



Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario del Hospital U. y P. 'La Fe'.

Facultad de Ciencias de la Salud

Máster Universitario en Especialización en Cuidados de Enfermería

Módulo: Urgencias y Emergencias

Autor: Alejandro Esquivel Morocho

Tutor: Dr. Juan José Tirado Darder

Valencia, Septiembre de 2013

Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario del Hospital U. y P. 'La Fe'.

Alejandro Esquivel Morocho.

* Hospital Universitario y Politécnico 'La Fe' (Valencia - España).

Resumen:

El síndrome de Burnout es una respuesta al stress laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Por todo ello, se quiere estudiar la prevalencia del mismo en el personal enfermero y auxiliar de enfermería de dicho Hospital.

Objetivo:

Conocer la prevalencia del Síndrome de Burnout y de sus tres dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) en el personal sanitario; concretamente en enfermeras/os y auxiliares de enfermería del Hospital U. y P. La Fe de Valencia (España).

Material y método:

Se realizó y pasó un cuestionario anónimo con las variables sociodemográficas y laborales, y otro con la escala Maslach Burnout Inventory (MBI) durante el mes de Agosto de 2013. Se trata de un estudio transversal, descriptivo y analítico en el personal de enfermería y auxiliar de enfermería. La muestra está constituida por 64 personas.

Resultados:

Se valoró la presencia de Síndrome de Burnout con un 98,39% y la de sus tres dimensiones: *cansancio emocional*, con un 74,19%, *despersonalización*, con un 61,29% y *falta de realización personal* con un

69,35%, considerando los niveles medio y alto con presencia de dicho síndrome.

Conclusiones:

Aproximadamente un 27,42% del personal estudiado presenta un nivel alto en la escala del Burnout. Y un 70,97% presenta un nivel medio de este síndrome.

Palabras clave:

Estrés - síndrome - burnout - prevalencia - agotamiento - enfermedad profesional - enfermería - hospital.

Prevalence of Burnout Syndrome in health personnel of Hospital U. and P. 'La Fe'.

Alejandro Esquivel Morocho.

* Hospital University and Polytechnic 'La Fe' (Valencia - Spain).

Abstract:

Burnout syndrome is a chronic job stress response composed of negative attitudes and negative feelings toward people with whom you work and onto his professional role, as well as the experience of being emotionally exhausted, that is why what it want study the prevalence of individual nurse and nursing assistant in that Hospital.

Objective:

To determine the prevalence of burnout syndrome and its three dimensions (emotional exhaustion, depersonalization and reduced

personal accomplishment) to health care workers, specifically nurses and nursing assistants, of Hospital U. and P. La Fe of Valencia (Spain).

Material and methods:

Was performed and passed an anonymous questionnaire with sociodemographic and work variables and one with the scale Maslach Burnout Inventory (MBI) during the month of August 2013 on the hospital. This is a transversal study descriptive and analytical, in nursing and nursing assistant. The sample consisted of 64 people.

Results:

We evaluated the presence of burnout syndrome with 98.39% and its three dimensions: emotional exhaustion with 74.19%, with 61.29% depersonalization and reduced personal accomplishment with 69.35%, considering medium and high levels with the presence of this syndrome.

Conclusions:

Approximately 27.42% of staff studied shows a high level in the scale of Burnout. And a 70.97% shows a medium level of this syndrome.

Key Words:

Stress - syndrome - burnout - prevalence - exhaustion - professional illness - nursing - hospital.



ÍNDICE

Contenido

<i>Introducción</i>	1
<i>Objetivos</i>	7
<i>Material y método</i>	8
<i>Resultados</i>	15
<i>Discusión</i>	33
<i>Conclusiones</i>	37
<i>Bibliografía</i>	38
<i>Anexos</i>	41

Introducción

El Síndrome de agotamiento profesional o Burnout es un término que, traducido al castellano, significa “estar o sentirse quemado por el trabajo, agotado, sobrecargado o exhausto”, fue descrito por primera vez por el psicoanalista Herbert J. Freudenberger en 1973. A partir de observar cambios en él y en otros profesionales (psicólogos, consejeros, médicos, asistentes sociales, enfermeros, profesores, fisioterapeutas, dentistas, etc.), observó que, tras cierto tiempo, estos profesionales perdían mucho de su idealismo y también de su simpatía hacia los pacientes. Lo observó principalmente en los profesionales de servicio o de ayuda cuya actividad va dirigida hacia otras personas.

Freudenberger describe el Burnout como un conjunto de síntomas médico-biológico y psicosociales inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía.

El Síndrome de Burnout ha pasado una época de ferviente interés a partir de los trabajos de C. Maslach (1976), quien lo dio a conocer en el congreso anual de la Asociación de Psicología Americana (APA) refiriéndose a una condición cada vez más frecuente en los trabajadores de servicios de salud.

El Síndrome de Burnout se define como una respuesta al stress laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con mayor frecuencia en los trabajadores de la salud, dada la relación profesional-paciente y profesional-organización. Sin embargo, no sería completa la descripción del síndrome si no se describe el contexto económico, social y laboral en el cual surge.

Los sujetos afectados muestran desilusión, irritabilidad y sentimientos de frustración; se enfadan y desarrollan actitudes suspicaces. Se vuelven rígidos, tercos e inflexibles. Asimismo, afloran síntomas de carácter psicosomático como mayor cansancio, dificultades respiratorias, problemas gastrointestinales, etc. Este conjunto de síntomas y signos de carácter actitudinal, conductual y psicosomático se entiende como las consecuencias del Síndrome de *Burnout* o “estar quemado”.

Si lo concebimos como una respuesta al estrés laboral crónico, tal como decíamos anteriormente, debemos considerar dos elementos claves en esta relación, como son: el entorno y la persona. El entorno sanitario, en donde nos desenvolvemos, presenta características especiales y novedosas que nos hacen reflexionar sobre como adecuarnos profesionalmente al mismo. Existen diferentes variables que lo condicionan en estos momentos, como son: nuevas demandas asistenciales, indefinición y ambigüedad del rol profesional, crisis del sistema y su presumible reorientación, altos niveles de absentismo laboral, baja implicación de los profesionales en las organizaciones, falta de motivación, poca conciencia de los gestores sobre el problema y la consecuente falta de soluciones desde la organización, nuevos sistemas de gestión, la introducción de elementos de competitividad entre los centros, mayor carga de trabajo, etc.

Por otro lado, aludiremos a la persona, el profesional de servicios y especialmente el profesional de enfermería. En este sentido, el/la enfermera/o, debe conocer, con suficiente profundidad, las características del Síndrome de *Burnout* y las técnicas para su prevención y afrontamiento.

En su delimitación conceptual pueden diferenciarse dos perspectivas: la **clínica** y la **psicosocial**.

La perspectiva **clínica** lo entiende como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral. La psicosocial, como un

proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y personales. La diferencia estriba en que el *Burnout* como estado entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés laboral, mientras que, entendido como proceso, asume una secuencia de etapas o fases diferentes con sintomatología diferenciada.

Desde la perspectiva **psicosocial**, Maslach y Jackson (1981) lo conceptualizan como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo, que puede desarrollarse en aquellos sujetos cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad, pero se establecen diferencias entre los autores al considerar el orden secuencial en el que aparecen estos síntomas (relación antecedentes-consecuentes) en el desarrollo del proceso de “quemarse”, es decir, qué síntoma actúa como determinante de los demás, apareciendo con anterioridad.

Nosotros asumimos la perspectiva psicosocial como la más coherente, al entender que el *Burnout* se da en un proceso interactivo donde se conjugan activamente las variables descritas por Maslach y Jackson, que se conceptualizan como:

- **Agotamiento emocional**, es la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos en el ámbito afectivo. Es, por tanto, un agotamiento de los recursos emocionales propios; es decir, emocionalmente agotado por el contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.
- **Despersonalización**, implica el desarrollo de sentimientos negativos y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva que les culpen

de sus problemas (v. g: Al paciente le estaría bien merecida la enfermedad).

- **Falta de realización personal en el trabajo**, se define como la tendencia de esos profesionales a evaluarse negativamente, con especial incidencia en la habilidad para la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden.

En todo caso, conceptos como: agotamiento, decepción, pérdida de interés, fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por el trabajo y la vida en general, baja autoestima, agotamiento emocional, despersonalización, falta de relación, sentimiento de fallo o desorientación profesional, desgaste y labilidad emocional, sentimiento de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional, aislamiento y manifestaciones psicósomáticas, son manejados por los diferentes autores para identificar el conjunto de síntomas que integran el Síndrome de *Burnout*, poniendo mayor o menor énfasis en algunos de ellos.

Una vez percibida la situación como estresante han de aparecer estrategias de afrontamiento que, además de manejar las respuestas al estrés, han de neutralizar los estresores, haciendo desaparecer las discrepancias entre demandas y recursos, puesto que la fuente de estrés persistirá en la relación cotidiana del profesional con su entorno; es decir, la situación estresora debe dejar de ser vivida como tal. En caso contrario llevarían a fracaso profesional y fracaso de las relaciones interpersonales con los sujetos receptores del servicio, provocando un sentimiento de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional, que desembocaría en una actitud de despersonalización como forma de afrontamiento, que son las variables que indican la instauración del *Burnout*.

