

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNANDEZ DE ELCHE

Evaluación del Síndrome de Burnout en Unidad Hospitalaria de Oncología.

Alumna: María José Cárcelos Jiménez

Tutora: M^a Dolores Marhuenda

23/06/2016

ÍNDICE

I. Introducción	
I.1 Factores psicosociales, factores psicosociales de riesgo y riesgos psicosociales. Consecuencias y repercusiones.....	3 a 11 pág.
I.2. Delimitación conceptual del Síndrome de Burnout.....	11 a 14 pág.
I.3. Prevención y control del Burnout asistencial.....	14 a 15 pág.
I.4. Instrumentos de evaluación del Burnout.....	16 a 19 pág.
II. Justificación.....	19 pág.
III. Objetivos.....	19 a 20 pág.
IV. Metodología.....	20 a 22 pág.
V. Resultados.....	22 a 28 pág.
VI. Conclusiones.....	28 a 29 pág.
VII. Bibliografía.....	30 a 32 pág.
VIII. Anexos.....	32 a 35 pág.
IX. Agradecimientos.....	35 pág.

I. Introducción

I.1 Factores psicosociales, factores psicosociales de riesgo y riesgos psicosociales. Consecuencias y repercusiones.

Como consecuencia de los cambios en las organizaciones y en el proceso de globalización actual, el estudio de los aspectos organizacionales y psicosociales ha adquirido un importante reconocimiento en el campo de los riesgos psicosociales, haciendo hincapié en la identificación, evaluación y control de los mismos con el fin de evitar riesgos no deseados para la salud y seguridad en el trabajo. [1,2]

“Los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud, en el rendimiento y en la satisfacción en el trabajo”. [OIT, 1986, p. 3]

Los factores psicosociales laborales son condiciones psicosociales de trabajo, las cuales pueden ser positivas o negativas. Cuando son positivas se consideran como adecuadas, facilitan el trabajo, el desarrollo de las habilidades y competencias personales en el sector laboral, prevalece una mayor satisfacción laboral, productividad y motivación en los trabajadores.

Los factores organizacionales se podrían considerar:

- Política y filosofía de la organización: Tienen una importante consideración la relación Trabajo-Familia, la gestión de los recursos humanos, la política de seguridad y salud, la responsabilidad social, la estrategia empresarial, etc
- Cultura de la organización: Incluyéndose la Política de Relaciones Laborales, la información Organizacional, la supervisión, Liderazgo, etc.
- Las Relaciones industriales: Es necesario mantener un clima laboral óptimo, que exista una representación sindical y convenios colectivos.

Los factores laborales son:

- Las condiciones laborales: caracterizadas por el tipo de contrato, el salario, la estabilidad del empleo, etc.

- El diseño del puesto de trabajo: organización y tipo de jornada, rotación de puestos, trabajo grupal, etc.
- Calidad del trabajo: uso de habilidades personales, demandas laborales, autonomía y capacidad de control, seguridad física en el trabajo, apoyo social, etc.

Los riesgos laborales psicosociales tienen una alta probabilidad de afectar de forma importante a la salud de los trabajadores y al funcionamiento empresarial a medio y largo plazo y se caracterizan por:

1. Afectan a los derechos fundamentales del trabajador. Los riesgos psicosociales no se basan en aspectos marginales o secundarias de las condiciones organizacionales del trabajo, son mucho más integrales refiriéndose a elementos básicos de las características personales del trabajador, como la dignidad de la persona, el derecho a la integridad física y personal, de su derecho a la libertad y derecho a la salud positiva y negativa.
2. Los riesgos psicosociales tienen efectos globales sobre la salud del trabajador. Los efectos de los factores psicosociales de riesgo actúan sobre la salud del trabajador a través del mecanismo de adaptación y respuesta al estrés. La violencia, el acoso laboral o el acoso sexual, son riesgos que pueden tener efectos principales y suelen afectar a la globalidad del funcionamiento de la persona que trabaja.
3. Afectan a la salud mental de los trabajadores. Los riesgos se definen por su capacidad para ocasionar daños a la salud, física y mental. Los riesgos psicosociales tienen repercusiones en la salud física de los trabajadores, pero donde realmente tienen especial relevancia es en la salud mental de los trabajadores. Aunque no puedan hacerse una diferenciación neta, los riesgos psicosociales, por su propia naturaleza, afectan de forma importante y global, a los procesos de adaptación de la persona y de su sistema de estabilidad y control de equilibrio mental. Diversos estudios (Cox, Griffiths y Leka, 2005; Cox y Rial-Gonzalez 2000), indican que la ansiedad, la depresión además de otras alteraciones mentales están asociados a la exposición a los riesgos psicosociales.

Los riesgos psicosociales mantenidos pueden provocar alteraciones de los procesos cognitivos, emocionales y conductuales.

Prevalecen los trastornos de depresión, suicidios o conductas parasuicidas como alteraciones más frecuentes.

4. Tienen formas de cobertura social. La importancia real de los riesgos psicosociales, su alta incidencia y la relevancia de sus consecuencias en la salud de los trabajadores ha obligado al desarrollo de una cobertura legal inicial y al desarrollo de una jurisprudencia sobre el tema.

Hablamos de factores psicosociales de riesgo o de estrés cuando los factores organizacionales y psicosociales de las empresas y organizaciones provocan respuestas de inadaptación y tensión que podrían afectar negativamente en la salud del trabajador.

Al igual que existe una amplia variedad de factores psicosociales, también existe un amplia variedad de factores psicosociales de riesgo o de estrés. La siguiente tabla recoge algunos ejemplos.

Factores de estrés psicosocial

Contenido del trabajo	Falta de variedad en el trabajo, ciclos cortos de trabajo, trabajo fragmentado y sin sentido, alta incertidumbre, etc.
Sobrecarga y ritmo	Cantidad de trabajo, ritmo del trabajo, automatización, etc.
Horarios	Cambio de turnos, cambio nocturno, horarios inflexibles, horario de trabajo imprevisible, jornadas largas o sin tiempo para la interacción
Control	Baja participación en la toma de decisiones, baja capacidad de control sobre la carga de trabajo, y otros factores laborales.
Ambiente y lugar de trabajo	Condiciones malas de trabajo, equipos de trabajo inadecuados, ausencia de mantenimiento de los equipos, falta de espacio personal...

Cultura organizacional y funciones	Mala comunicación interna, bajos niveles de apoyo, falta de definición de las propias tareas o de acuerdo en los objetivos organizacionales
Rol en la organización	Ambigüedad de rol, conflicto de rol y responsabilidad sobre personas
Relación Trabajo-Familia	Demandas conflictivas entre el trabajo y la familia Bajo apoyo familiar.

Principales riesgos psicosociales

➤ El estrés

Debido a la importancia directa e indirecta del estrés dentro del marco laboral el estudio sobre el mismo y el desarrollo de modelos sobre sus fuentes principales han sido múltiples, especialmente a partir de la segunda mitad del siglo XX.

El estrés puede ser positivo (eustrés) y también puede ser negativo (distrés). Por tanto el eustrés se podría definir como la respuesta positiva del organismo ante una situación que se considera como amenaza, y el distrés es la situación contraria, cuando el organismo considera las demandas del exterior como situaciones peligrosas que permiten romper el equilibrio del individuo, llegando a producir en él situaciones y respuestas negativas.

