedad de rol, y la elevada demanda psicológica y emocional del

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

puesto, considero que es muy probable que algunos de estos profesionales sufran un cuadro de estar quemado por el trabajo o "Burnout o se esté en una fase inicial del mismo.

Para realizar la evaluación del Burnout utilizamos las herramientas de medida disponible en NTP732. Se trata del MBI-GS pero adaptado a una muestra española, con los ítems que forman este instrumento general de evaluación del Burnout en castellano. Este instrumento lo hemos utilizado vía papel-y-lápiz, con su administración a los trabajadores y su posterior corrección manual. Los ítems deben ser respondidos por los trabajadores haciendo uso de una escala de frecuencia de tipo Likert que va de cero "0" (nunca) a "6" (siempre). Altas puntuaciones en las dimensiones agotamiento y altas puntuaciones en la dimensión de cinismo unidas a bajas puntuaciones en la dimensión eficacia profesional serán indicadoras de burnout. (8)

Este instrumento puede ser útil para realizar una primera medida del Burnout entre los trabajadores de una organización y permite la comparación de los resultados obtenidos con una muestra normativa de población trabajadora española (8)

A la hora de pasar los cuestionarios hemos identificado a los sujetos de forma numérica en función de su edad. El cálculo de los resultados obtenidos está expuesto en el Anexo.

Para afinar en las conclusiones de alguno de los resultados de los sujetos respecto a la evaluación del Burnout, es interesante tener en cuenta las fases en las que se desarrolla el síndrome:

Las etapas por las que transcurre el síndrome de "estar quemado por el trabajo" se podrían describir en cuatro fases de un proceso gradual del desgaste profesional (17):

- En la primera fase tiene lugar un desequilibrio entre las demandas del entorno de trabajo y los recursos personales del trabajador, y, por tanto, es definitoria de un problema de estrés psicosocial.
- En la segunda fase, se produce un estado de tensión psicofisiológica con respuestas de ansiedad, fatiga y agotamiento, fundamentalmente.
- Se puede definir una tercera fase en la que la frustración, desilusión o desmoralización se hacen presentes en el individuo.
- En la cuarta fase, se suceden una serie de cambios actitudinales y conductuales

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

(afrontamiento defensivo): tendencia a tratar a los clientes de forma distanciada y mecánica, anteposición de las propias necesidades al mejor servicio del cliente y afrontamiento defensivo – evitativo de las tareas estresantes y retirada personal

Por consiguiente las **conclusiones** serían:

-Para los sujetos 37 y 45 nos encontramos con unos datos indicativos de Burnout. Ambos presentan, sobre todo el sujeto 37, altas puntuaciones en las dimensiones agotamiento y cinismo unidas a bajas puntuaciones en la dimensión eficacia profesional.

-En el caso del sujeto 36, este presenta altas puntuaciones en agotamiento y cinismo pero en la dimensión de eficacia profesional los valores son medios. Si tenemos en cuenta las fases en el proceso gradual de desgaste profesional, este sujeto se encontraría en la tercera de ellas, donde además del desequilibrio entre las demandas del entorno de trabajo y los recursos personales del trabajador aparecen respuestas de ansiedad, fatiga y agotamiento asociado a un estado de frustración. Ello le ha llevado a perder motivación y entusiasmo por su trabajo conllevando a una pérdida de interés. Reflejo de ello son las puntuaciones altas en las dimensiones de agotamiento y cinismo, siendo la dimensión de eficacia profesional las puntuaciones medias tendentes a valores bajos pero sin llegar a serlo aún. Por lo que este sujeto está muy cercano a desarrollar el Síndrome en su totalidad.

-Y en los casos de los sujetos 32 y 42, no se puede considerar que exista una situación definitiva de Burnout, sobre todo en el sujeto 42. Este presenta valores medios en todas las dimensiones, mientras que el sujeto 32 presenta un agotamiento alto pero el cinismo y la eficacia profesional tiene puntuaciones “medio alto” pudiendo encuadrarlo por tanto en la primera de las fases en las que se desarrolla del Síndrome.

El Síndrome Burnout es un problema social y de salud pública que afecta a los profesionales dedicados al servicio de los demás, siendo uno de ellos el sector sanitario. Tiene consecuencias en la salud y calidad de vida de los trabajadores, en las organizaciones, e influye en la calidad asistencial, conllevando un crecimiento de costes económicos y sociales.

5.16 MEDIDAS A IMPLANTAR

Una vez evaluados los riesgos hay que desarrollar las medidas necesarias para su eliminación o control. La intervención frente a los riesgos psicosociales implicará introducir cambios en las estrategias de gestión de personal y sobre la organización del trabajo para que este sea saludable⁵.

La intervención sobre la organización deberá realizarse en primer lugar y si se precisa posteriormente incidir sobre los individuos (18)

La intervención en los aspectos organizativos pueden y deben dirigirse hacia la estructura de la organización, estilo de comunicación, los procesos de formulación de decisiones, el aumento de participación de los trabajadores en las decisiones respecto al trabajo, las funciones y tareas en el trabajo considerando su variedad, la mejora de las condiciones ambientales y los métodos para la capacitar a los trabajadores y estimularlos en las tareas de su trabajo .Un aspecto importante es el aumento del apoyo social en las organizaciones, favoreciendo la cohesión en los grupos de trabajo(18)

a) Medidas sobre la organización del trabajo

- Definir claramente las funciones y competencias de las fisioterapeutas y de los auxiliares en aquellas tareas comunes (traslado y posterior transferencia de los niños en la sala de fisioterapia). Ello evitará o reducirá los conflictos que aparecen entre estos profesionales en la realización de dichas tareas.