En general, el profesional sanitario está sometido, en líneas generales, a estresores como escasez de personal que supone carga laboral, trabajo en turnos rotatorios y la consecuente alteración del biorritmo, trato con usuarios problemáticos, contacto con la enfermedad, dolor y muerte, conflicto y ambigüedad de rol, etc. En conclusión, la profesión conlleva, entre otras, tres características, que son factores de riesgo, y que determinan la aparición del síndrome: un gran esfuerzo mental y físico; continuas interrupciones y reorganización de las tareas, que agravan el nivel de carga y esfuerzo mental; y el trato con la gente en circunstancias de extrema ansiedad y aflicción. En este sentido, podemos encontrar los antecedentes en las variables del entorno socio-profesional, organizacional, interpersonales e Individuales, sin que esto presuponga orden de prioridad, y todo ello en el marco contextualizador del estrés laboral.

Desde que se definió por primera vez y se empezó a estudiar el Síndrome de Burnout se han desarrollado una serie de intervenciones encaminadas a lograr la reducción de su incidencia.

Se ha visto que en la prevención de este síndrome no existe una técnica única y simple, sino que se debe utilizar un modelo que integre varias técnicas orientadas al individuo, al grupo social y a la organización laboral.

A nivel del individuo, el objetivo es mejorar su resistencia individual para afrontar de forma más eficiente los estresores propios de su actividad laboral, así como potenciar la percepción de control y la autoeficacia personal.

Para lograr este objetivo se han utilizado distintos tipos de técnicas, como las cognitivo-conductuales, entre las que se encuentran las de afrontamiento del estrés, reestructuración cognitiva y ensayo conductual. También se han utilizado técnicas de relajación, de autorregulación o de control, de gestión del tiempo, de mejora de habilidades sociales, etc.

Igualmente, en la prevención del Síndrome de Burnout se deben incluir una serie de medidas durante la etapa de formación de los nuevos profesionales que contemplen programas especiales de prevención y entrenamiento en afrontamiento del estrés laboral y proporcionen expectativas realistas acerca de la futura profesión.

Así, en todos los casos se debe conseguir una estructuración adecuada de las responsabilidades y funciones de cada profesional con el fin de reducir el estrés propio de la actividad laboral.

Objetivos

Como objetivos principales se encuentran:

- Conocer la prevalencia del Síndrome de Burnout y de sus tres dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) en personal sanitario, concretamente en enfermeras/os y auxiliares de enfermería, del Hospital U. y P. La Fe.
- Identificar las características sociodemográficas y laborales que se asocian con dicho síndrome.

Como objetivos secundarios se encuentran:

- Conocer la distribución del Síndrome de Burnout y de sus componentes en personal sanitario hospitalario.
- Valorar la existencia de Síndrome de Burnout y sus dimensiones en el personal que trabaja en servicios especiales.
- Valorar la existencia de asociación entre el personal de servicios especiales con el *'porcentaje de la jornada laboral que pasa en interacción con enfermos y/o sus familiares'*.

Material y método

Se trata de un estudio transversal, descriptivo y analítico, en personal de enfermería y auxiliar de enfermería que trabaja en el hospital de referencia de la Comunidad Valenciana, el Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

Se han incluido en este estudio únicamente enfermeras/os y auxiliares de enfermería de dicho hospital.

Respecto a los criterios de inclusión, este trabajo se ha realizado sobre la totalidad del personal mencionado anteriormente en dicho hospital, de las/los cuales sólo se ha recibido 64 cuestionarios de los 200 repartidos planta por planta, de los cuales 2 han sido excluidos por estar incompletos, con lo que nos quedamos con un total de 62 cuestionarios rellenados correctamente.

La duración del estudio ha sido de treinta días, concretamente el mes de Agosto de 2013. Entre los meses de Julio, Agosto y Septiembre de dicho año se ha realizado el diseño del estudio, se han pedido los permisos pertinentes y se han recogido y analizado los datos.

Para la recogida de datos, se entregó un sobre al Departamento de Docencia para pedir los permisos pertinentes, asegurar la total confidencialidad de los datos y agradecer el consentimiento y la participación en este estudio ([Anexo 1](#)).

Posteriormente, y tras obtener respuesta con la autorización del trabajo ([Anexo 2](#)), se entregó un cuestionario a cada participante.

El cuestionario consta, por un lado, de las variables sociodemográficas y laborales ([Anexo 3](#)), y por el reverso, de la escala Maslach Burnout Inventory ([Anexo 4](#)).

El cuestionario con las variables sociodemográficas y laborales ([Anexo 3](#)) consta de: sexo, edad, número de hijos, estado civil, profesión, años de antigüedad en la profesión, centro de trabajo, años de trabajo en el destino actual, tipo de atención sanitaria (especialidad de la planta/servicio), número de pacientes que atiende diariamente en su centro de trabajo, número de horas semanales que trabaja, número de horas semanales que dedica a tareas domésticas y porcentaje de su jornada que pasa en interacción con pacientes o familiares.

El cuestionario con la escala Maslach Burnout Inventory ([Anexo 4](#)), en su versión validada en castellano, está diseñado para valorar el Síndrome de Burnout en sus tres aspectos fundamentales. Está compuesto por 22 ítems referentes a sentimientos. Para las respuestas se utiliza una escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6. La subescala de **Cansancio emocional** está compuesta por 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20) y mide los sentimientos de sobrecarga emocional (puede manifestarse física o psíquicamente, o bien como una combinación de ambas; el agotamiento emocional provoca falta de recursos emocionales). La subescala de **Despersonalización** está integrada por 5 ítems (5, 10, 11, 15 y 22) y valora los sentimientos y actitudes negativas hacia el paciente (respuesta interpersonal fría hacia los pacientes, acompañado de un incremento en la irritabilidad, una pérdida de motivación y un distanciamiento emocional). La subescala de **Realización personal** consta de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21) y mide sentimientos de competencia y de consecución de logros (esta subescala contiene una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo, típicas de la depresión, moral baja, evitación de las relaciones interpersonales-

profesionales, baja productividad, incapacidad para soportar la presión y una baja autoestima).

No existen puntos de corte válidos a nivel clínico para medir la existencia del Síndrome de Burnout y poder separar los casos de los no casos. Aunque este inventario es el más utilizado, no está exento de críticas. A pesar de las posibles deficiencias, no hay en este momento un instrumento más preciso para el diagnóstico del síndrome, por ello es el más utilizado en la mayoría de este tipo de estudios.

Para interpretar las puntuaciones conviene decir que tanto *Cansancio emocional* como *Despersonalización* apuntan a un mayor estrés ocupacional, mientras que la escala de *Realización personal* tiene una incidencia inversa en el síndrome, ya que una mayor puntuación apoya la existencia de menor estrés, es decir, una mejor *Realización personal*.

Las variables del estudio son diversas:

❖ Variables Dependientes:

- Se han recogido como variables dependientes las tres dimensiones del Burnout: *Cansancio emocional* (CE), *Despersonalización* (DP) y *Realización personal* (RP), que se han clasificado en tres niveles: bajo, medio y alto, de acuerdo con los puntos de corte establecidos calculando los percentiles 0,25 y 0,75 de cada variable (Gil Monte y Peiró, 1997). (**Tabla 1**)

	Bajo	Medio	Alto
CE	≤ 9	10-23	≥ 24
DP	≤ 1	2-5	≥ 6
RP	≤ 36	37-43	≥ 44

Tabla 1

En las tres escalas la puntuación mínima alcanzable es 0, mientras que la máxima es 54 para CE, 30 para DP y 48 para RP.

- Se han recogido también los tres niveles del Síndrome de Burnout: bajo, medio y alto, dependiendo de las puntuaciones del MBI: bajo entre 1 y 33; media entre 34 y 66; y alta entre 67 y 132 (Gil Monte y Peiró, 1997).
- Y por último, presencia del Síndrome de Burnout como variable dicotómica:
 - SI: Niveles medios y altos de Burnout.
 - NO: Niveles bajos de Burnout.

❖ Variables Independientes:

- Sexo: Variable cualitativa dicotómica:
 - Hombre.
 - Mujer.
- Edad: Variable cualitativa ordinal, con las siguientes categorías:
 - <25 años.

- Entre 25-35 años.
 - Entre 35-50 años.
 - Entre 50-65 años.
 - Más de 65 años.
- N° de hijos: Variable cuantitativa discreta.
 - Estado civil: Variable cualitativa ordinal, con las siguientes categorías:
 - Soltero/a.
 - Casado/a o pareja estable.
 - Divorciado/a o Separado/a.
 - Viudo/a.
 - Profesión:
 - Enfermero/a.
 - Aux. de Enfermería.
 - Años de antigüedad en la profesión: Variable cuantitativa continua.
 - Años de trabajo en el destino actual: Variable cuantitativa continua.
 - Tipo de atención sanitaria (Especialidad de la planta/servicio): Variable cualitativa nominal.
 - N^a de enfermos que atiende diariamente en su centro de trabajo: Variable cuantitativa discreta.
 - N° de horas semanales que trabaja en el centro de trabajo: Variable cuantitativa continua.

- N° de horas semanales que dedica a tareas domésticas: Variable cuantitativa continua.
- Porcentaje de su jornada que pasa en interacción con pacientes y/o familiares: Variable cuantitativa discreta, con las siguientes categorías.
 - Ninguno.
 - <25%.
 - 25-50%.
 - 50-75%.
 - >75%.

Para el análisis estadístico de los datos se ha utilizado el programa ofimático Microsoft Excel junto con el programa estadístico R-Commander 2.15.2 para Windows. Se ha realizado un estudio estadístico descriptivo y analítico.