No existe una legislación específica acerca del estrés laboral, pero sí existen planteamientos legales laborales generales que aluden a los límites de la carga de trabajo. La jurisprudencia española en diferentes actuaciones ha considerado al estrés como causa de diversos trastornos conductuales y personales. Ante la imposibilidad legal de incluirlo como enfermedad profesional, la jurisprudencia ha optado por considerarlo accidente laboral, un daño a la salud causado por el trabajo.

Es considerado como el riesgo psicosocial más importante, ya que regula la respuesta general del individuo ante los factores psicosociales.

La OMS define el estrés como “el conjunto de reacciones fisiológicas, que preparan al organismo para la acción”. El estrés laboral es uno de los problemas de salud más graves en la actualidad, y uno de los grupos más afectados lo constituye el personal de enfermería. [1]

Se puede apreciar el estrés temporal o crónico, ambos tienen importantes consecuencias sobre la salud, ya que son el resultado del estado de agotamiento del organismo ante las respuestas para solucionar los estados que percibe el individuo como problemas o amenaza. Existen otras modalidades complementarias como el estrés agudo o postraumático. El modelo transaccional (Lazarus y Folkman, 1986) expone la importancia que tienen la moderación o mediación de las variables personales, psicológicas y organizativas en la respuesta al estrés. La respuesta emitida por cada persona ante la fuente de estrés es personal, peculiar en cada caso tanto en su intensidad como en su modalidad. [2]

➤ **Violencia**

Es considerado como el segundo riesgo psicosocial en orden de importancia, ya que ha crecido en los últimos años de forma considerable. Sus repercusiones sobre la vida laboral son amplias abarcando desde las afectaciones físicas como las mentales.

El trabajo actual supone contextos ambientales de trabajo, el manejo de materiales altamente valiosos y la interacción con personas en situaciones imprevistas que hacen posible la aparición de distintas formas de violencia, incluidos atracos y asaltos.

La OMS la define como el uso intencional del poder, amenaza o efectivo, contra otra persona o un grupo, en circunstancias relacionadas con el trabajo, que cause o tiene un alto grado de probabilidad de causar lesiones, muerte, daño psicológico, mal desarrollo o privación. Se distinguen dos formas de violencia la física y psicológica.

Atendiendo a la clasificación aportada sobre la California Occupational Safety and Health Administration (1995) se pueden apreciar la violencia en tres categorías:

Violencia de tipo I. Actos violentos procedentes de personas que no están relacionadas con el propio trabajo. Es un tipo de violencia caracterizada con ocasión de robos, asaltos y atracos en el lugar de trabajo.

Violencia de tipo II. Actos violentos provenientes de los clientes a quienes se atiende o se presta servicio. Es el tipo de violencia vinculado a la reclamación o exigencia de supuestos derechos.

Violencia de tipo III. Actos violentos que provienen de compañeros o superiores del propio lugar de trabajo. Es el tipo de violencia asociado a la aparición de conflictos laborales de tipo organizacional o personal.

➤ Acoso laboral

El concepto de hostigamiento laboral -también conocido como mobbing, bullying, intimidación, acoso moral en el trabajo y terror psicológico- es un nuevo término en la psicología social de las organizaciones que ha sido estudiado en la última década por investigadores europeos.

El mobbing o acoso laboral es considerado actualmente uno de los riesgos laborales: la violencia en el lugar de trabajo. El concepto de violencia va más allá de la agresión física e incluye otras conductas que pueden intimidar a quien las sufre. Así, la violencia en el lugar de trabajo le incorpora a las agresiones físicas la existencia de conductas verbales o físicas amenazantes, intimidatorias, abusivas o de acoso (Luna, 2003).

En el ámbito psicosocial la persona experimenta estrés laboral, depresión, irritación, manifestaciones psicosomáticas, baja autoestima y ansiedad. Generalmente cuando las personas acuden a consulta médica o psicológica son diagnosticadas con depresión, ansiedad y estrés postraumático (Boada et. al, 2003).

Es importante establecer estrategias que evalúen y controlen el nivel de hostigamiento personal.

➤ Acoso sexual

Surge de la época de los sesenta con el resurgimiento feminista y su reclamación de los derechos civiles, fundamentalmente en los Estados Unidos de América. Fue en USA, basándose en el concepto de discriminación sexual, dónde comenzó el planteamiento legal del acoso sexual (Sheffey y Tindale, 1992).

El documento de la OIT (Organización Internacional del Trabajo) “la lucha contra el acoso sexual en el trabajo” delinea con claridad el nuevo marco conceptual, jurídico, laboral y social del acoso sexual (INSHT, 1995).

En el artículo 15 de la Constitución Española se reconoce el derecho a la integridad física y psicológica de toda persona y en el art. 18 aparece de forma clara el derecho a la intimidad de todo ciudadano.

➤ Inseguridad contractual

La inseguridad laboral ha existido siempre, pero las nuevas condiciones empresariales, la globalización y el cambio de las perspectivas productivas ha hecho que la inseguridad laboral sea convertida en un riesgo laboral de gran índole.

La inseguridad laboral podría definirse como una preocupación general acerca de la existencia del trabajo en el futuro, y también como una amenaza percibida de características de trabajo diferentes, tales como la posición dentro de una organización o las oportunidades de carrera. Rodgers y Rodgers, (1989) consideran que trabajo precario es aquel en el que hay un bajo nivel de certeza acerca de su continuidad, bajo control sobre el trabajo, escaso nivel de protección frente al desempleo o discriminación e insuficiente remuneración. Así la inseguridad laboral se ha descrito como uno de los riesgos laborales más importantes (De Witte, 1999; Goudswaard y Andries, 2002).

La inseguridad laboral de los trabajadores depende de la percepción de la solvencia de la propia organización empresarial.

El tipo de contrato parece ser uno de los indicadores más importantes de la inseguridad laboral. [1]

Según afirman los datos en España, uno de los problemas endémicos del mercado de trabajo ha consistido en los altos índices del mercado temporal, superiores a la media europea, del 33% en 2005 y del 41% en 2010.

La incertidumbre del futuro es una de las mayores fuentes de ansiedad y miedo, especialmente cuando no son exclusivamente personales, sino que incluyen también a la familia.

➤ El Burnout o desgaste profesional

El desgaste profesional consiste en el resultado de un proceso de estrés crónico laboral y organizacional que termina en un estado de agotamiento emocional y de fatiga desmotivante para las tareas laborales.

Como definió Maslach y Jackson (1986, p.1) “El burnout es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede aparecer en personas que trabajan con gente de alguna forma.”

Este desgaste profesional será el objeto de estudio del proyecto, se desarrollará posteriormente.

En este sentido, el desgaste profesional es el resultado de la combinación del trabajo profesional y las situaciones laborales específicas.

Características de los factores psicosociales de riesgo

- Se extienden en el espacio y tiempo.

Con diferencia del resto de los otros riesgos, de seguridad, higiene, ergonomía, los riesgos psicosociales no tienen una localización propia, ya que factores como una cultura organizacional, el estilo de liderazgo, la carga de trabajo, entre otros, no tienen un lugar y momento concreto.

- Dificultad de objetivación

VARIABLES COMO EL RUIDO, LAS VIBRACIONES, LA TEMPERATURA TIENEN UNIDADES DE MEDIDAS PROPIAS, PERO CIERTOS ELEMENTOS COMO EL ROL, LA COHESIÓN GRUPAL, LA CARGA DE TRABAJO, EL RENDIMIENTO PERSONAL NO LAS TIENE. UNO DE LOS GRANDES INCONVENIENTES ES ENCONTRAR MEDIDAS OBJETIVAS.