- Definir las funciones de las tareas fuera de la sala de fisioterapia y por consiguiente las responsabilidades asociadas. Con ello se evitará el conflicto de rol. Este tipo de funciones se refieren a distintas situaciones, como por ejemplo:

- Establecer qué profesional debe dirigirse a los padres cuando hay un problema con el niño, en función a las características de la situación (trabajador social, enfermero, psicopedagogo, tutor, fisioterapeuta, logopeda, auxiliar). Con ello se evita responsabilizar erróneamente del suceso, a cualquier profesional que no esté realmente implicado en la situación causante del problema.

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

- Definir las funciones y responsabilidades del tutor respecto a las recomendaciones del fisioterapeuta en torno a los cambios posturales en el aula. Ello evita conflictos a la hora de buscar responsables ante situaciones en los niños (ulceras por presión) secundarias a la no realización de las indicaciones en estos cuidados de forma adecuada. Cuando esto ocurre, se intenta responsabilizar al fisioterapeuta por ser el problema de tipo de salud, pero las tareas para evitarlo han de ser realizadas por el tutor siguiendo las indicaciones del especialista.

- Demandar al resto de profesionales del centro que tengan en cuenta y lleven a cabo las recomendaciones de las fisioterapeutas respecto al manejo del niño (esto es necesario para evitar la evolución de la patología del niño). Con ello se fomentará el reconocimiento del fisioterapeuta, favoreciendo el que se sientan valorados por los demás y que su trabajo es útil, aumentando la satisfacción (tiene un efecto protector para el Burnout(12))

- Eliminar de las funciones del fisioterapeuta el transporte de mobiliario, función que no está definida legalmente. Pero por ausencia de la realización de la misma por parte de otros profesionales, se da por supuesto que es función del fisioterapeuta y se le delega sin consenso alguno. Esto sucede posiblemente, por asociar el transporte a la adaptación ergonómica de dicho mobiliario por parte de las fisioterapeutas.

- Cuando aparezca situaciones de conflicto, agilizar la resolución de los mismos mediante reuniones extraordinarias con la directiva o jefatura de estudios donde se pueda consensuar y llegar a una conclusión lo antes posible. Normalmente estas situaciones se enquistan porque se demora la toma medidas y en algunas ocasiones la directiva no toma ninguna dejando que los profesionales la solventen como puedan o sepan.

- Dotar de un tiempo de descanso para las fisioterapeutas a mitad de mañana, que coincida con los descansos de otros profesionales. Ello le permitirá disponer de un espacio temporal y físico para almorzar junto a otros compañeros favoreciendo la integración y cohesión con los mismos.

- La directiva debe mejorar la forma de relacionarse con los profesionales. No hay una comunicación fluida, y normalmente es unidireccional. No se da oportunidad a la participación de los profesionales ya que las actividades del centro son pautadas por el equipo directivo sin posibilidad de cambios o mejoras propuestas por parte de los trabajadores.

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

- Se aconseja mayor flexibilidad a la directiva permitiendo la realización conjunta de algunas sesiones de fisioterapia con el maestro de educación física, con los niños en los que se trabaja la psicomotricidad. Ello ha sido propuesto por los profesionales alegando los beneficios para el niño, pero no se ha conseguido ante la negativa de equipo directivo. Además de los beneficios para el niño, supondría romper con la monotonía del trabajo de sala de fisioterapia.
- Fomentar la motivación de los fisioterapeutas permitiendo que el trabajo específico del fisioterapeuta (el de rehabilitar) se pueda realizar en algunas sesiones conjuntas con el tutor y/o el maestro de educación física, por medio de talleres o sesiones lúdicas a la vez que terapéuticas. Esto favorecería la motivación al introducir más variedad a la hora de realizar el trabajo, a la vez que permite al profesional mayor posibilidad de aplicar habilidades y conocimientos, y por otro lado se favorece la cohesión de grupo y la relación entre los distintos profesionales.
- Estimular la participación en eventos fuera del trabajo, como las comidas o cenas de Navidad y Fin de curso, actividades deportivas con otros centros, participar en concursos organizados entre los distintos centros de la región, jornadas con actividades lúdicas con los padres fuera del centro etc
- Eliminar el agravio comparativo entre los fisioterapeutas funcionarios de carrera y los interinos en cuanto a los periodos vacacionales, garantizando la equidad y la igualdad de oportunidades entre todos los trabajadores (fisioterapeutas). Deberán disponer de los días correspondientes por ley en función a su contrato, independientemente de los periodos de Navidad y Semana Santa.
- Negociar con la directiva la organización de las sesiones de fisioterapia por patologías y no por criterios docentes. Los niños son agrupados por aulas según edades y niveles curriculares, y ello marca las actividades de los niños fuera de su aula. La “norma” para poner los horarios de las sesiones de fisioterapia es en función a las actividades del aula, limitando considerablemente la organización de las sesiones de fisioterapia debido a que estas se realizan en función al tipo de patologías y nivel de afectación (número de sesiones y horas de terapia en función a la patología, grado de afectación y edad del niño)
- Se aconseja definir medidas organizativas en cuanto a la manipulación manual de cargas, ya que a lo largo de la jornada se realizan bastantes transferencias de niños. Estas medidas

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

consistirán en organizar los horarios de traslado de los niños para que auxiliares puedan colaborar con las fisioterapeutas. La franja horaria de la sesión de los niños que precisen ayuda para su manipulación y/o transferencia, se coordinará con la del auxiliar que tenga asignado el niño para evitar que se solape con otras actividades pautadas del centro. Por otro lado, con ello disminuirán los conflictos que surgen en esta situación cada vez que la fisioterapeuta no dispone de la ayuda del auxiliar para el traspaso de los niños de sus sillas a la colchoneta o viceversa.

- Habilitar un comedor para los profesionales separándolos de los niños en el momento de la comida. Con ello se elimina el exceso de ruido generado por los niños mientras comen (gritos, ruidos de cubiertos, llantos, voces de los monitores de comedor) y se puede disfrutar del acto de comer tranquilamente.