✓ Estudio descriptivo:

1. Valoración de las variables sociodemográficos y laborales: las variables cuantitativas se han presentado con su valor medio y las variables cualitativas se han presentado en porcentajes.
2. Valoración de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal. Se han presentado: a) los valores medios y las desviaciones estándar de las tres dimensiones del síndrome, b) la frecuencia de individuos con grado

bajo, medio y alto de CE, DP y FRP y c) la frecuencia de individuos que tienen CE, DP y FRP.

3. Valoración del Síndrome de Burnout. Se ha valorado:
 - a) la frecuencia de individuos con grado bajo, medio y alto del síndrome, y b) la frecuencia de individuos que tienen Burnout.

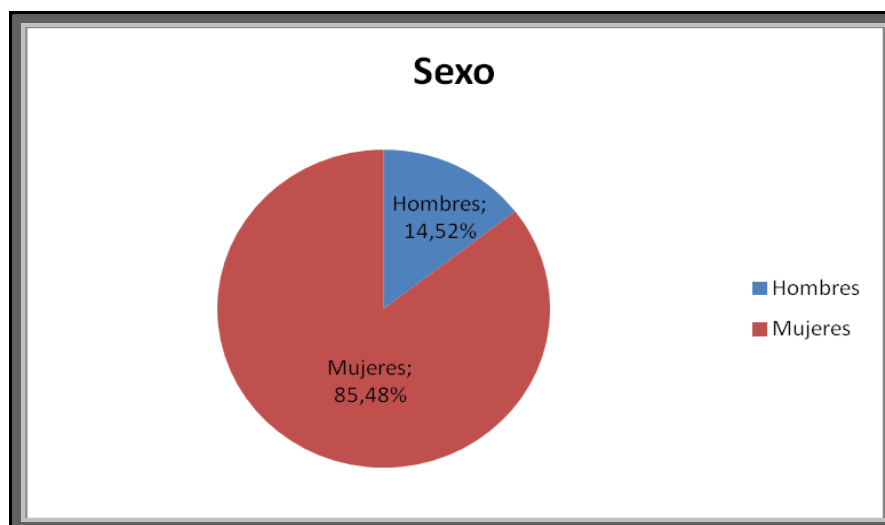
✓ Estudio analítico:

1. Para la comparación de variables cualitativas se ha utilizado el test de χ^2 , considerando significativa una $p \leq 0,05$.
2. Para la comparación de medias en variables cuantitativas se ha utilizado la t de Student o sus correspondientes no paramétricas. Se ha considerado significativa una $p \leq 0,05$.
3. Se ha realizado regresión logística para cada una de las tres dimensiones del síndrome. Se ha considerado un nivel de significación de $p \leq 0,05$.
4. También se ha realizado regresión logística para el Burnout como variable dependiente cualitativa. Se ha considerado un nivel de significación de $p \leq 0,05$.

Resultados

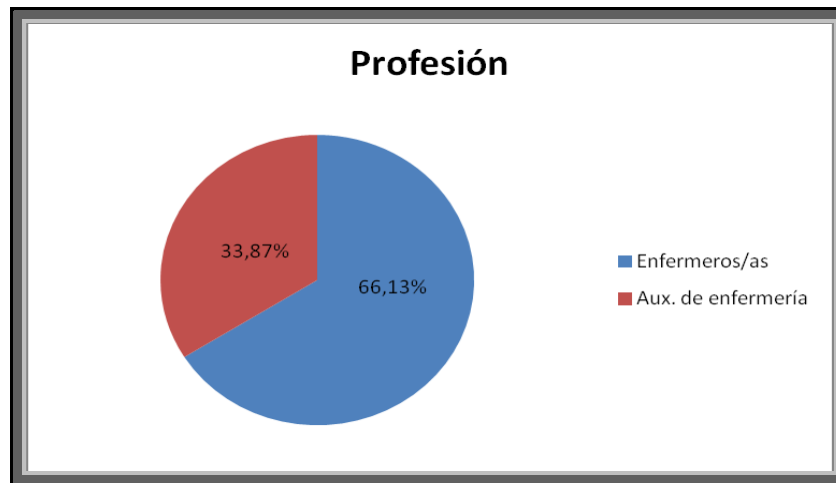
Se recogieron 64 cuestionarios, de los cuales 2 estaban mal autocumplimentados, por lo que del total de enfermero/as y auxiliares de enfermería del Hospital U. y P. La Fe que ha respondido correctamente el cuestionario (62), conocemos algunas características sociodemográficas y laborales: sexo, edad, nº de hijos, estado civil, profesión, años de antigüedad en la profesión, años de trabajo en el destino actual, tipo de atención sanitaria, nº de pacientes que atiende diariamente, nº de horas que trabaja a la semana, nº de horas que dedica a tareas domésticas a la semana y porcentaje de su jornada que pasa en interacción con pacientes y/o familiares.

En cuanto a la distribución por sexo, de las 62 personas que realizaron la encuesta, 53 (el 85,48%) son mujeres y sólo 9 (el 14,52%) son hombres. (**Gráfica 1**). Con estos datos se puede observar que la mayoría de personas que han autocumplimentado el cuestionario son mujeres.



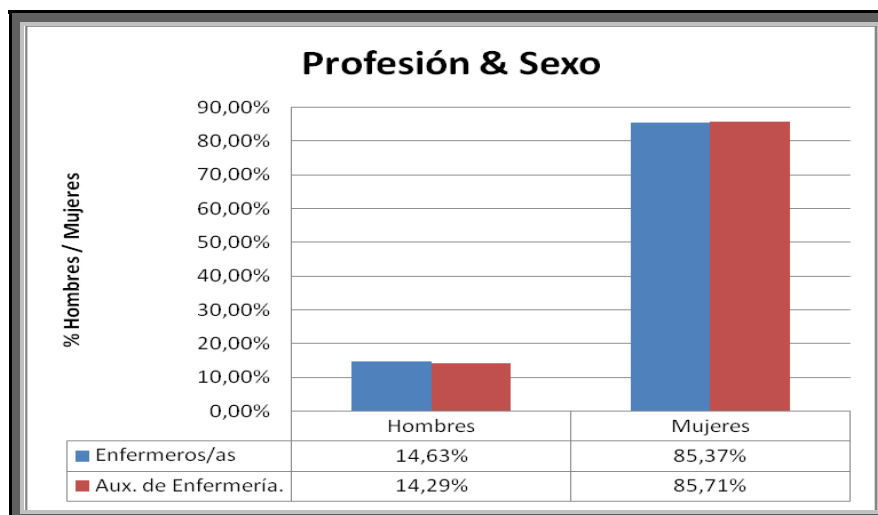
Gráfica 1

Si nos fijamos en la profesión observamos que el 66,13% (41) son enfermero/as, y que el 33,87 (21) son aux. de enfermería. (**Gráfica 2**).



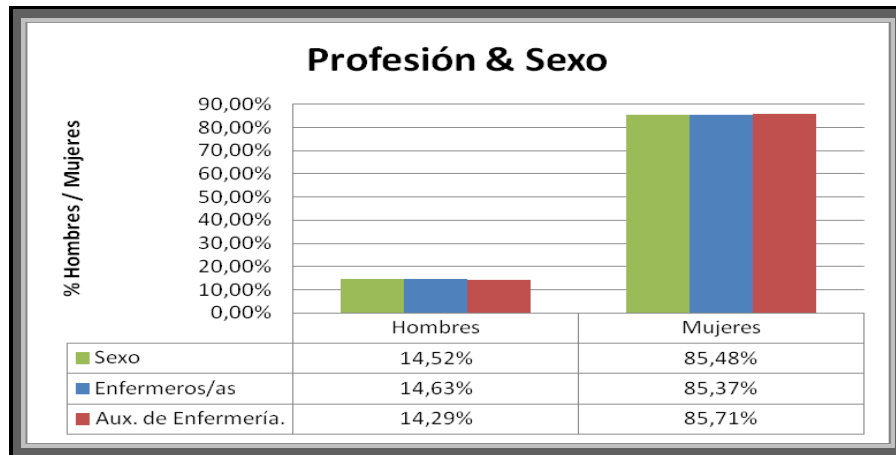
Gráfica 2

Siguiendo con la distribución por sexo y comparándolos con la *profesión* (enfermeros/as y auxiliares de enfermería) se observa que en el personal enfermero la mayoría son mujeres, concretamente el 85,37% (35) frente al 14,63 (6) de hombres; y en el personal auxiliar de enfermería ocurre lo mismo, el 85,71% (18) son mujeres frente al 14,29% (3) de hombres. (**Gráfica 3**).



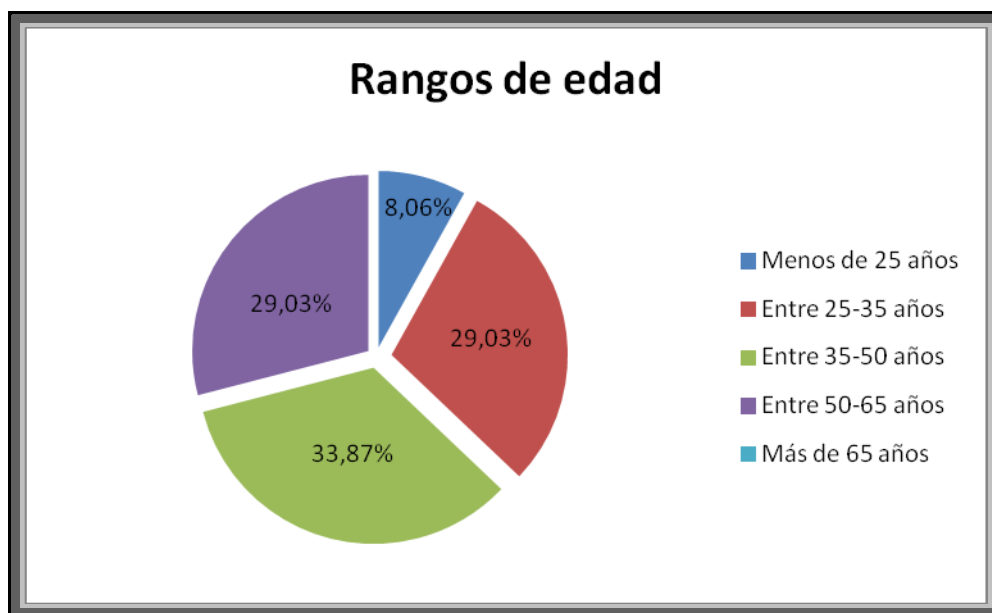
Gráfica 3

Al enlazar los datos anteriores observamos que la profesión no influye en el nº de cuestionarios rellenados respecto al sexo, dando valores muy similares la variable sexo con sus subapartados (hombres y mujeres). (**Gráfica 4**).