- Afectan a los otros riesgos.

El trabajador es una unidad funcional en la que todos los factores externos interrelacionados acaban afectando en la integridad de la persona, a la vez repercutiendo en los factores ergonómicos, de higiene y seguridad.

- Escasa cobertura legal.

El desarrollo de la legislación sobre los riesgos laborales se ha trabajado de modo general relacionado con la prohibición de que puedan dañar a la salud, lo que suele ser inefectivo para los empresarios, para los trabajadores y para la misma inspección del estado.

- Están moderados por otros factores.

Los factores psicosociales afectan al trabajador a través de sus propias características personales. Citando a la OIT, los factores psicosociales de riesgo están mediados por la percepción, la experiencia y la biografía personal. La variable personal tiene un papel decisivo (la carga de trabajo, el optimismo, la motivación del logro...)

- Dificultad de la intervención.

Los riesgos provenientes de la ergonomía, seguridad o higiene son normalmente fáciles de abordar, al respecto de los que proceden de los factores psicosociales ya que existen menos soluciones técnicas para tratar estas situaciones.

Los resultados técnicamente no resultan tan claros y sus efectos a medio y largo plazo tampoco lo son. [2]

La intervención psicosocial suele requerir plazos no inmediatos y resultados no asegurados, lo que aumenta la resistencia de los responsables a intervenciones costosas sin resultados

asegurados. Con todo ello, la dificultad no disminuye la necesidad de la intervención sino que la hace más importante. [2]

Basándonos en lo anterior expuesto, podemos decir que existe una estrecha relación entre los factores psicosociales de riesgo y el daño en la salud.

En España, la relevancia de los factores psicosociales surge de la implantación del RD39/1997 de los Servicios de Prevención, no se abordan concretamente los riesgos específicos pero establece de forma taxativa en su artículo 14 parágrafo 2, la obligación del empresario de “garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo”, factores psicosociales incluidos.

I.2. Delimitación conceptual del Síndrome de Burnout

El término de Burnout fue descrito por primera vez por Freudenberger en 1974, quien lo definió como “un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa o forma de vida, que no produce la suficiente gratificación o esfuerzo” [5].

Unos años después aparecieron los conceptos acuñados por Maslach y Jackson en 1981, quienes definieron el síndrome “como una respuesta al estrés crónico formada por tres factores fundamentales: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal” [4].

El burnout es un síndrome de naturaleza psicosocial que mantiene una estrecha relación con las condiciones negativas de la actividad y organización en el mundo laboral. [5]

El síndrome de burnout puede describirse como el estado de agotamiento general por la propia actividad que se convierte en monótona, prestar cuidados a otras personas, persistiendo la relación sanitario-paciente con el contacto directo hacia los mismos.

El concepto de burnout implica tres estados principales:

1. Agotamiento emocional. Caracterizado por una disminución y pérdida de los recursos emocionales.
2. Despersonalización o deshumanización(o cinismo). Predominan el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad hacia los pacientes del servicio sanitario.
3. Baja realización personal. Que consiste en la percepción del trabajo de manera negativa; los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos y presentan baja autoestima profesional [8,11,12,13]

El cuadro clínico puede iniciarse con un desequilibrio leve entre las demanda laboral y entre los recursos disponibles por parte del individuo para afrontar la situación llegando a romper el equilibrio y creando una situación de estrés agudo.

Seguidamente se manifiesta un sobreesfuerzo para adaptarse a la situación mantenida. Esta situación se considera de grado moderado. El individuo presenta insomnio, déficit en la atención y en la concentración.

A continuación, se da propiamente el Síndrome de Burnout, es considerado como un estado grave, donde se desarrolla aversión por la tarea, cinismo hacia la profesión y los pacientes, lo cual lleva a mayor ausentismo laboral y frecuentemente al abuso de alcohol y fármacos.

Y finalmente el individuo deteriorado psicofísicamente se convierte en una víctima desbordado por la situación tan extrema, no encontrándose apto para la realización de su labor, que es la de prestar cuidados a otras personas, con crisis existenciales severas que llevan al aislamiento, depresión crónica o enfermedades psicosomáticas. [8,21]

Es de una gran importancia el estudio del síndrome del trabajador quemado, ya que ese estado repercute de una forma directa sobre la calidad de vida laboral, con lo que a su vez ello conlleva, bajas laborales por afectaciones psicológicas, disminución en la productividad, entre otras, además de las carencias o déficits sobre la calidad de los cuidados y servicios prestados, y las relaciones sociales de los profesionales de la salud con los pacientes y sus familiares.

La frecuencia de este síndrome ha sido elevada lo que motivo que la Organización Mundial de la Salud en al año 2000 lo calificara de riesgo laboral. [7,8]

El estrés causado en los profesionales de la salud está originado por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Son profesionales en los que inciden factores estresantes como la escasez de personal, que genera sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, con el dolor y con la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas, etc.[6]

Existen tres modelos comúnmente usados para explicar el síndrome de quemarse por el trabajo. [6]

- Modelos desarrollados en el marco de la teoría sociocognitiva del yo.

En este modelo las variables de autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto, altruismo e idealismo entre otras, desempeñan un papel fundamental en este síndrome. La mayoría de los individuos que empiezan a trabajar están altamente motivados al implicarse de una forma

manifiesta en los problemas de los pacientes. Tienen un sentimiento elevado de altruismo y se autoexigen la consecución de los objetivos propuestos con lo cual se culpabilizan de no conseguirlo, experimentando una sensación de no realización personal; En esta modalidad se adhieren los factores de ayuda, que aumentan la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social del individuo. Por el contrario, los factores barrera dificultan la consecución de los objetivos, disminuyen los sentimientos de autoeficacia y, con el tiempo, se origina el síndrome de quemarse por el trabajo. [Gil-Monte y Peiró, 1997].

- Modelos elaborados desde las teorías del intercambio social.

Tiene su etiología en las percepciones que desarrollan los individuos en el proceso de comparación social en las relaciones interpersonales tanto a nivel de compañeros como con los pacientes o familiares, el apoyo entre ellos, etc.

- Modelos elaborados desde la teoría organizacional.

Incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Es importante que exista una buena armonía en el sistema burocrático profesional.

- Modelos basados en el apoyo social

Se incluyen los cambios de rol, las nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, etc.

El apoyo social en el trabajo afecta de manera importante a la percepción que el individuo tiene de la estructura organizacional.

Existen varias manifestaciones que hacen alarmarse sobre el cuadro clínico del Síndrome del trabajador quemado:

1. Negación: la persona afectada es la última en aceptar que tiene el problema.
2. Aislamiento: es frecuente que la persona afectada se retire del medio familiar más cercano.
3. Ansiedad: es la sensación persistente que tiene el individuo de tensión en el medio de trabajo de que las cosas no van a salir bien.
4. Miedo o temor: una sensación poderosa de temor de acudir al trabajo.
5. Depresión: este es uno de los problemas cada vez más comunes en este síndrome y puede llevar al suicidio [9,10].
6. Ira: las manifestaciones de esto incluyen perder la calma y el control, manifestando un malestar y disgusto al tratar con compañeros, resto del personal o con los pacientes.
7. Fuga o anulación: el profesional llega tarde o muestra un desinterés en el trabajo.