- Se recomienda enérgicamente que en las reuniones con los padres al fisioterapeuta le acompañe el psicopedagogo del centro. Con ello, la tensión emocional del fisioterapeuta será menor gracias a la asistencia de este especialista durante la reunión y a las indicaciones y asesoramiento previo a la hora de cómo afrontar una entrevista de este tipo.

- Dotar a las fisioterapeutas de reuniones con el psicopedagogo del centro, para que le asesore en las actuaciones y pautas de comportamiento con determinados niños que reciben fisioterapia. Hay que reseñar que la mayoría de los niños no sólo presentan lesiones físicas sino también de conducta, presentado comportamiento disruptivos y agresivos. Ello crea bastante tensión psicológica-emocional al fisioterapeuta durante la sesión con este tipo de niños y el asesoramiento de un profesional en ese aspecto es fundamental.

- Organizar charlas de enfermería para todos los profesionales del centro, donde las enfermeras del colegio asesoren de la actuación a realizar cuando nos encontremos con una situación de emergencia o crítica. Y establecer un protocolo de actuación en el centro bien definido para el resto de profesionales ante estas situaciones. A lo largo del curso escolar se da más de una situación de relativa urgencia, ya que estos niños suelen tener crisis epilépticas o crisis de ausencia y bloqueos respiratorios, donde se precisa la actuación rápida del servicio de enfermería.

- Proporcionar mayor oportunidad para acceder a formación (no pueden acceder todos los que la solicitan), y que esta sea más específica al perfil del fisioterapeuta.

- Informar a los trabajadores de la existencia de los servicios de prevención de la empresa y dar formación en PRL.

b) Sobre el medio ambiente físico en el trabajo

- Instalación de equipos de aire acondicionado en el centro debido a que las condiciones ambientales de temperatura no son adecuadas en los periodos más calurosos, alcanzado en alguna ocasión temperaturas de hasta de 40°. Además, eliminar la nueva norma interna y desproporcionada de no poder llevar ropa corta o ligera (pantalón) debido a la presencia de alumnos en prácticas.

- Se propone ubicar otra sala en el piso superior, de manera que en cada piso haya una sala donde se atenderá a los niños de las aulas correspondientes a cada piso. A la vez, esto disminuiría los conflictos con las auxiliares al ser los desplazamientos del aula a la sala de fisioterapia más cortos y cómodos.

c) Sobre el individuo

Sería conveniente impartir por parte del centro formación en distintas materias para dotar a las trabajadoras de recursos de afrontamiento frente al estrés emocional. Para ello el psicopedagogo del centro podría intervenir regularmente asesorando e instruyendo a los distintos profesionales del centro mediante:

- Técnicas de relajación: existen distintas técnicas como la relajación muscular (Relajación de Jacobson), la relajación autógena y control de la respiración.

- Técnicas de asertividad.

- Técnicas de autocontrol

Además para la realización lo más ergonómica posible y con las mínimas consecuencias físicas, muy a tener en cuenta por las dos fisioterapeutas que han sufrido cuadros agudos de lumbalgia en alguna ocasión (con hernias discales una de ella), es preciso la formación respecto a:

- Técnicas para una manipulación manual adecuada de cargas: La Guía para la MMC

- Técnicas para el bienestar físico: Ejercicios de espalda.

ANEXO I

A) Informe FPSICO:

Plasma el porcentaje de contestación de cada opción de respuesta de cada pregunta

Tiempo de trabajo

Rango	Media	Desviación típica	Mediana
0-37	1.80	3.03	0.00

Situación adecuada	Riesgo moderado	Riesgo elevado	Riesgo muy elevado
5	0	0	0

Este factor hace referencia a distintos aspectos que tienen que ver con la ordenación y estructuración temporal de la actividad laboral a lo largo de la semana y de cada día de la semana. Evalúa el impacto del tiempo de trabajo desde la consideración de los periodos de descanso que permite la actividad, de su cantidad y calidad y del efecto del tiempo de trabajo en la vida social.

La evaluación de la adecuación y de la calidad del tiempo de trabajo y tiempo de ocio se hace a partir de los siguientes 4 ítems:

Trabajo en sábados (Ítem 1)

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	0%
a veces	0%
Nunca o casi nunca	100%

Trabajo en domingos y festivos (Ítem 2)

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	0%

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

a veces	0%
Nunca o casi nunca	100%

Tiempo de descanso semanal (Ítem 5)

Siempre o casi siempre	100%
a menudo	0%
a veces	0%
Nunca o casi nunca	0%

Compatibilidad vida laboral-vida social (Ítem 6)

Siempre o casi siempre	60%
a menudo	20%
a veces	20%
Nunca o casi nunca	0%

Autonomía

Rango	Media	Desviación típica	Mediana
0-113	67.20	9.58	69.00

Situación adecuada	Riesgo moderado	Riesgo elevado	Riesgo muy elevado
3	2	0	0

Bajo este factor se acogen aspectos de las condiciones de trabajo referentes a la capacidad y posibilidad individual del trabajador para gestionar y tomar decisiones tanto sobre aspectos de la estructuración temporal de la actividad laboral como sobre cuestiones de procedimiento y

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

organización del trabajo. El método recoge estos aspectos sobre los que se proyecta la autonomía en dos grandes bloques:

- Autonomía temporal.

Se refiere a la discreción concedida al trabajador sobre la gestión de algunos aspectos de la organización temporal de la carga de trabajo y de los descansos, tales como la elección del ritmo, las posibilidades de alterarlo si fuera necesario, su capacidad para distribuir descansos durante la jornada y de disfrutar de tiempo libre para atender a cuestiones personales. Abordan estas cuestiones los ítems siguientes:

-Posibilidad de atender asuntos personales (Ítem 3)

Siempre o casi siempre	20%
a menudo	60%
a veces	20%
Nunca o casi nunca	0%

Distribución de pausas reglamentarias (Ítem 7)

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	0%
a veces	0%
Nunca o casi nunca	100%

Adopción de pausas no reglamentarias (Ítem 8)

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	0%
a veces	80%
Nunca o casi nunca	20%

Determinación del ritmo (Ítem 9)

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	20%
a veces	20%
Nunca o casi nunca	60%

- Autonomía decisional.