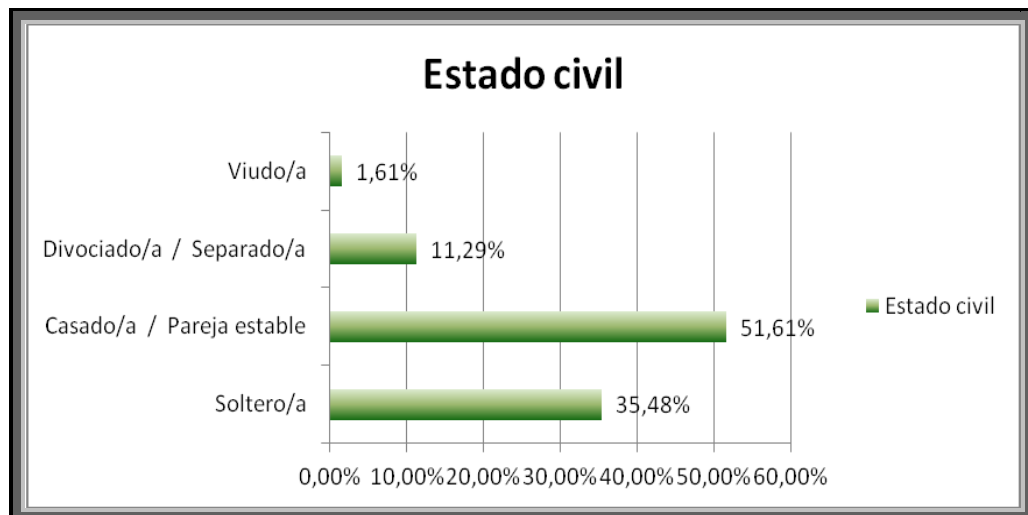
Gráfica 4

Respecto a los rangos de edad, se observa que hay 5 personas (8,06%) menos de 25 años, 18 personas (29,03%) entre 25-35 años, 21 personas (33,87%) entre 35-50 años, 18 personas (29,03%) entre 50-65 años, y 0 personas (0%) mayores de 65 años. (**Gráfica 5**).



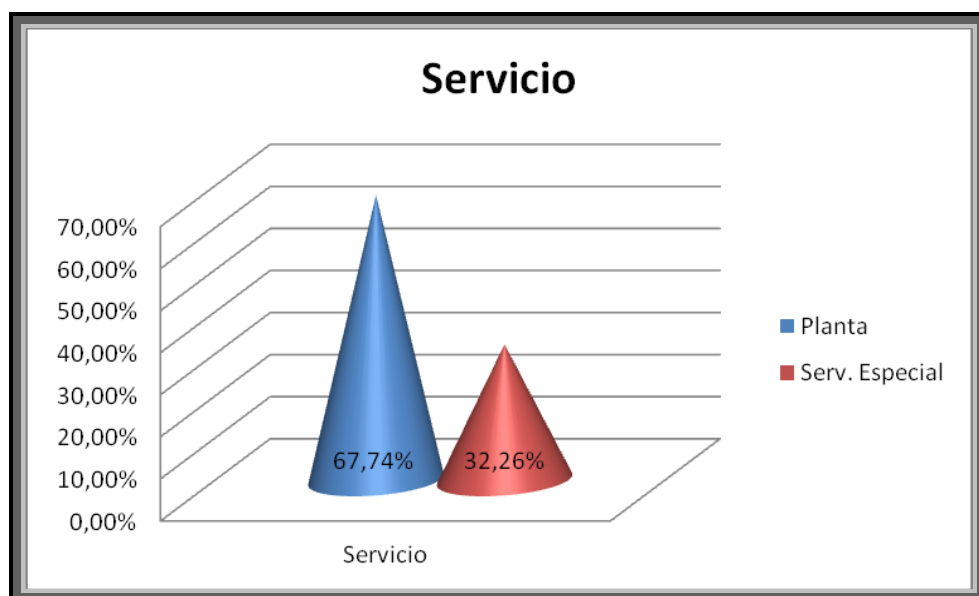
Gráfica 5

En la variable *estado civil* se observa que las personas casadas o con pareja estable son las más numerosas (32 personas - 51,61%), seguido de las personas solteras (22 personas - 35,48%), divorciados/as (7 personas - 11,29%) y por último, 1 persona viuda (1,61%). (**Gráfica 6**).



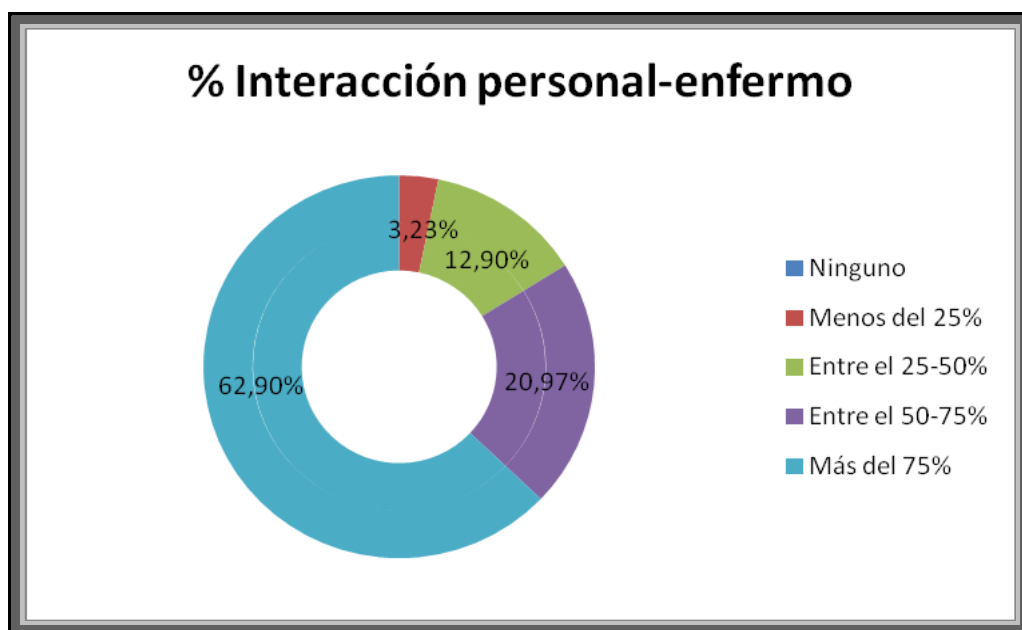
Gráfica 6

La distribución de la variable *servicio*, se divide en personal que trabaja en algún servicio especial (20 personas - 32,26%) y personal que trabaja en planta de hospitalización (42 personas - 67,74%). (**Gráfica 7**).



Gráfica 7

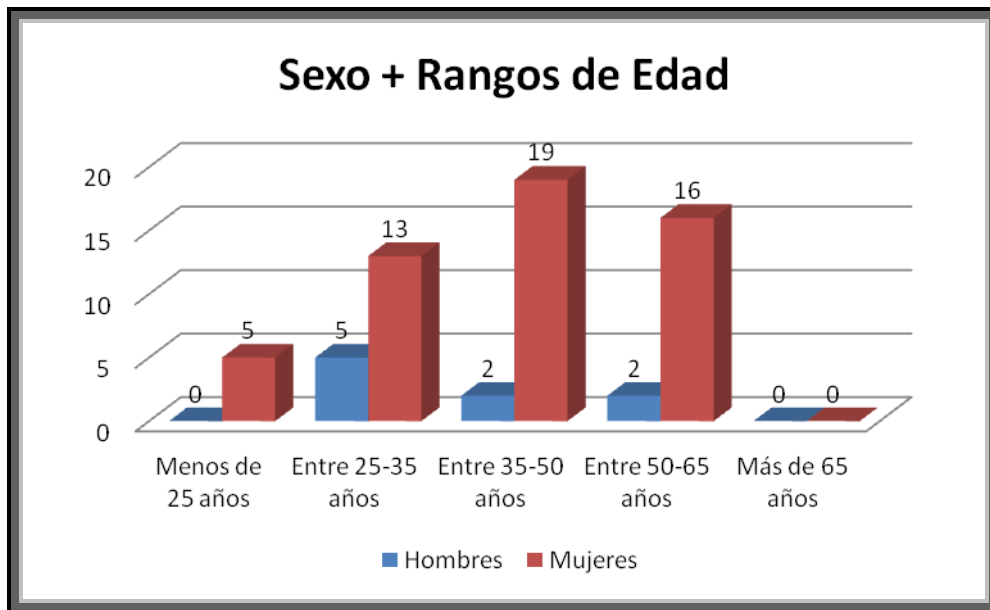
Respecto a la variable '*porcentaje de la jornada laboral que pasa en interacción con enfermos y/o sus familiares*', se observa que 39 personas (62,90%) pasan más del 75% de su jornada laboral en interacción con el paciente y/o sus familiares, seguidos de 13 personas (20,97%) que pasan entre el 50-75%; 8 personas (12,90%) que pasan entre el 25-50%; y 2 personas (3,23%) que pasan menos del 25%. No tenemos a ninguna persona que pase 'ningún' tiempo con interacción con el paciente y/o sus familiares. (**Gráfica 8**).