8. Adicciones: se inicia o aumenta el empleo de sustancias, que pueden ser prohibidas o no prohibidas.
9. Cambios de personalidad: hay una incapacidad para poder confiar en el profesional.
10. Culpabilidad: sienten que lo que desarrollan es prácticamente inalcanzable o no conseguido autoculpandose.
11. Cargas excesivas de trabajo: el aceptar varios turnos o pasar mucho tiempo en el hospital para comprobar que todo está bien es otra manifestación de autonegación.
12. Comportamiento riesgoso: actitudes del personal no característicos que se consideran inapropiados, impulsivos, etc.
13. Sensación de estar desbordado y con desilusión: se aprecia la desmotivación, falta de entusiasmo, que puede llegar a causar en la persona fatiga crónica.
14. Abandono de sí mismo: Se presenta un cambio en los hábitos de higiene y cuidado personal, así como de alimentación.
15. Pérdida de la memoria y desorganización: Es típico de este síntoma la pérdida de concentración y memoria. [9]

I.3.Prevenición y control del Burnout asistencial

Las consecuencias de este problema son múltiples, tanto en el ámbito personal como organizacional, encontrándose mayor riesgo de sufrir enfermedades psiquiátricas, mayor facilidad para la adicción a drogas, ausentismo laboral, dificultades para trabajar en grupo, alta movilidad laboral, disminución del rendimiento laboral, mayor posibilidad de errores, alteraciones en la memoria y aprendizaje e inclusive trastornos de índole sexual [14,15,16,17]

Las medidas para el tratamiento del síndrome de burnout son distintas si hablamos de un trastorno leve o grave. Si es leve se implantan medidas como cambio de hábitos de vida.

Hillert y Marwitz [18] afirman que el tratamiento se centra en tres factores:

1. Alivio del estrés.
2. Recuperación mediante técnicas de relajación y práctica de deporte.
3. Vuelta a la realidad, esto es en términos de abandono de las ideas de idealismo y perfección.

Si la manifestación es grave, ya sería necesario el uso de antidepresivos en combinación con la psicoterapia.

Además de las medidas anteriormente mencionadas es necesario establecer políticas orientadas a la promoción de la salud en el trabajo, la introducción de modelos de tiempo de trabajo, el conocimiento de uno mismo, mantener buenos hábitos, alimenticios, incorporar el ejercicio como estilo de vida, buenos hábitos de sueño, etc.

Es necesario la realización de actividades que no tenga relación directa con el trabajo, actividades de ocio y tiempo libre, también deben tener periodos de descanso vacacional. [19]

Es necesario hacer frente al síndrome de burnout mediante la reestructuración cognitiva que permita combatir los pensamientos generadores de la situación aversiva y que ayude a dotar al individuo de estrategias de afrontamiento efectivas para superar su situación. Es importante

Para reducir los efectos de la tensión laboral se han planteado diferentes estrategias como identificar el síndrome de burnout, que exista comunicación, relajación, enseñar estrategias de afrontamiento, etc. [20]

El síndrome de burnout también se puede controlar a partir del apoyo emocional (relacionado con el afecto, confianza y preocupación que un individuo experimenta proveniente de otro), apoyo instrumental (recursos materiales económicos o de servicio con los que cuenta el profesional), apoyo informativo (permite a un sujeto conocer una situación y poseer unos instrumentos para afrontarlo) y apoyo evaluativo (es un feed-back de las acciones que el profesional va emprendiendo y le permite procesar su efectividad).[22,23,24].

Dentro de este campo del trabajador quemado es muy necesario el apoyo social para manejarse y enfrentarse a los estresores cotidianos, eventos vitales o tensiones crónicas. [24]

Distinguimos dos análisis del apoyo social: El estructural y el funcional.

El estructural está centrado en la dimensión más objetiva de las relaciones que constituyen la red social del individuo, y el funcional en la evaluación subjetiva del apoyo social, especialmente, en las conductas de apoyo (percepción y recepción de apoyo).

I.4. Instrumentos de evaluación del Burnout

- ✓ Como mencionábamos con anterioridad el constructo de “burnout”, comienza a desarrollarse con los escritos de Freudenberger (1974). Paralelamente, Susan Maslach en los años setenta desarrollaba una línea de investigación centrada en los procesos emocionales. Como evidencian Maslach y Jackson (1982), su enfoque en el estudio del burnout se centró en el estrés emocional que surge de la relación interpersonal con los propios pacientes y familiares.

El hecho que marca un antes y después en los estudios sobre el Síndrome de burnout sin lugar a duda fue la aparición y desarrollo del MBI, cuestionario de Maslach Burnout Inventory, como técnica de instrumento para la evaluación del burnout. Esto significó que hubiera una definición operativa y concisa del concepto del burnout.

Fue a partir de la publicación en el año 1981 del Maslach Burnout Inventory por Maslach y Jackson cuando se establecen unos criterios de evaluación de dicho síndrome y se extiende el uso de un instrumento de medida estandarizado para la evaluación del mismo. [27]

En el MBI, el burnout aparecía definido como “un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y reducción de la realización personal”. (Maslach y Jackson, 1981b).

El cuestionario Maslach se realiza en un intervalo de 10 a 15 minutos y mide los siguientes aspectos: Cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

Tiene como ventaja una alta fiabilidad cercana al 90% y mide el desgaste profesional. Permite conocer la asociación de percepciones personales, situaciones sociodemográficas y personales con el burnout, para definirlo como riesgo alto, medio o bajo. Cuenta con evidencia científica que orienta a practicar acciones que ayudan a prevenirlo. Pero como inconveniente es que a pesar de todo, al ser autoinforme (privado y anónimo), sus medidas son débiles por si solas, y se aconseja recabar datos objetivos de otras fuentes para ampliar y confirmar los resultados.

Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera, son indicadores de la existencia del trastorno.

Las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33.

La escala se mide entre los rangos de 0 a 6.

✓ Listas de comprobación (o check-list)

Se utilizan con el objetivo de realizar una evaluación rápida (o scanning) del ambiente psicosocial del trabajo. Hay cuatro check-lists simples (Kompier y Levi, 1994) que evalúan el contenido del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones laborales y sociales en el trabajo. Estas listas de comprobación incluyen entre 10 y 20 ítems que se contestan de forma individual. Cada ítem que obtiene una puntuación afirmativa, es motivo de que se le preste mayor atención. El cuestionario tiene respuestas dicotómicas si/no. Los estresores pueden identificarse y evaluarse pero no se pueden 'valorar' en relación a una muestra normativa.

✓ Entrevistas con Expertos

A un nivel algo más sofisticado, está el instrumento WEBA (Welzijn Bij de Arbeid-"Well-being at work"), que es un ejemplo de una aproximación de nivel secundario o experto. El WEBA describe el puesto de trabajo y después lo evalúa los riesgos a nivel del puesto de trabajo, y no a nivel individual, es decir, es un método de análisis de puestos que está basado en indicadores más independientes y más o menos objetivos, dejando a un lado las valoraciones subjetivas de las personas que ocupan esos puestos.

Se distinguen dos fases, una en la que el trabajo se segmenta en tareas y cada tarea se describe con gran detalle incluyendo aspectos como la carga de trabajo, la presión temporal...y una segunda fase en la que se elabora un perfil de "bienestar del puesto" en particular (no del trabajador).Se estudia siete ítems, con una escala de tres puntos (1) insuficiente, a (3) suficiente, pasando por (2) limitado.