La autonomía decisional hace referencia a la capacidad de un trabajador para influir en el desarrollo cotidiano de su trabajo, que se manifiesta en la posibilidad de tomar decisiones sobre las tareas a realizar, su distribución, la elección de procedimientos y métodos, la resolución de incidencias, etc. El método aborda la evaluación de estos aspectos a partir del ítem 10, el cual contempla, a su vez, siete aspectos concretos sobre los que se proyecta la autonomía decisional:

-Actividades y tareas (Ítem 10 a)

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	20%
a veces	20%
Nunca o casi nunca	80%

-Distribución de tareas (Ítem 10 b)

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	0%
a veces	0%
Nunca o casi nunca	100%

-Distribución del espacio de trabajo (Ítem 10 c)

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	80%
a veces	20%

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

Nunca o casi nunca	0%
--------------------	----

Métodos, procedimientos y protocolos (Ítem 10 d)

Siempre o casi siempre	40%
a menudo	60%
a veces	0%
Nunca o casi nunca	0%

Cantidad de trabajo (Ítem 10 e)

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	0%
a veces	0%
Nunca o casi nunca	100%

Calidad del trabajo (Ítem 10 f)

Siempre o casi siempre	60%
a menudo	20%
a veces	20%
Nunca o casi nunca	0%

Resolución de incidencias (Ítem 10 g)

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	20%
a veces	80%
Nunca o casi nunca	0%

Distribución turnos (ítem 10h)

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	0%
a veces	0%
Nunca o casi nunca	0%
No trabajo a turnos	100%

Carga de trabajo

Rango	Media	Desviación típica	Mediana
0-106	30.60	7.16	32

Situación adecuada	Riesgo moderado	Riesgo elevado	Riesgo muy elevado
5	0	0	0

Por carga de trabajo se entiende el nivel de demanda de trabajo a la que el trabajador ha de hacer frente, es decir, el grado de movilización requerido para resolver lo que exige la actividad laboral, con independencia de la naturaleza de la carga de trabajo (cognitiva, emocional). Se entiende que la carga de trabajo es elevada cuando hay mucha carga (componente cuantitativo) y es difícil (componente cualitativo).

Este factor valora la carga de trabajo a partir de las siguientes cuestiones

- Presiones de tiempos.

La presión de tiempos se valora a partir de los tiempos asignados a las tareas, la velocidad que requiere la ejecución del trabajo y la necesidad de acelerar el ritmo de trabajo en momentos puntuales. Abordan estas cuestiones los ítems siguientes:

-Tiempo asignado a la tarea (Ítem 23)

Siempre o casi siempre	80%
------------------------	-----

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

a menudo	20%
a veces	0%
Nunca o casi nunca	0%

Tiempo de trabajo con rapidez (Ítem 24)

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	0%
a veces	40%
Nunca o casi nunca	60%

-Aceleración del ritmo de trabajo (Ítem 25)

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	0%
a veces	60%
Nunca o casi nunca	40%

- Esfuerzo de atención.

Con independencia de la naturaleza de la tarea, ésta requiere que se la preste una cierta atención, Esta atención viene determinada tanto por la intensidad y el esfuerzo de atención requeridos para procesar las informaciones que se reciben en el curso de la actividad laboral y para elaborar respuestas adecuadas como por la constancia con que debe ser mantenido dicho esfuerzo. Los niveles de esfuerzo atencional pueden verse incrementados en situaciones en que se producen interrupciones frecuentes, cuando las consecuencias de las interrupciones son relevantes, cuando se requiere prestar atención a múltiples tareas en un mismo momento y cuando no existe previsibilidad en las tareas.. Lo ítems del método que recogen estos aspectos son los siguientes:

-Tiempo de atención (Ítem 21) Sólo a título descriptivo

Siempre o casi siempre	40%
------------------------	-----

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

a menudo	40%
a veces	20%
Nunca o casi nunca	0%

Intensidad de la atención (Ítem 22) Sólo a título descriptivo

Muy alta	20%
alta	60%
media	20%
baja	0%
Muy baja	0%

Atención múltiples tareas (Ítem 27)

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	20%
a veces	80%
Nunca o casi nunca	0%

Interrupciones en la tarea (Ítem 30)

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	0%
a veces	100%
Nunca o casi nunca	0%

Efecto de las interrupciones (Ítem 31)

Siempre o casi siempre	20%
a menudo	20%
a veces	40%

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

Nunca o casi nunca	20%
--------------------	-----

Previsibilidad de las tareas (Ítem 32)

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	0%
a veces	20%
Nunca o casi nunca	80%

- Cantidad y dificultad de la tarea.

La cantidad de trabajo que los trabajadores deben hacer frente y resolver diariamente es un elemento esencial de la carga de trabajo, así como la dificultad que suponen para el trabajador el desempeño de las diferentes tareas. El método valora estos aspectos en los ítems siguientes:

Cantidad de trabajo (Ítem 26)

Excesiva	20%
elevada	20%
adecuada	0%
escasa	0%
muy escasa	0%

-Dificultad del trabajo (Ítem 28)

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	0%
a veces	40%
Nunca o casi nunca	60%

Necesidad de ayuda (Ítem 29)

Siempre o casi siempre	0%
------------------------	----

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

a menudo	0%
a veces	100%
Nunca o casi nunca	0%

Trabajo fuera del horario habitual (Ítem 4)

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	0%
a veces	40%
Nunca o casi nunca	60%

Demandas psicológicas

Rango	Media	Desviación típica	Mediana
10-112	66.00	11.60	63.00

Situación adecuada	Riesgo moderado	Riesgo elevado	Riesgo muy elevado
1	3	0	1

Las demandas psicológicas se refieren a la naturaleza de las distintas exigencias a las que se ha de hacer frente en el trabajo. Tales demandas suelen ser de naturaleza cognitiva y de naturaleza emocional.