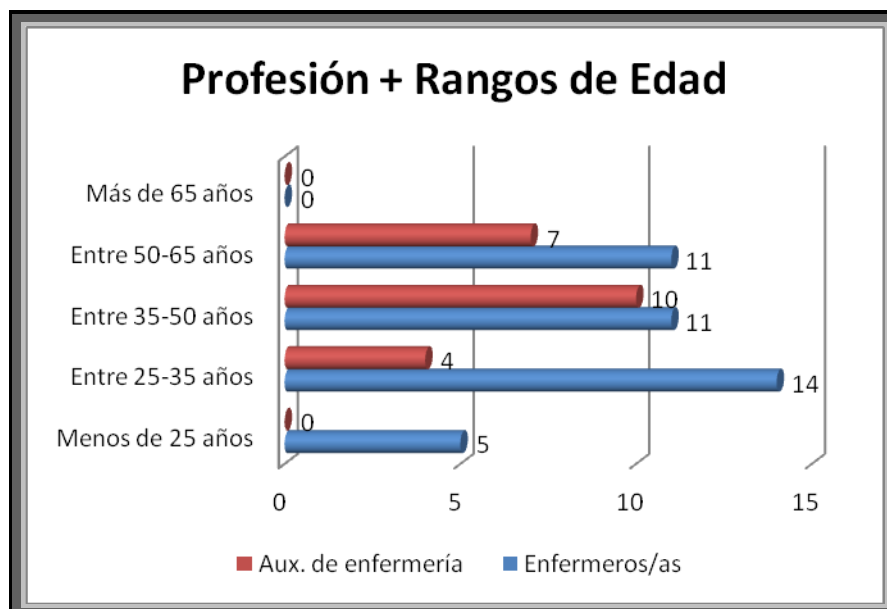
Gráfica 8

Observando los datos anteriores y enlazando la variable *sexo* con la variable *edad*, se observa que la mayoría de mujeres tienen entre 35-50 años (19 mujeres), mientras que la mayoría de los hombres tienen entre 25-35 años (5 hombres). Como dato, decir que las personas encuestadas menores de 25 años son todo mujeres. Este dato no es estadísticamente significativo ($p=0,2625$). (**Gráfica 9**). Del mismo modo, enlazando la variable *profesión* con la variable *edad*, se observa que las 5 personas menores de 25 años, además de ser todo mujeres como ya hemos mencionado anteriormente, son todas enfermeras; de las 18 personas entre 25-35 años se dividen en 14 enfermeros/as y 4 aux. de enfermería;

de las 21 personas entre 35-50 años se dividen en 11 enfermeros/as y 10 aux. de enfermería; de las 18 personas entre 50-65 años se dividen en 11 enfermeros/as y 7 aux. de enfermería; y no se encuentran personas mayores de 65 años. Estos datos carecen de significatividad, ya que $p=0.1313$. (**Gráfica 10**).

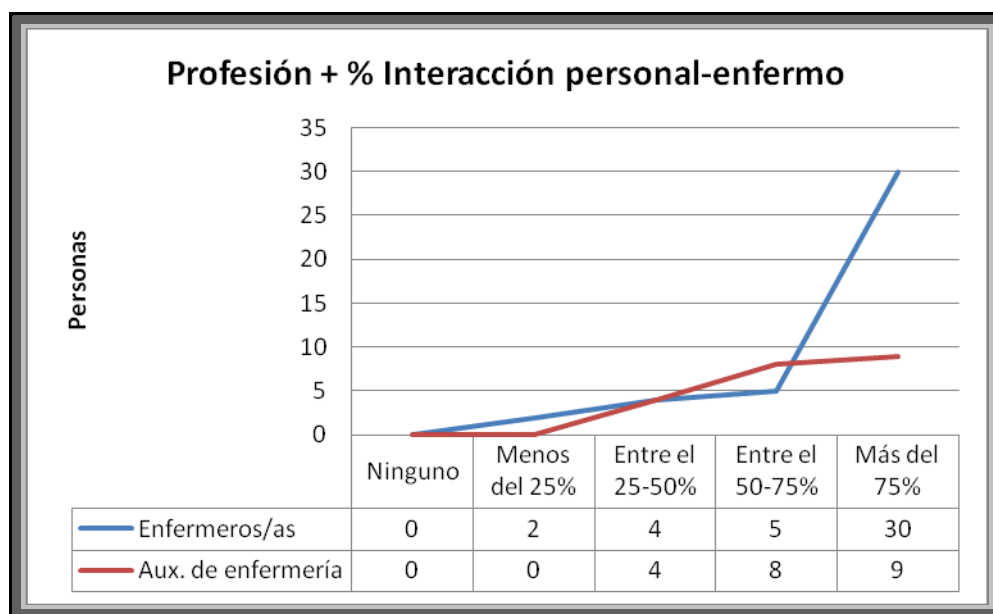


Gráfica 9



Gráfica 10

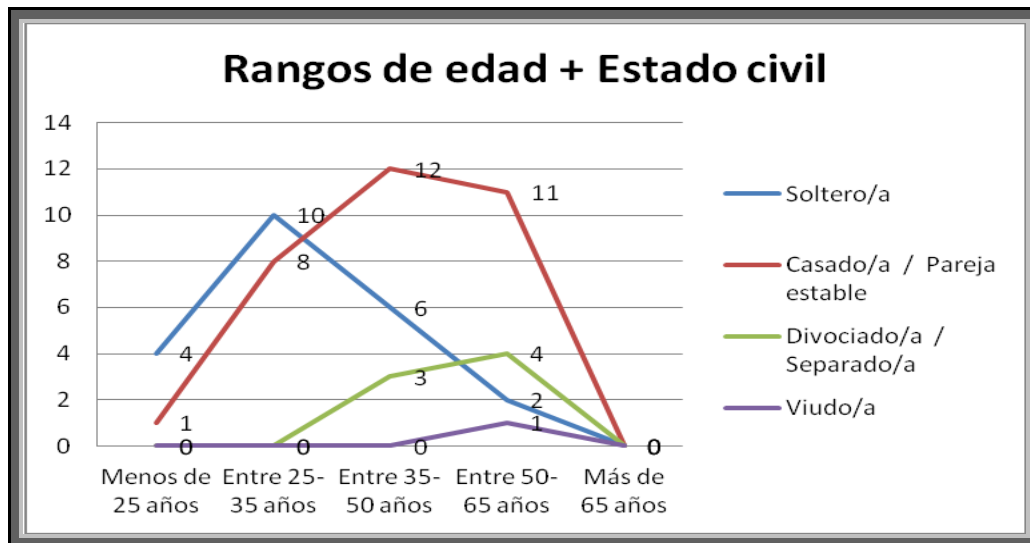
Respecto a la variable *profesión* enlazada con la variable '*porcentaje de la jornada laboral que pasa en interacción con enfermos y/o sus familiares*' se observa que del personal aux. de enfermería, un 42,9% (9 personas) pasa >75% de interacción con el paciente frente al 73,2% (30) del personal enfermero; en el rango 25-50% de interacción se engloba al 19% (4) de personal aux. de enfermería frente al 9,8% (4) del personal enfermero; en el rango 50-75% de interacción se engloba al 38,1% (8) de personal aux. de enfermería frente al 12,2% (5) del personal enfermero; y en el rango <25% de interacción no se engloba a personal aux. de enfermería (0), en cambio sí que se engloba al 9,8% (2) del personal enfermero. Estos datos tienen una significatividad de $p=0.038$. (Gráfica 11).



Gráfica 11

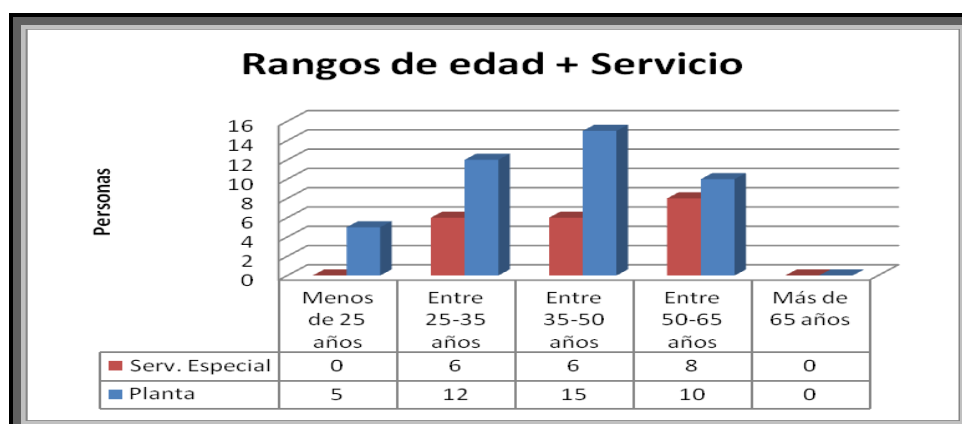
Respecto a las variables *edad* y *estado civil* se observa que el personal soltero aumenta hasta los 25-35 años (10 personas), para luego ir en descenso conforme avanza la edad. Las personas casadas aumentan conforme avanza la edad hasta mantenerse entre los 50-65 años. No hay ninguna persona divorciada hasta los 35-50 años (3 personas), en la que aumenta una persona en el rango de 50-65 años. En

el estudio no tenemos a una persona mayor de 65 años. Estos datos tienen una significatividad de $p=0.051$. (**Gráfica 12**).