La puntuación se basa en porcentajes como el tiempo empleado en la realización de tareas y actividades laborales. Y los ítems son la globalidad del trabajo, la ausencia de monotonía, la dificultad de las tareas, la autonomía del puesto, los contactos sociales, la participación, y la disponibilidad de información.

Una de las ventajas del WEBA es que analizan intervenciones específicas relacionadas con la evaluación y valoración de riesgos psicosociales de cada trabajo en particular tales como la rotación de puestos, la regulación de la sobrecarga laboral, etc. Uno de los inconvenientes es que es un instrumento de medida bastante largo y su fiabilidad es muy baja.

✓ Cuestionarios de auto- informe

Los cuestionarios de estrés laboral son bastante populares en Holanda. Son una manera muy buena de obtener información detallada sobre riesgos psicosociales en una amplia muestra de trabajadores. Este cuestionario tiene grupos de cuestiones respecto a varios aspectos del trabajo, incluyen los riesgos psicosociales y las posibles consecuencias y repercusiones para la salud mental de los profesionales. Estos son subjetivos, ya que la evaluación y valoración de riesgos está basada en las propias experiencias de estrés percibidas por los trabajadores.

Existen muchos cuestionarios, pero el más usado es el cuestionario VBBA ("Questionnaire on the Experience and Assessment of Work") (Van Veldhoven, Meijman, Broersen y Fortuin, 1997).Esta compuesto cuatro secciones en donde se incluyen escalas multi-ítem como:

1. Características del trabajo (ej. sobrecarga mental, emocional y física).
2. Organización del trabajo y relaciones sociales (ej. ambigüedad de rol).

3. Términos de empleo (ej. paga, seguridad laboral futura).
4. Consecuencias del estrés laboral (ej. compromiso organizacional, intención de abandono, fatiga).

Las primeras tres secciones incluyen estresores laborales y factores de riesgo psicosocial, mientras que la sección final incluye reacciones de estrés o strain. La desventaja del VBBA es que no considera características individuales en la metodología, excepto las variables biográficas.

✓ Medidas Psicofisiológicas

A mediados de la década de los 80, el Ministerio Holandés de Trabajo y Asuntos Sociales, subvencionó un ambicioso proyecto llamado "Stressomat", útil para medir reacciones de estrés objetivas, principalmente reacciones cardiovasculares y respiratorias provocadas por test de laboratorio estandarizados e informatizados.

Este sistema de medida quedó en desuso unos años después, debido a la falta de fiabilidad y credibilidad.

✓ Datos administrativos

Debido a la necesidad de valorar los niveles de absentismo y discapacidad laboral que tenían la mayoría de las empresas holandesas, se implantó el Projectgroep Uniformering Verzuimgegevens, 1996. Además de que, se han desarrollado manuales de instrucciones que combinan varias metodologías como check-lists, cuestionarios y datos administrativos. Este informe incluye generalmente los siguientes apartados:

1. Motivo de la evaluación realizada.
2. Estructura de recursos humanos de la empresa.
3. Metodología utilizada en la evaluación de riesgos.
4. Identificación de los factores de riesgo psicosocial particulares y la comparación con otras empresas.
5. Identificación de grupos específicos de riesgo en base a la evaluación de las consecuencias del estrés evaluadas.
6. Conclusiones y recomendaciones relativas a posibles planes de actuación.

II. Justificación

El síndrome de burnout es un riesgo laboral que afecta de forma importante al colectivo sanitario dentro del mundo laboral y especialmente a aquellos profesionales que tienen un contacto más directo con los pacientes.

Un ámbito especialmente más susceptible por las diferentes implicaciones personales y sociales que se dan en el mismo son los servicios hospitalarios de oncología, por ello el objetivo de este estudio es revisar el estado actual de conocimientos sobre el síndrome de burnout y resaltar la importancia de que los profesionales de esta unidad conozcan las características de dicho riesgo como sus manifestaciones clínicas y su identificación para una prevención e intervención temprana y eficaz del mismo.

Así basándonos en la unidad de oncología del hospital Universitario Virgen de la Arrixaca donde se centra nuestro proyecto, los profesionales están expuestos a un alto nivel de contacto con el sufrimiento y la muerte que tiene una repercusión negativa, con lo cual las probabilidades de cansancio emocional y despersonalización son más elevadas con la consiguiente sobrecarga de trabajo, pretendemos por un lado evaluar los conocimientos que el personal de ese servicio tiene sobre burnout como medio de conocer los aspectos en los que es necesario desarrollar formación para la prevención y por otro evaluar la existencia de síntomas asociados a alguna de las fases de desarrollo de burnout en dicho personal.

III. Objetivos

Con este trabajo nos planteamos los siguientes objetivos:

Objetivo generales:

- Evaluar el riesgo de burnout en la unidad de oncología del hospital Universitario Virgen de la Arrixaca para conocer cuál es la situación en cuanto al riesgo y el conocimiento del mismo por parte del personal de auxiliares de enfermería y enfermeros.

Objetivos específicos:

- Evaluar el riesgo del burnout en el personal sanitario, compuesto por auxiliares y enfermeros, del servicio de Oncología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.
- Evaluar los conocimientos sobre los aspectos básicos del burnout y su prevención.
- Diseño de un programa de formación e información de prevención del burnout.

IV. Metodología

Para la realización de este trabajo hemos empleado una evaluación sobre burnout como riesgo psicosocial en trabajadores de la sanidad empleando una metodología descriptiva mediante técnicas semicuantitativas y cualitativas, de población de profesionales sanitarios especializados en auxiliar de enfermería y enfermería de una unidad de oncología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de la Región de Murcia.

Se ha aplicado un estudio semicuantitativo transversal mediante la aplicación del cuestionario MBI, Maslach Burnout Inventory por Maslach y Jackson, compuesto de varios instrumentos de evaluación psicológica del riesgo del burnout, para detectar el riesgo de predisposición de padecer el síndrome de Burnout. Este cuestionario fue pasado, sin información previa del mismo, y se le dijo que contestaran directamente sin explicar el objetivo y finalidad del mismo, para conseguir que los resultados obtenidos fueran lo más reales posibles y respondieran de una forma sincera, individual y personal. Los cuestionarios fueron pasados a 32 personas, de las cuáles, 15 eran auxiliares de enfermería y 17 eran enfermeros, en varios días con grupos de 5-6 trabajadores, los cuáles componían el equipo de turno de la jornada laboral de ese día.

Este cuestionario está constituido por 22 ítems, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes. Su función es medir el desgaste profesional; para ampliar más información sobre dicho cuestionario, se adjuntará en los anexos.

El cuestionario Maslach se realiza en un intervalo de 10 a 15 minutos y mide los siguientes aspectos:

1. Cansancio emocional.
2. Despersonalización.
3. Realización personal.

La subescala de agotamiento emocional consta de 9 preguntas y valora el estado de estar sobrecargado por las demandas laborales. Tiene una puntuación máxima 54.

La subescala de despersonalización está formada por 5 ítems y valora el grado de actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30

La subescala de realización personal se compone de 8 ítems y evalúa los sentimientos de bienestar y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

La clasificación de las afirmaciones es la siguiente:

- ✓ Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16, 20.