Las exigencias cognitivas vienen definidas por el grado de presión o movilización y de esfuerzo intelectual al que debe hacer frente el trabajador en el desempeño de sus tareas (procesamiento de información del entorno o del sistema de trabajo a partir de conocimientos previos, actividades de memorización y recuperación de información de la memoria, de razonamiento y búsqueda de soluciones, etc.). De esta forma el sistema cognitivo se ve comprometido en mayor o menor medida en función de las exigencias del trabajo en cuanto a la demanda de manejo de información y conocimiento, demandas de planificación, toma de iniciativas, etc.

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

La evaluación de las exigencias psicológicas se hace a partir de los siguientes ítems:

-Requerimientos de aprendizajes (Ítem 33 a)

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	20%
a veces	80%
Nunca o casi nunca	0%

Requerimientos de adaptación (Ítem 33 b)

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	0%
a veces	80%
Nunca o casi nunca	20%

Requerimientos de iniciativas (Ítem 33 c)

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	0%
a veces	60%
Nunca o casi nunca	40%

Requerimientos de memorización (Ítem 33 d)

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	0%
a veces	80%
Nunca o casi nunca	20%

Requerimientos de creatividad (Ítem 33 e)

Siempre o casi siempre	0%
------------------------	----

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

a menudo	0%
a veces	100%
Nunca o casi nunca	0%

Se producen exigencias emocionales en aquellas situaciones en las que el desempeño de la tarea conlleva un esfuerzo que afecta a las emociones que el trabajador puede sentir. Con carácter general, tal esfuerzo va dirigido a reprimir los sentimientos o emociones y a mantener la compostura para dar respuesta a las demandas del trabajo, por ejemplo en el caso de trato con pacientes, clientes, etc.

El esfuerzo de ocultación de emociones puede también, en ocasiones, ser realizado dentro del propio entorno de trabajo; hacia los superiores, subordinados,...

Las exigencias emocionales pueden derivarse también del nivel de implicación, compromiso o involucración en las situaciones emocionales que se derivan de las relaciones interpersonales que se producen en el trabajo y, de forma especial, de trabajos en que tal relación tiene un componente emocional importante (personal sanitario, docentes, servicios sociales, etc...)

Otra fuente de exigencia emocional es la exposición a situaciones de alto impacto emocional, aún cuando no necesariamente exista contacto con clientes.

La evaluación de las exigencias emocionales se hace a partir de los siguientes ítems:

Requerimientos de trato con personas (Ítem 33 f)

Siempre o casi siempre	20%
a menudo	60%
a veces	20%
Nunca o casi nunca	0%

Ocultación de emociones ante superiores (Ítem 34 a)

Siempre o casi siempre	80%
------------------------	-----

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

a menudo	0%
a veces	20%
Nunca o casi nunca	0%
No tengo, no trato	0%

Ocultación de emociones ante subordinados (Ítem 34 b)

Siempre o casi siempre	40%
a menudo	40%
a veces	0%
Nunca o casi nunca	20%
No tengo, no trato	0%

Ocultación de emociones ante compañeros (Ítem 34 c)

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	40%
a veces	60%
Nunca o casi nunca	0%
No tengo, no trato	0%

Ocultación de emociones ante clientes (Ítem 34 d)

Siempre o casi siempre	100%
a menudo	0%
a veces	0%
Nunca o casi nunca	0%
No tengo, no trato	0%

Exposición a situaciones de impacto emocional (Ítem 35)

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

Siempre o casi siempre	40%
a menudo	60%
a veces	0%
Nunca o casi nunca	0%

Demandas de respuesta emocional (Ítem 36)

Siempre o casi siempre	20%
a menudo	20%
a veces	60%
Nunca o casi nunca	0%

Variedad / Contenido del trabajo

Rango	Media	Desviación típica	Mediana
0-69	22	11.30	25.00

Situación adecuada	Riesgo moderado	Riesgo elevado	Riesgo muy elevado
4	1	0	0

Este factor comprende la sensación de que el trabajo tiene un significado y utilidad en sí mismo, para el trabajador, en el conjunto de la empresa y para la sociedad en general, siendo, además, reconocido y apreciado y ofertando al trabajador un sentido más allá de las contraprestaciones económicas.

Este factor es medido mediante una serie de ítems que estudian en qué medida el trabajo está diseñado con tareas variadas y con sentido, se trata de un trabajo importante y goza del reconocimiento del entorno del trabajador.

Los ítems que comprenden este factor son:

Trabajo rutinario (Ítem 37)

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	20%
a veces	40%
Nunca o casi nunca	40%

Sentido del trabajo (Ítem 38)

Siempre o casi siempre	40%
a menudo	40%
a veces	20%
Nunca o casi nunca	0%

Contribución del trabajo (Ítem 39)

Siempre o casi siempre	20%
a menudo	40%
a veces	20%
Nunca o casi nunca	20%

UNIVERSITAS
Miguel
Hernández

Reconocimiento del trabajo por superiores (Ítem 40 a)

Siempre o casi siempre	20%
a menudo	60%
a veces	20%
Nunca o casi nunca	0%
No tengo, no trato	

Reconocimiento del trabajo por compañeros (Ítem 40 b)

Siempre o casi siempre	40%
a menudo	0%

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

a veces	60%
Nunca o casi nunca	0%
No tengo, no trato	0%

Reconocimiento del trabajo por clientes (Ítem 40 c)

Siempre o casi siempre	100%
a menudo	0%
a veces	0%
Nunca o casi nunca	0%
No tengo, no trato	0%

Reconocimiento del trabajo por familia (Ítem 40 d)

Siempre o casi siempre	80%
a menudo	20%
a veces	0%
Nunca o casi nunca	0%
No tengo, no trato	0%

UNIVERSITAS
Miguel
Hernández

Participación / Supervisión

Rango	Media	Desviación típica	Mediana
4-87	69.80	10.83	74.00

Situación adecuada	Riesgo moderado	Riesgo elevado	Riesgo muy elevado
0	0	0	<u>5</u>

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

Este factor recoge dos formas de las posibles dimensiones del control sobre el trabajo; el que ejerce el trabajador a través de su participación en diferentes aspectos del trabajo y el que ejerce la organización sobre el trabajador a través de la supervisión de sus quehaceres.