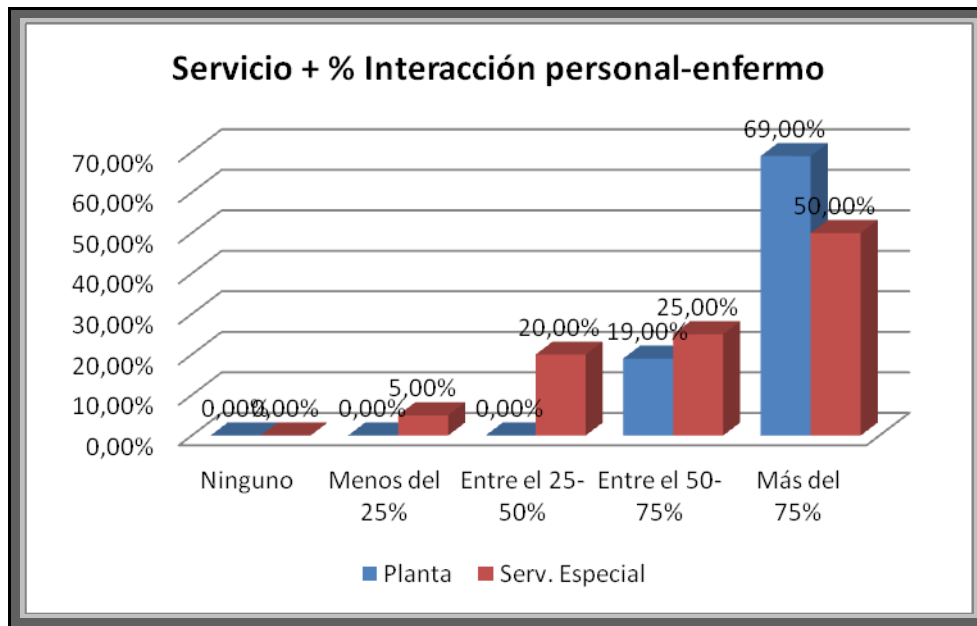
Gráfica 12

En relación a las variables *edad* y *servicio* se observa que a medida que aumenta la edad, aumenta el personal que trabaja en servicios especiales. En el caso del personal que trabaja en planta también aumenta con la edad hasta llegar a los 50-65 años, que es cuando decrece, llegando a igualar casi al personal que trabaja en servicios especiales (55,6% personal de planta y 44,4% personal de servicios especiales). Estos datos tienen una significatividad de $p=0.294$. (**Gráfica 13**).



Gráfica 13

Al relacionar la variable *servicio* con '*porcentaje de la jornada laboral que pasa en interacción con enfermos y/o sus familiares*' se observa que no tiene significatividad, ya que $p=0.4842$. El personal de planta como el personal de servicios especiales dedica aproximadamente el mismo porcentaje de tiempo de la jornada laboral en interacción con el paciente. (Gráfica 14).



Gráfica 14

Respecto a la variable *hijos*, se observa que el 48,39% (30) de las personas no tiene hijos; el 20,97% (13) tiene 1 hijo; el 25,81% (16) tiene 2 hijos; el 1,61% (1) tiene 3 hijos; y que el 3,23% (2) tiene 4 hijos. La media se sitúa en 0,9 hijos, con un mínimo de 0 y un máximo de 4 hijos.

Los años de antigüedad *en la profesión* va desde 1 a 44 años, siendo la media de 15,98 años. Si se combinan estos datos con la variable *profesión* se observa que el personal aux. de enfermería tiene de media 16,42 años de antigüedad en la profesión, mientras que el personal de enfermería tiene una media de 15,75 años de antigüedad en la profesión.

Por otra parte, respecto a la variable *años de trabajo en el destino actual*, se observa que va desde los 0 años a 44 años, siendo la media de 5,9 años. Si se relaciona con la variable *sexo* se observa que los hombres tiene de media 8,44 años, superando a las mujeres, que tienen de media 5,47 años.

Respecto a la variable *nº de enfermos que se atienden diariamente* va de 2 a 35 pacientes, con una media de 10,45. El personal enfermero tiene una media de 7,48 pacientes, mientras que en el personal aux. de enfermería la media es de 16,23. Se puede observar que el personal aux. de enfermería lleva más del doble de pacientes que el personal enfermero.

Del mismo modo, la variable *nº de enfermos que se atienden diariamente* tiene asociación con la variable *servicio* ($p=0.026$), observándose que en el personal de planta la media de esta dimensión del Burnout es de 12.04, mientras que en servicios especiales la media es de 7.1.

La variable *nº de horas semanales que dedica a tareas domésticas* tiene una media de 25,69 horas. Comparándolo con la variable *sexo* se observa que el sexo masculino dedica de media 18,44 horas, a diferencia del sexo femenino que dedica 26.92 horas, aproximadamente unas 8 horas más.

Algunos datos obtenidos anteriormente se pueden observar en la tabla detallada a continuación. (**Tabla 2**).

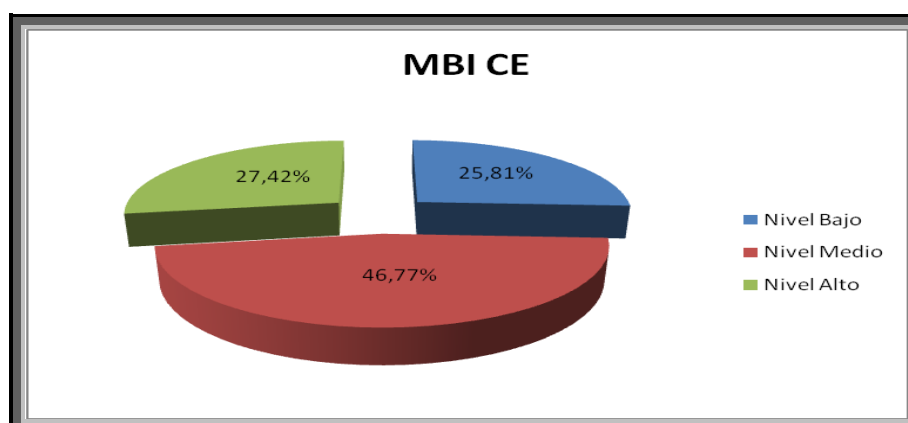
	Aux de Enfermería	Enfermero/as
Años de antigüedad en la profesión	16,42	15,75
Años de trabajo en el destino actual	4,52	6,60
Nº de horas semanales que dedica a	31,23	22,85

tareas domésticas		
Nº de enfermos que se atienden diariamente	16,23	7,48
Nº de hijos	1,19	0,75

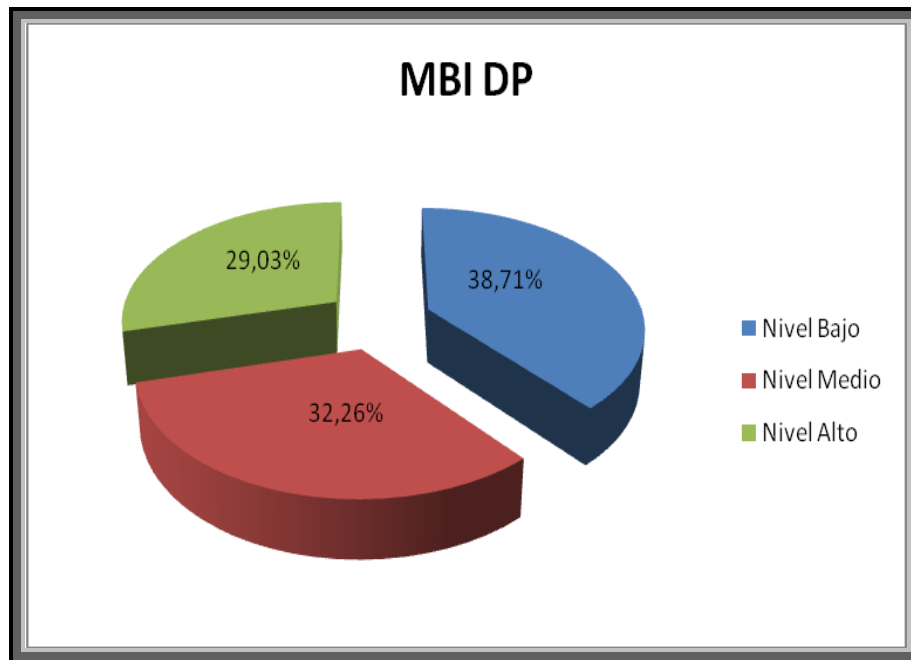
Tabla 2 - Datos obtenidos en medias.

Cambiando de variables, al estudiar el Burnout en nuestra población mediante la escala *Maslach Burnout Inventory* (MBI), encontramos que la dimensión *Cansancio Emocional* (CE) alcanza un valor medio de 17,56, la *Despersonalización* (DP) de 4,22 y la *Realización Personal* (RP) de 39,19, encuadrándose la media de las tres dimensiones en un nivel medio según los puntos de corte utilizados. Del mismo modo, realizando el sumatorio de las 3 medias anteriores obtenemos la media total del MBI, con un valor de 60,98, entrando también en un valor medio de la escala según los puntos de corte establecidos (Gil Monte y Peiró, 1997).