- ✓ Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.
- ✓ Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

La escala se mide según estos rangos.

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera, son indicadores de la existencia del trastorno.

Conjuntamente se ha aplicado una entrevista cualitativa diseñada personalmente por mí en la cual he integrado cuestiones básicas al respecto de conocimientos, para obtener información sobre el personal sanitario del servicio. En este cuestionario aparecen preguntas sobre la definición del síndrome de burnout, sobre la organización en equipo del trabajo, el interés, la motivación, la rutina y monotonía en el trabajo, el sentimiento de realización personal así como cuestiones referentes a las características del inicio del síndrome y la forma que afecta el contacto diario de los trabajadores con este tipo de pacientes y con las familias de estos. Se consideran estas cuestiones porque todas ellas constituyen el síndrome de trabajador quemado, por lo tanto se analizan estos puntos para valorar si el personal conoce cada uno de ellos, y en su globalidad, si posee conocimientos adecuados o inadecuados al respecto de este síndrome.

El cuestionario se pasó a 26 profesionales, de los cuáles 11 eran auxiliar de enfermería y 15 enfermeros. El cuestionario está compuesto por 8 preguntas que se respondía con respuestas de Sí o No. Si, si conocían la definición o las características que explicaban el síndrome de estar quemado o no, si desconocían las cuestiones valoradas.

La escala se mide según estos rangos:

- Número de respuestas adecuadas de 0 a 3; Conocimiento insuficiente
- Número de respuestas adecuadas de 3 a 5; Conocimiento medio
- Número de respuestas adecuadas de 6 a 8; Conocimientos adecuados.

Este cuestionario se ha pasado también en varios días con grupos de 5 -6 trabajadores, los cuáles componían el equipo de turno de la jornada laboral de ese día. Pero a diferencia del procedimiento usado con el cuestionario de MBI, aquí la muestra si tenía información acerca de el para qué del cuestionario y finalidad del mismo.

Este cuestionario se adjunta también en los anexos, para completar la información de este al respecto, y saber concretamente que preguntas han sido escogidas para la resolución de dicho cuestionario.

V. Resultados

El presente trabajo ha pretendido estudiar el burnout, en cuanto al riesgo que tienen los profesionales de la unidad de oncología de padecer el síndrome de burnout y recoger información acerca de los conocimientos que poseen sobre la delimitación conceptual del mismo, síntomas y manifestaciones clínicas. Y elaborar un plan de información y formación sobre el mismo, controlar e intentar prevenir, si fuera necesario en un futuro, el síndrome de estar quemado, ya que nos encontramos en un servicio con una sobrecarga emocional y un excesivo contacto diario con pacientes y familiares.

Mostramos una serie de tablas que reflejan los resultados obtenidos de nuestro proyecto.

Tabla 1. Valores propuestos por Maslach

Bournout	CE	DP	RP	MBI
Bajo	19 o menos	6 o menos	0 a 33	1 a 33
Media	19 a 26	6 a 9	34 a 39	34 a 36
Alto	27 o más	10 o más	40 o más	67 a 99

CE= Cansancio emocional

DP= Despersonalización

RP= Realización personal

MBI= Cuestionario de Maslach Burnout Inventory

Tabla 2. Valores obtenidos de la aplicación M.B.I en personal auxiliar enfermería

CE=15	Porcentaje	DP= 15	Porcentaje	RP=15	Porcentaje
Bajo= 9	60%	Bajo= 4	26.67 %	Bajo= 8	53.33 %
Medio= 5	33.33 %	Medio= 6	40 %	Medio= 2	13.33 %
Alto= 1	6.67 %	Alto= 5	33.33 %	Alto= 5	33.33 %

N=15 (Número de muestra de trabajadores de categoría auxiliar de enfermería)

CE= Cansancio emocional

DP= Despersonalización

RP= Realización personal

Tabla 3. Valores de la aplicación M.B.I. en personal de enfermería

CE=17	Porcentaje	DP=17	Porcentaje	RP=17	Porcentaje
Bajo= 10	58.82 %	Bajo=5	29.41 %	Bajo=2	11.76 %
Medio= 4	23.53 %	Medio=3	17.65 %	Medio=8	47.06 %
Alto=3	17.65 %	Alto= 9	52.94 %	Alto=7	41.18 %

N= 17 (Número de muestra de trabajadores de categoría de enfermería).

CE= Cansancio emocional

DP= Despersonalización

RP= Realización personal

Tabla 4. Valores sobre conocimientos síndrome burnout, relacionado con número de respuestas acertadas.

Insuficiente= 0 a 2	Medio= 3 a 5	Adecuado=6 a 8
---------------------	--------------	----------------

Tabla 5. Valores obtenidos del cuestionario de conocimientos Síndrome Burnout en trabajadores con categoría de auxiliar de enfermería y enfermería

C.S.B.A.= 11	Porcentaje	C.S.B.E.= 15	Porcentaje
C.I.A= 1	9.01 %	C.I.E.=1	6.67 %
C.M.A.= 6	54.55 %	C.M.E.=7	46.67 %
C.A.A= 4	36.36 %	C.A.E.= 7	46.67 %

N = 11. Muestra de trabajadores de categoría auxiliar de enfermería.

N= 15. Muestra de trabajadores de categoría de enfermería.

C.S.B.A= Conocimiento síndrome de burnout en auxiliares de enfermería.

C.I.A.= Conocimiento insuficiente en auxiliares.

C.M.A.= Conocimiento medio en auxiliares.

C.A.A= Conocimiento adecuado en auxiliares.

C.S.B.E.= Conocimiento síndrome de burnout en enfermería.

C.I.E.= Conocimientos inadecuados en enfermería.

C.M.E.= Conocimientos medios en enfermería.

C.A.E.= Conocimientos adecuados en enfermería.

Analizando las tres variables que componen el síndrome de Burnout podemos comentar los resultados obtenidos entre la categoría de auxiliares de enfermería y enfermería, así podemos reflejar:

En cuanto al ítem de cansancio emocional los datos analizados constatan que un 60 % de los profesionales de auxiliar de enfermería presenta un bajo cansancio emocional y un 58.82 % de los profesionales de enfermería también han obtenido cifras bajas en cansancio emocional, un 33.33 % de los auxiliares presentan cifras medias en este ítem y un 23.53 % de enfermería presenta cifras medias, y el resto un 6.67 % del personal de auxiliares y un 17.65 % de personal enfermero tienen cifras altas en cansancio emocional. Estos datos expuestos, nos lleva a la afirmación de que las cifras bajas y medias de cansancio emocional entre auxiliares y enfermeros se encuentran en un nivel equitativo, exceptuando las cifras altas de cansancio, que según los resultados hay un mayor número de trabajadores de enfermería que presenta un cierto grado de cansancio emocional más que los auxiliares del servicio, aunque basándonos en número de porcentaje es pequeño. Lo que significa este ítem en su totalidad que el personal sanitario tiene controlado el cansancio emocional, exceptuando esa minoría de porcentaje que presentan un ligero incremento de cansancio en sus actividades laborales, en la rutina del día a día en la unidad.