Así, la “supervisión” se refiere a la valoración que el trabajador hace del nivel de control que sus superiores inmediatos ejercen sobre aspectos diversos de la ejecución del trabajo.

La “participación” explora los distintos niveles de implicación, intervención y colaboración que el trabajador mantiene con distintos aspectos de su trabajo y de la organización.

Los ítems que comprenden este factor son:

Participación en la introducción de cambios en equipos y materiales (Ítem 11 a)

Puedo decidir	0%
Se me consulta	40%
Sólo recibo información	0%
Ninguna participación	60%

Participación en la introducción de métodos de trabajo (Ítem 11 b)

Puedo decidir	40%
Se me consulta	0%
Sólo recibo información	0%
Ninguna participación	60%

Participación en el lanzamiento de nuevos productos (Ítem 11 c)

Puedo decidir	40%
Se me consulta	0%
Sólo recibo información	60%
Ninguna participación	40%

Participación en la reorganización de áreas de trabajo (Ítem 11 d)

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

Puedo decidir	0%
Se me consulta	0%
Sólo recibo información	0%
Ninguna participación	100%

Participación en la introducción de cambios en la dirección (Ítem 11 e)

Puedo decidir	0%
Se me consulta	0%
Sólo recibo información	0%
Ninguna participación	100%

Participación en contrataciones de personal (Ítem 11 f)

Puedo decidir	0%
Se me consulta	0%
Sólo recibo información	0%
Ninguna participación	100%

Participación en la elaboración de normas de trabajo (Ítem 11 g)

Puedo decidir	0%
Se me consulta	0%
Sólo recibo información	0%
Ninguna participación	100%

Supervisión sobre los métodos (Ítem 12 a)

No interviene	100%
insuficiente	0%
adecuada	0%

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

excesiva	0%
----------	----

Supervisión sobre la planificación (Ítem 12 b)

No interviene	0%
insuficiente	60%
adecuada	0%
excesiva	40%

Supervisión sobre el ritmo (Ítem 12 c)

No interviene	0%
insuficiente	0%
adecuada	0%
excesiva	100%

Supervisión sobre la calidad (Ítem 12 d)

No interviene	0%
insuficiente	80%
adecuada	20%
excesiva	0%

Interés por el trabajador / Compensación

Rango	Media	Desviación típica	Mediana
0-73	39.80	11.19	37.00

Situación adecuada	Riesgo moderado	Riesgo elevado	Riesgo muy elevado
--------------------	-----------------	----------------	--------------------

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

4	0	1	0
---	---	---	---

El interés por el trabajador hace referencia al grado en que la empresa muestra una preocupación de carácter personal y a largo plazo por el trabajador. Estas cuestiones se manifiestan en la preocupación de la organización por la promoción, formación, desarrollo de carrera de sus trabajadores, por mantener informados a los trabajadores sobre tales cuestiones así como por la percepción tanto de seguridad en el empleo como de la existencia de un equilibrio entre lo que el trabajador aporta y la compensación que por ello obtiene.

Los ítems que comprendes este factor son:

-Información sobre la formación (Ítem 13 a):

No hay información	20%
insuficiente	80%
es adecuada	0%

Información sobre las posibilidades de promoción (Ítem 13 b)

No hay información	20%
insuficiente	20%
es adecuada	60%

Información sobre requisitos para la promoción (Ítem 13 c)

No hay información	20%
insuficiente	0%
es adecuada	80%

Información sobre la situación de la empresa (Ítem 13 d)

No hay información	40%
--------------------	-----

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

insuficiente	60%
es adecuada	0%

Facilidades para el desarrollo profesional (Ítem 41)

adecuadamente	20%
regular	60%
insuficiente	20%
No existe posibilidad de desarrollo profesional	0%

-Valoración de la formación (Ítem 42)

adecuadamente	0%
regular	20%
insuficiente	60%
No existe posibilidad de desarrollo profesional	20%

Equilibrio entre esfuerzo y recompensas (Ítem 43)

adecuadamente	0%
regular	20%
insuficiente	60%
No existe posibilidad de desarrollo profesional	20%

-Satisfacción con el salario (Ítem 44)

adecuadamente	0%
regular	80%
insuficiente	20%
No existe posibilidad de desarrollo profesional	0%

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

Desempeño de rol

Rango	Media	Desviación típica	Mediana
1-109	53.20	8.14	49.00

Situación adecuada	Riesgo moderado	Riesgo elevado	Riesgo muy elevado
0	0	3	2

Este factor considera los problemas que pueden derivarse de la definición de los cometidos de cada puesto de trabajo. Comprende dos aspectos fundamentales:

-la claridad de rol: ésta tiene que ver con la definición de funciones y responsabilidades (qué debe hacerse, cómo, cantidad de trabajo esperada, calidad del trabajo, tiempo asignado y responsabilidad del puesto). -el conflicto de rol; hace referencia a las demandas incongruentes, incompatibles o contradictorias entre sí o que pudieran suponer un conflicto de carácter ético para el trabajador.