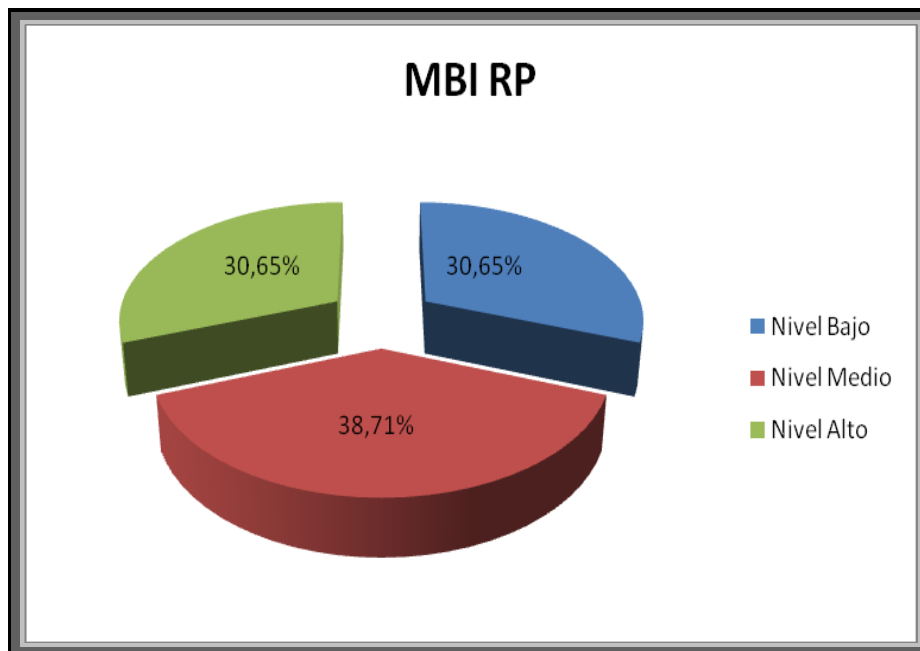
En las siguientes gráficas (**Gráfica 15**, **Gráfica 16**, **Gráfica 17** y **Gráfica 18**) se expone el porcentaje de los niveles bajo, medio y alto del *Cansancio Emocional* (CE), *Despersonalización* (DP) y *Realización Personal* (RP) y Síndrome de Burnout de personal estudiado.



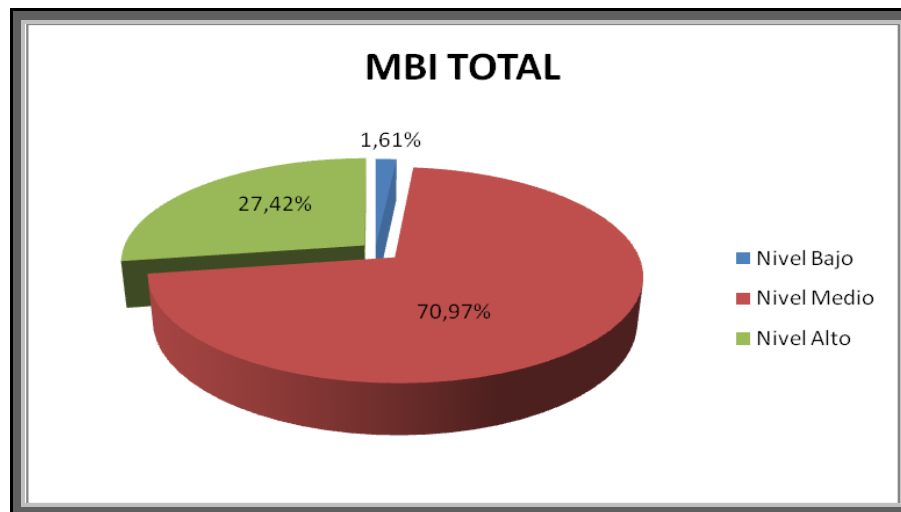
Gráfica 15 - Porcentaje de profesionales con niveles bajo, medio y alto de cansancio emocional.



Gráfica 16 - Porcentaje de profesionales con niveles bajo, medio y alto de despersonalización.



Gráfica 17 - Porcentaje de profesionales con niveles bajo, medio y alto de realización personal.



Gráfica 18 - Porcentaje de profesionales con niveles bajo, medio y alto de Síndrome de Burnout.

Así, si valoramos la presencia de Síndrome de Burnout y de sus tres dimensiones: *cansancio emocional*, *despersonalización* y *falta de realización personal* (complementaria a RP), considerando los niveles medio y alto con presencia de síndrome de Burnout, obtenemos los resultados resumidos en la siguiente tabla.

	Presencia	Ausencia
Cansancio emocional	46 (74,19%)	16 (25,81%)
Despersonalización	38 (61,29%)	24 (38,71%)
Realización Personal	43 (69,35%)	19 (30,65%)
Síndrome de Burnout	61 (98,39%)	1 (%1,61)

Tabla 3 - Porcentaje de profesionales con cansancio emocional, despersonalización, realización personal y Síndrome de Burnout.

Seguidamente exponemos un análisis de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout y del Síndrome del Burnout en general:

➤ **1) Cansancio Emocional (CE):**

En primer lugar vamos a analizar las variables sociodemográficas y laborales con esta dimensión del Burnout.

En lo que se refiere a la variable *sexo*, encontramos que no existe asociación entre esta variable y los niveles de cansancio emocional, bajo, medio y alto, con un valor de $\chi^2=5,03$ y una significación estadística de $p=0.080$. Como dato, se puede observar que la media de CE en hombres es 12, mientras que en mujeres es 18,5.

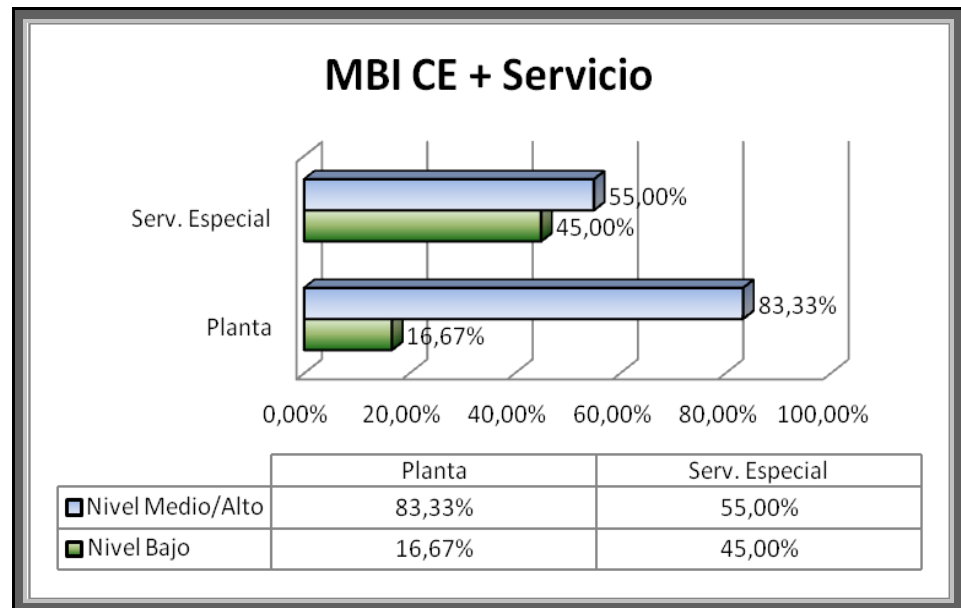
En cuanto a la *edad*, tampoco encontramos asociación entre los niveles de CE (bajo, medio y alto) y los rangos en los que hemos dividido la edad, con un valor de $\chi^2=1,17$ y una $p=0.973$.

Respecto al *estado civil*, tampoco se observa asociación, ya que $p=0.3105$

En lo que se refiere a la variable *profesión*, tampoco se observa asociación, ya que da unos valores de $\chi^2=0,7909$ y una $p=0.6734$. Del mismo modo, la variable *años de antigüedad en la profesión* tampoco tiene asociación, ya que $p=0.394$.

La variable *servicio*, si que presenta asociación, ya que $\chi^2=5,6823$ y $p=0.05$. Considerando los valores alto y medio como Síndrome de Burnout, se observa que un 83,33% del

personal de servicios especiales tiene Síndrome de Burnout, frente al 55% del personal de planta. (Gráfica 19).



Gráfica 19

La variable 'porcentaje de la jornada laboral que pasa en interacción con enfermos y/o sus familiares' tampoco tiene asociación, ya que $\chi^2=4,1853$ y $p=0.6516$.