En relación al ítem de despersonalización, resulta que un 26.67 % de profesionales auxiliares y un 29.41 % de profesionales de enfermería corresponden a valores disminuidos en despersonalización, un 40 % de personal auxiliar frente a un 17.65 % han obtenido valores medios, lo que significa que existe una clara diferencia en cuanto los sentimientos de despersonalización entre dichas categorías, porque aquí se aprecia que los auxiliares de enfermería se sienten menos satisfechos en su trabajo que el personal enfermero, con una ligera pérdida de interés hacia el mismo y por último un 33.33 % de los auxiliares refieren cifras altas en la despersonalización ,frente a un 52.94 % de enfermería que también han obtenido cifras altas; Esto nos transmite que el personal de auxiliar ha perdido interés en el trabajo, pero aun ha perdido mucho más el personal de enfermería ,que no está muy conforme

en su trabajo, ha perdido interés y motivación por el mismo, existe un cambio en cuanto a la forma de involucrarse con el paciente y la familia.

Y por último el ítem de realización personal, muestra cifras bajas en un 53.33 % el personal auxiliar y un 11.76 % el enfermero, con lo que se indica que los auxiliares se sienten mucho menos realizados que los enfermeros, otro 13.33 % de categoría auxiliar presentan cifras medias frente al 47.06 % de enfermería, esto sigue afirmando que siguen siendo más los trabajadores de enfermería que se sienten más realizados en sus actividades diarias; y por último un 33.33 % de los auxiliares se sienten altamente realizados y un 41.18 % de los enfermeros también, esto se traduce a que dentro de las cifras altas en este parámetro de realización, se sienten más contentos y satisfechos y con capacidades de logro y éxito el personal de la categoría de enfermería.

Según establecen los valores de M.B.I. que refieren que debe existir un alto cansancio emocional y despersonalización y una baja realización personal. En la categoría de auxiliar no se refleja trabajadores que padezcan el síndrome como tal, dado que no se cumplen estos criterios, pero sí que podemos comentar que existe un porcentaje alto (53.33 %) de trabajadores que tienen baja realización personal, que habría que incidir en este porcentaje con nuestro programa de formación para mejorar y controlar esta situación.

Según los valores recogidos en la categoría de enfermería, podemos concluir que tampoco se da en ningún trabajador el síndrome como tal, pero si señalamos que un porcentaje alto (52.94%) padecen despersonalización, y en este factor vamos a incidir con nuestro programa de formación.

Analizamos la tabla 5 sobre los conocimientos acerca del síndrome de burnout entre auxiliares y enfermeros.

Los datos estudiados refieren que un porcentaje de 9.01 % de los auxiliares presentan conocimientos deficientes al respecto y un 6.67 % de enfermería también presentan desconocimiento con este síndrome. Esto significa que ambas categorías de un modo proporcional desconoce tanto la definición del síndrome de burnout como su denominación y carecen de información en cuanto a las manifestaciones clínicas del mismo, como pérdida de interés, el trabajo en equipo, el contacto diario con los pacientes y familiares, el modo en que comienza la enfermedad, etc.; Frente a un 54.55 % de auxiliares y un 46.67 % de enfermeros que presentan conocimientos medios, es decir, sabían que era el síndrome de burnout, pero en las respuestas a la entrevista se apreciaban algunos déficit en conocimientos

respecto a el sentimiento de realización personal y el trabajo en equipo que desconocían como características integrantes del síndrome de burnout. Y por último un 36.36 % del personal auxiliar ha resultado conocer este síndrome, frente a un 46.67 % de enfermería que presentan conocimientos adecuados en cuanto a las características de comienzo de la enfermedad, de conocer que el trabajo en equipo afecta a este síndrome, la rutina, el contacto diario con pacientes y familia, etc. En conclusión podemos decir que se mantienen equitativo los porcentajes de conocimientos insuficiente y medios entre auxiliares y enfermeros, frente a auxiliares y enfermeros que aquí si se evidencian una pequeña diferencia entre ambas categorías.

La elaboración de nuestro programa va a consistir en impartir sesiones formativas a los trabajadores para que adquieran de una forma clara y asimilable toda la información necesaria sobre dicho síndrome porque pretendemos que sean capaces de, tanto conocer la enfermedad, como abordarla y prevenir consecuencias futuras negativas de la misma. La fecha de celebración del mismo será el próximo 20 Junio de 2016 con finalidad el 4 Julio de 2016.

La duración de la impartición del programa de formación e información será de dos semanas, en las cuáles se harán dos grupos de 15-16 trabajadores y la asistencia será de un día por semana con un total de dos charlas para cada grupo.

Se pretende alcanzar o mantener unos hábitos saludables en el ámbito laboral, evitando así alteraciones e interrupciones laborales por parte de los profesionales sanitarios que constituyan este servicio.

Existirá una interrelación entre el tutor y los trabajadores en las sesiones y podrán comentar sus dudas o experiencias personales.

El contenido de la materia que se va trabajar en las sesiones tendrá relación con:

1. Definición del Síndrome de Bournout.....1 hora
2. Aspectos indicadores y síntomas de la enfermedad..... 1 hora
3. Sistemas de organización y coordinación y trabajo en equipo.....1 hora
4. Características emocionales y autoestima.....2 horas
5. Realización y despersonalización personal..... 2 horas
6. Control del estrés e identificación interconsulta profesionales.....1.15 minutos
7. Técnicas de afrontamiento para prevención.....1 horas
8. Cuestionario sobre conocimientos de Bournout.....45 minutos

El contenido de la materia va a ser homogéneo para todos los trabajadores. El grupo de trabajadores auxiliares que han presentado baja realización personal este tendrá una dedicación especial, con el fin de que queden completamente formados, además de que consigan adquirir la destreza suficiente para controlar y manejar situaciones de riesgo en el trabajo.

Por otro lado el grupo de profesionales enfermeros que han obtenido cifras elevadas en despersonalización también se va trabajar más con ellos incidiendo en este aspecto.

Como inciso hay una equidad entre los artículos revisados, donde se coinciden en que el personal sanitario hospitalario sufre estrés manifiesto grave, como afirma Zaldúa G, Koloditzky D, Lodiue M,[23]en un grupo de médicos residentes cuya afectación es de un 25 % entre el profesional sanitario. O como afirma Grisales que estudia el riesgo de sufrir burnout entre personal enfermero y auxiliar en un hospital de Colombia, también hay una similitud de temática y resultados generales. [36]

VI. Conclusiones

Con respecto a los objetivos de este estudio podemos concluir que hemos evaluado el riesgo de padecer el síndrome de burnout dentro del colectivo de la unidad de oncología del hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y hemos conocido la situación actual en la que se encuentran dichos trabajadores para el desempeño de sus actividades laborales, haciendo hincapié entre las categorías de auxiliares y de enfermería.

Hemos concluido que en nuestra población de profesionales a estudio no existe ningún trabajador con síndrome de burnout desarrollado, pero sí que hemos evaluado que, ciertos grupos de trabajadores según la categoría profesional, presentan alteraciones o déficits en alguna de las variables que integran el síndrome de burnout; Luego hay un porcentaje de trabajadores que son susceptibles de riesgo de padecer el burnout.

Existe un 53.33 % de personal de auxiliar de enfermería que presenta una baja realización personal, que esta tiene una especial consideración en cuanto al programa de formación implantado, así hay un 52.94 % de enfermeros que presentan niveles elevados en cuanto a despersonalización y este grupo también tienen especial consideración en el plan formativo, por ello comentamos que estos grupos de población sí que tienen el riesgo de padecer el síndrome de estar quemado en el trabajo.