El método aborda este factor a partir de los siguientes ítems:

-Especificaciones de los cometidos (Ítem 14 a)

Muy clara	40%
clara	40%
poco clara	20%
nada clara	0%

Especificaciones de los procedimientos (Ítem 14 b)

Muy clara	0%
clara	0%
poco clara	60%

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

nada clara	40%
------------	-----

Especificaciones de la cantidad de trabajo (Ítem 14 c)

Muy clara	80%
clara	20%
poco clara	0%
nada clara	0%

-Especificaciones de la calidad e trabajo (Ítem 14 d)

Muy clara	0%
clara	20%
poco clara	60%
nada clara	20%

Especificaciones de los tiempos de trabajo (Ítem 14 e)

Muy clara	100%
clara	0%
poco clara	0%
nada clara	0%

Especificaciones de la responsabilidad del puesto (Ítem 14f)

Muy clara	0%
clara	40%
poco clara	20%
nada clara	20%

Tareas irrealizables (Ítem 15 a)

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	20%
a veces	80%
nunca o casi nunca	0%

Procedimientos de trabajo incompatibles con objetivos (Ítem 15 b)

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	0%
a veces	40%
nunca o casi nunca	60%

Conflictos morales (Ítem 15 c)

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	100%
a veces	0%
nunca o casi nunca	0%

Instrucciones contradictorias (Ítem 15 d)

Siempre o casi siempre	20%
a menudo	60%
a veces	20%
nunca o casi nunca	0%

Asignación de tareas que exceden el cometido del puesto (Ítem 15 e)

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	60%
a veces	40%

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

nunca o casi nunca	0%
--------------------	----

Relaciones y apoyo social

Rango	Media	Desviación típica	Mediana
0-97	40.00	8.15	40.00

Situación adecuada	Riesgo moderado	Riesgo elevado	Riesgo muy elevado
0	1	1	3

El factor Relaciones Interpersonales se refiere a aquellos aspectos de las condiciones de trabajo que se derivan de las relaciones que se establecen entre las personas en los entornos de trabajo. Recoge este factor el concepto de “apoyo social”, entendido como factor moderador del estrés, y que el método concreta estudiando la posibilidad de contar con apoyo instrumental o ayuda proveniente de otras personas del entorno de trabajo (jefes, compañeros,...) para poder realizar adecuadamente el trabajo, y por la calidad de tales relaciones.

Igualmente, las relaciones entre personas pueden ser origen, con distintas frecuencias e intensidades, de situaciones conflictivas de distinta naturaleza (distintas formas de violencia, conflictos personales,..., ante las cuales, las organizaciones pueden o no haber adoptado ciertos protocolos de actuación.

Los ítems con que el método aborda estas cuestiones son:

-Apoyo social instrumental de distintas fuentes (Ítem 16 a- 16 d)

16 a ¿puedes contar con tus jefes?

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	0%

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

a veces	60%
nunca o casi nunca	40%
No tengo, no hay otras personas	

16 b ¿puedes contar con tus compañeros?

Siempre o casi siempre	80%
a menudo	20%
a veces	0%
nunca o casi nunca	0%
No tengo, no hay otras personas	0%

16 c ¿puedes contar con tus subordinados?

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	40%
a veces	40%
nunca o casi nunca	20%
No tengo, no hay otras personas	0%

16 d ¿puedes contar con otras personas que trabajan en la empresa?

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	0%
a veces	0%
nunca o casi nunca	40%
No tengo, no hay otras personas	60%

Calidad de las relaciones (Ítem 17)

Buenas	60%
--------	-----

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

regulares	40%
malas	0%
no tengo compañeros	0%

Exposición a conflictos interpersonales (Ítem 18 a)

Raras veces	0%
Con frecuencia	60%
constantemente	40%
no existen	0%

Exposición a violencia física (Ítem 18 b)

Raras veces	0%
Con frecuencia	0%
constantemente	0%
no existen	100%

Exposición a violencia psicológica (Ítem 18 c)

Raras veces	20%
Con frecuencia	60%
constantemente	20%
no existen	0%

Exposición a acoso sexual (Ítem 18 d)

Raras veces	0%
Con frecuencia	0%
constantemente	0%
no existen	100%

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

Gestión de la empresa de las situaciones de conflicto (Ítem 19) Sólo a título descriptivo

deja que sean los implicados quienes solucionen el tema	20%
pide a los mandos de los afectados que traten de buscar una solución al problema	0%
tiene establecido un procedimiento formal de actuación	0%
no lo sé	80%

Exposición a discriminación (Ítem 20)

Siempre o casi siempre	0%
a menudo	20%
a veces	40%
nunca o casi nunca	40%

B) Resultados del análisis de los cuestionarios de Burnout

B.1 Cuestionario Burnout NTP 723 (8):

0 Nunca / Ninguna vez

1 Casi nunca/ Pocas veces al año

2 Algunas Veces / Una vez al mes o menos

3 Regularmente / Pocas veces al mes

4 Bastantes Veces / Una vez por semana

5 Casi siempre / Pocas veces por semana

6 Siempre / Todos los días

CUESTIONARIO

1. Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo (A)

2. Estoy "consumido" al final de un día de trabajo (A)

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

3. Estoy cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día en mi puesto de trabajo (A)
4. Trabajar todo el día es una tensión para mí (A)
5. Puedo resolver de manera eficaz los problemas que surgen en mi trabajo (E)
6. Estoy "quemado" por el trabajo (A)
7. Contribuyo efectivamente a lo que hace mi organización (E)
8. He perdido interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto (C)
9. He perdido entusiasmo por mi trabajo (C)
10. En mi opinión soy bueno en mi puesto (E)
11. Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo (E)
12. He conseguido muchas cosas valiosas en este puesto (E)
13. Me he vuelto más cínico respecto a la utilidad de mi trabajo (C)
14. Dudo de la trascendencia y valor de mi trabajo (C)
15. En mi trabajo, tengo la seguridad de que soy eficaz en la finalización de las cosas (E)

$$\text{Agotamiento} = (A)/5$$

$$\text{Cinismo} = (C)/4$$

$$\text{Eficacia profesional} = (E)/6$$

Tabla 3. Datos normativos para la corrección de las puntuaciones de las escalas de burnout (N= 1.963)

		Agotamiento	Cinismo	Eficacia profesional
Muy bajo	>5%	<0.4	<0.2	<2.83

Síndrome Burnout en Fisioterapeutas de CEE

Bajo	5-25%	0.5-1.2	0.3-0.5	2.83-3.83
Medio bajo	25-50%	1.3-2	0.6-1.24	3.84-4.5
Medio alto	50-75%	2.1-2.8	1.25-2.25	4.51-5.16
Alto	75-95%	2.9-4.5	2.26-4	5.17-5.83
Muy alto	>95%	>4.5	>4	>5.83

B.2 Resultados:

A la hora de pasar los cuestionarios hemos identificado a los sujetos de forma numérica en función de su edad. Los resultados obtenidos son los siguientes

-Sujeto 32:

$$\text{Agotamiento} = (A)/5 \text{ -----} 15/5=3 \text{ ALTO (2,9 - 4,5)}$$

$$\text{Cinismo} = (C)/4 \text{ -----} 8/4=2 \text{ MEDIO ALTO (1,25 - 2,25)}$$

$$\text{Eficacia profesional} = (E)/6 \text{ -----} 29/6=4.83 \text{ MEDIO ALTO (4,51 - 5,16)}$$

Sujeto 36:

$$\text{Agotamiento} = (A)/5 \text{ -----} 20/5=4 \text{ ALTO (2.9-4.5)}$$

$$\text{Cinismo} = (C)/4 \text{ -----} 14/4=3.5 \text{ ALTO (2,26-4)}$$

$$\text{Eficacia profesional} = (E)/6 \text{ ---} 26/6=4.3 \text{ MEDIO BAJO (3,84 - 4,5)}$$

Sujeto 37:

$$\text{Agotamiento} = (A)/5 \text{ -----} 24/5=4.8 \text{ MUY ALTO (> 4,5)}$$

$$\text{Cinismo} = (C)/4 \text{ -----} 11/4=2.75 \text{ ALTO (2,26-4)}$$

$$\text{Eficacia profesional} = (E)/6 \text{ ----} 15/6=2.5 \text{ MUY BAJO (< 2.83)}$$

Sujeto 42:

$$\text{Agotamiento} = (A)/5 \text{ -----} 13/5=2.6 \text{ MEDIO ALTO (2,1 - 2,8)}$$

$$\text{Cinismo} = (C)/4 \text{ -----} 8/4=2 \text{ MEDIO ALTO (1,25 - 2,25)}$$

$$\text{Eficacia profesional} = (E)/6 \text{ ---} 28/6=4.6 \text{ MEDIO BAJO (4,51 - 5,16)}$$

Sujeto 45:

Agotamiento = $(A)/5$ ----- $14/5=2.8$ MEDIO ALTO (2.1-2.8)

Cinismo = $(C)/4$ ----- $11/4=2.75$ ALTO (2,26-4)

Eficacia profesional = $(E)/6$ --- $17/6=2.8$ BAJO (2,83 - 3,83)

Nos encontramos con los siguientes resultados:

- Agotamiento: 1 sujeto “MUY ALTO”(sujeto 37)
2 sujetos “ALTO” (sujetos 32 y 36)
2 sujetos “MEDIO ALTO” (sujeto 42 y 45)
- Cinismo: 3 sujetos “ALTO”(sujetos 36, 37 y 45)
2 sujetos “MEDIO ALTO” (sujetos 32 y 42)
- Eficacia profesional: 1 sujeto “MUY BAJO” (sujeto 37)
1 sujeto “BAJO” (sujeto 45)
2 sujetos “MEDIO BAJO” (sujetos 36 y 42)
1 sujeto “MEDIO ALTO” (sujeto 32)

BIBLIOGRAFÍA

- (1) NTP 704. Burnout Definición y proceso, editada por el INSHT
- (2) Ortega,C. y López Rios,F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. Int J Clin Health Psychol 2004; 4(1):137-60
- (3) Olivar Castrillon,C., Gonzalez Moran,S., Martinez Suarez,M. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los medios de atención primaria de Asturias. Aten Primaria 1999; 23(6):352-59
- (4) J. Buendía y F. Ramos (Eds). Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide. (2001). pp 59-83
- (5) Fernández-López JA, Siegrist J, Rödel A, Hernández-Mejía R. El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? Aten Primaria 2003; 31: 524-26
- (6) Gil-Monte, Peíro. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. Anales de psicología. 1999; 15(2):261-68
- (7) Gonçalves Estella, J. Síndrome de Burn-out en el médico general. Medicina General 2002;43: 278-8
- (8) NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición. Editada por el INSHT
- (9) Sos Tena,P. Desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona. Medifam 2002; 12 (10): 613-619
- (10) NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención. Editada por el INSHT
- (11) V Jornadas AMMTAS salud laboral y salud mental. Evaluación del Riesgo Psicosocial. Métodos.2012
- (12) Bencomo, J. Paz,C., Liebster,E. Rasgos de personalidad, ajuste psicológico y síndrome de agotamiento en personal de enfermería. Invest.clín 2004; 45(2) 113-20
- (13) NTP318: El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral
- (14) Real Decreto 487/1997, sobre las disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañen riesgos, en particular dorsolumbar, para los trabajadores.
- (15) Ergonomía ambiental. Revista digital Inesem. <http://revistadigital.inesem.es/energia-medioambiente-prl/la-ergonomia-ambiental-i/>
- (16) NTP 926 Factores psicosociales: metodología de evaluación.

(17) Riesgos generales psicosociales y medidas preventivas.
http://www.amerc.es/cms/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=119&Itemid=75

(18) www.madridsalud.es/temas/estrés_laboral.php