Hemos trabajado también los conocimientos que tiene el personal sanitario sobre el síndrome de burnout, ya que se considera de una importancia relevante el que los trabajadores manejen y controlen las definiciones, las características y manifestaciones clínicas de este síndrome dentro de su unidad de trabajo.

Hemos establecido un plan de información y formación para intentar prevenir posibles complicaciones futuras dentro de la unidad de oncología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca en función de los déficit observados y las necesidad que tiene el personal tanto auxiliar como enfermero.

Hay una minoría equitativa ente auxiliares (9.01%) y enfermeros (6.67%) que presenta conocimientos insuficientes sobre la definición de burnout, características sobre despersonalización, realización personal, comienzo de la enfermedad, etc. También se presenta un porcentaje equitativo en conocimientos medios entre auxiliares y personal de enfermería (54.55 % y 46.67 % respectivamente). Y una diferencia presentada entre conocimientos adecuados entre auxiliares (36.36 %) y personal de enfermería (46.67 %), lo que nos hace concluir una mejor preparación por parte de enfermería.

VII. Bibliografía

1. Bernardo Moreno Jiménez y Carmen Báez León. Factores y Riesgos Psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Madrid. Noviembre 2010.
2. Paola Andrea Tejada M. y Viviola Gómez O. Factores psicosociales y laborales asociados al burnout de psiquiatras en Colombia. 2009. Rev. Colomb. Psiquiat. vol.38. Nº. 3
3. Freudenberger M. Staff Burn-out. Journal of Social Issues. En: Illera D. Síndrome de Burnout, aproximaciones teóricas. Resultado de algunos estudios en Popayán. Revista Facultad Ciencias de la Salud 2006; 8 (3).
4. Moriana J, Herruzo J. Estrés y Burnout en profesores. IJCHP 2004; 4 (3): 597-621.
5. (Uribe, López & García, 2014; Gil-Monte, 2012; Longas, Chamarro, Riera & Cladellas, 2012; Ramírez & Zurita, 2010).
6. Pedro G. M. (2001, 25 de julio). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Revista Psicología Científica.com, 3(5).
7. Palmer Y, Gomez-Vera A, Cabrera Pivaral C, Prince Velez R, Searcy R. Salud Mental 2005;28(1):82-9

8. Guillermo Axayacalt Gutiérrez Aceves, Miguel Ángel Celis López, Sergio Moreno Jiménez, Felipe Farias Serratos, José de Jesús Suárez Campos, Síndrome de burnout, Vol. 11, No. 4: 305-309, 2006. ©INNN, 2006
9. Rocha Luna JM. Síndrome de Burnout. ¿El médico de urgencias incansable? Rev Mex Med Urgencias 2002; 1 (2):48-56.
10. Rosenthal JM, Okie S. White Coat, mood indigo-depression in medical school. N Engl J Med 2005; 353(11):1085-8
11. Ringel SP, Vickey B G, Schembri M, Kravitz RL. Neurologist's assessment of their ability to provide high quality care.
12. Guevara CA, Henao DP, Herrera JA. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Colombia Médica 2004; 35(4):173-8.
13. Zuger A. Dissatisfaction with medical practice. N Engl J Med 2004; 350(1):69-75.
14. Kim KJ, Diamond DM. The stressed hippocampus, synaptic plasticity and lost memories. Nature Rev Neurosci 2002; 3:453-62.
15. Mc Ewen B S. Protective and damaging effects of stress mediators. N Engl J Med 1998; 338(3):171-9.
16. Martínez-Lanz P, Medina-Mora ME, Rivera E. Consumo de Alcohol y drogas en personas de salud: algunos factores relacionados. Salud Mental 2004; 27(6):17-27.
17. Volpp KGM, Grande D. Residents' suggestions for reducing errors in teaching hospitals. N Engl J Med 2003; 348(9):851-5
18. Hillert A. Marwitz M: Die Burnout Epidemie oder brennt die Leistungsgesellschaft aus? Munchen: CH Beck 2006.
19. Thomas NK. Resident burnout. JAMA. 2004. 292:2880-2889
20. Quiroz R. Saco, S.: Factores asociados al Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del curso. Situa. Revista semestral de la Facultad de Medicina Humana. Unsaac 1999.
21. Perlman, B. y Hartman, E.A. (1982) BO: Summary and future research. Human Relations, 35(4), 283-305.
22. Zaldúa G, Koloditzky D, Lodiue M El síndrome de Burnout en los hospitales públicos. Revista Médica Bs. As. 2000 1: 41- 43

23. Jacob A. La noción de trabajo. Relato de una aventura socio-antropo-histórica. Programa de Investigaciones Económicas sobre Tecnología, Trabajo y Empleo. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. CONICET. Revista Argentina 2004; 3: 69-76.
24. Pablo Gonzalez. ¿Qué es el Síndrome de Burnout? ¿Cuál es su etiología? ¿Cómo se desarrolla? ¿Por qué es importante para el médico? [en línea] Enero 2001 [fecha de acceso 14 de Noviembre 2005] URL disponible en www.diezminutos.org/burnout.html
25. Wilmar B. Schaufeli Y María Luisa Salanova. ¿Cómo evaluar los riesgos psicosociales en el trabajo? 2002, número 20, páginas 4 a 9. Página Web del INSHT.
26. Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11(3):679-689.
27. NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición Edgar Bresó Esteve Ldo. en Psicología, Marisa Salanova Dra. Psicología Wilmar Schaufeli Dr. Psicología y Clotilde Nogareda Lda. Psicología. Equipo de Investigación WoNT Prevención Psicosocial. Universitat Jaume I de Castellón. Insht.
28. Grisales Romero, Hugo Muñoz, Yudi Osorio, Diana Robles, Elena. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué, Colombia, 2014. EG Enero 2010. N°41:244-257

VIII. Anexos

Aquí se pueden consultar con especificidad cuáles son los cuestionarios con los que hemos trabajado, además de visualizar todas las cuestiones sobre las que hemos matizado y desarrollado para obtener dichos resultados.

En primer lugar hemos utilizado un cuestionario validado y muy usado en la actualidad, denominado:

Cuestionario N° 1

Cuestionario Inventario de Maslach M.B.I.

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

0= Nunca. 1= Pocas veces al año o menos. 2= Una vez al mes o menos.

3= Unas pocas veces al mes. 4= Una vez a la semana. 5= Pocas veces a la semana.

6= Todos los días.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	

17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

Entrevista N° 2

Conocimientos sobre Síndrome de Bournout

Conteste brevemente	SI	NO
¿Conoces el síndrome de burnout?		
¿Crees que la organización en el trabajo afecta a este síndrome?		
¿Consideras que la perdida de interés puede ser la causa del burnout?		
¿La rutina y monotonía influye en esta situación?		

¿El no sentirse realizado tiene relación con este síndrome?		
¿Las características del síndrome de burnout tienen un comienzo brusco?		
¿El trabajo en equipo es propio de este síndrome?		
¿Consideras relevante el contacto directo a diario con el paciente o familiares?		

IX. Agradecimientos

Mi agradecimiento a todos los participantes voluntarios, que rellenaron los cuestionarios y que me brindaron su apoyo para la realización de este estudio. Mi reconocimiento especial hacia estos profesionales, que son en la actual mis compañeros diarios de trabajo.

Además a la tutora y orientadora de este proyecto, D^a M^a Dolores Marhuenda por su plena colaboración y disposición hacia mí.

Gracias