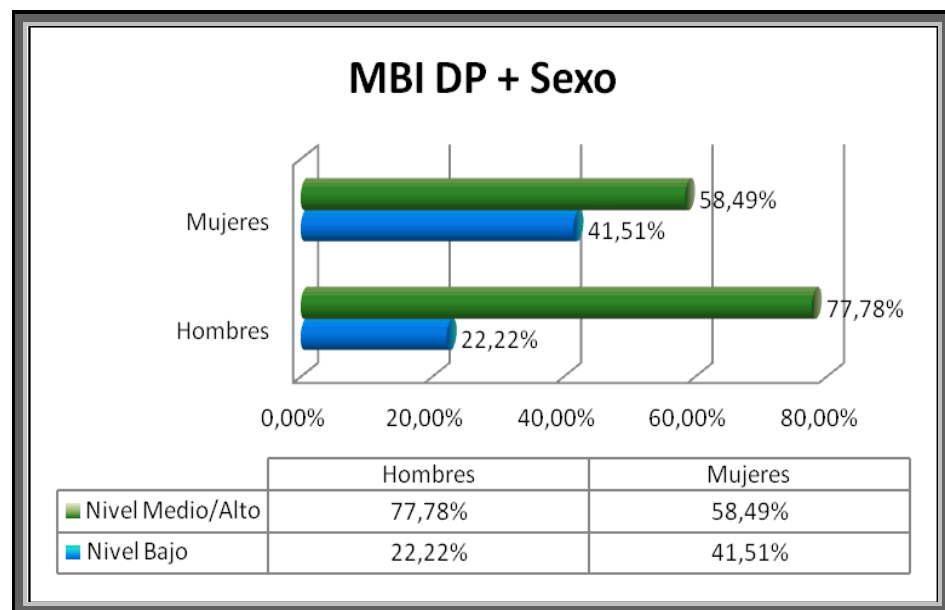
Para terminar con el análisis de la dimensión cansancio emocional (CE), se observa como única asociación esta la variable *servicio*, observándose mayor síndrome de Burnout en personal de servicios especiales.

➤ **2) Despersonalización (DP):**

Del mismo modo que en el apartado anterior, vamos a analizar variante por variante para ver si existe o no asociación de esta dimensión del Síndrome de Burnout (despersonalización).

Tras analizar la variable *edad* ($\chi^2=6,3454$ y $p=0.3856$), *estado civil* ($\chi^2=3,662$ y $p=0.7223$), *profesión* ($\chi^2=3,464$ y $p=0.1769$), *servicio* ($\chi^2=0,7935$ y $p=0.6725$) y '*porcentaje de la jornada laboral que pasa en interacción con enfermos y/o sus familiares*', se observa que ninguna tiene asociación con dicha dimensión del Burnout.

En cambio, la variable *sexo* sí que presenta asociación, ya que $\chi^2=7,335$ y $p=0.02554$. De los profesionales sanitarios hombres el 77,78% sí que tiene despersonalización, y de las mujeres el 58,49% también padece despersonalización. (**Gráfica 20**).

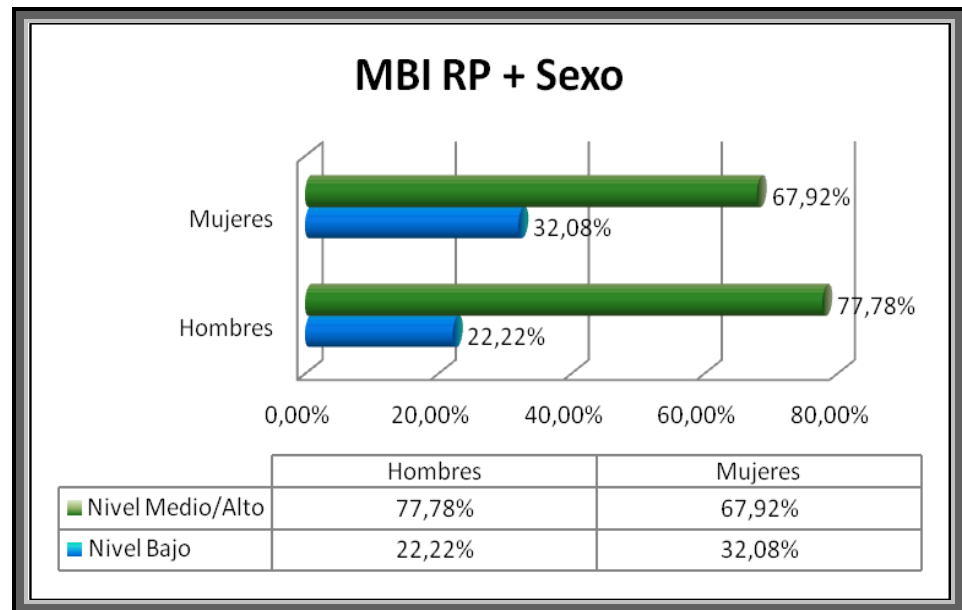


Gráfica 20

➤ **3) Realización personal (RP):**

Siguiendo con esta tercera y última dimensión del Síndrome de Burnout, y comparándola con el resto de variables, se observa que:

La variable sexo presenta una asociación con esta dimensión, ya que $\chi^2=6,773$ y $p=0.03382$. Se observa que el personal masculino con carencia de *realización personal* engloba al 77,78%, mientras que en personal femenino engloba al 67,92%. (**Gráfica 21**).



Gráfica 21

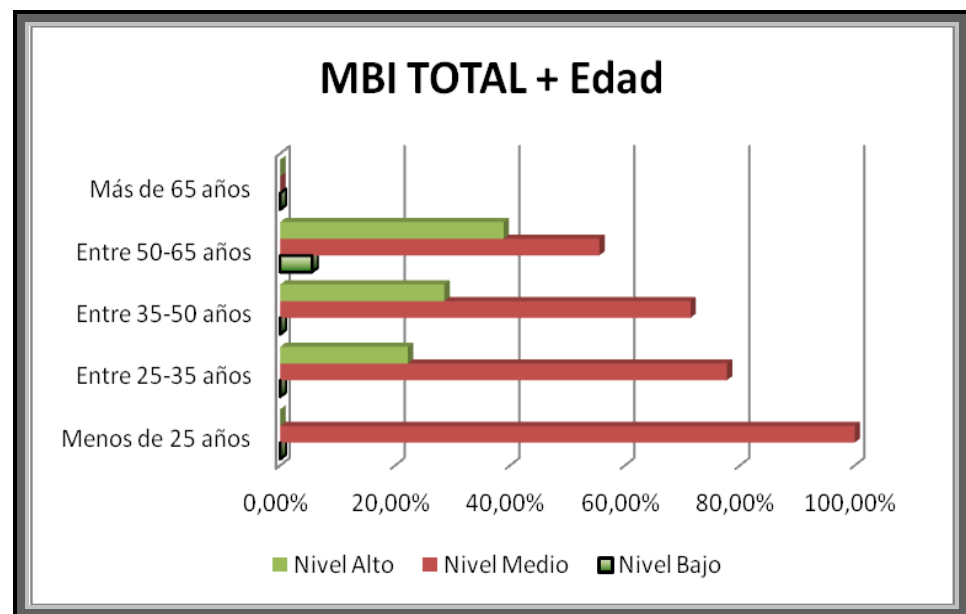
El resto de variables, tales como *edad* ($\chi^2=5,4226$ y $p=0.4909$), *estado civil* ($\chi^2=9,7612$ y $p=0.1351$), *profesión* ($\chi^2=0,3869$ y $p=0.8241$), *servicio* ($\chi^2=3,4228$ y $p=0.1806$), '*porcentaje de la jornada laboral que pasa en interacción con enfermos y/o sus familiares*' ($\chi^2=8,296$ y $p=0.2172$) y el resto no presentan asociación alguna con esta dimensión.

➤ **4) Síndrome de Burnout:**

Tras examinar las tres dimensiones del Síndrome de Burnout una por una, ahora procedemos a calcular el Síndrome de Burnout mediante los mismos niveles (bajo, medio, alto) con las variables del estudio.

Ninguna variable, tanto dependiente como independiente, tanto sociodemográfica [*sexo* ($\chi^2=1,6675$ y $p=0.4344$); *edad* ($\chi^2=6,1811$ y $p=0.4032$); y *estado civil* ($\chi^2=5,6528$ y $p=0.4632$)] como laboral [*profesión* ($\chi^2=2,725$ y $p=0.256$), *servicio* ($\chi^2=0,6069$ y $p=0.7383$) y '*porcentaje de la jornada laboral que pasa en interacción con enfermos y/o sus familiares*' ($\chi^2=10,5488$ y $p=0.1034$)], presenta asociación alguna con el Síndrome de Burnout.

Como dato curioso, se puede observar que conforme va aumentando la edad, disminuye el nivel medio del Síndrome de Burnout y aumenta el nivel alto. (**Gráfica 22**).



Gráfica 22

Para finalizar, comentar que si analizamos la variable presencia (nivel medio/alto) o ausencia (nivel bajo) del Síndrome de Burnout, tampoco se observa asociación con ninguna variable.

Discusión

Empezar, comentando que no existen puntos de corte válidos a nivel clínico para medir la existencia del Síndrome de Burnout y poder separar los casos de los no casos. Aunque este inventario (MBI) es el más utilizado, no está exento de críticas. A pesar de las posibles deficiencias, no hay en este momento un instrumento más preciso para el diagnóstico del síndrome, por ello es el más utilizado en la mayoría de este tipo de estudios.

Respecto a lo que tiene que ver con la respuesta obtenida en este trabajo, se considera que 64 cuestionarios obtenidos, es una tasa de respuesta más que aceptable, ya que el cuestionario era de forma voluntaria. Un hecho que ha podido influir positivamente en esta tasa de respuesta es dejar los cuestionarios en cada uno de los controles de enfermería de casa servicio, y no dejarlos en algún sitio fijo a la entrada/salida del hospital.

En lo que se refiere a los niveles de Burnout y de sus tres dimensiones alcanzados en nuestro estudio, hemos de decir en primer lugar, que la bibliografía está llena de aportaciones referentes a la importancia del Burnout en las profesiones sanitarias. A pesar de esta multitud de trabajos sobre el tema que nos atañe, encontramos una gran disparidad de resultados en lo que se refiere a las prevalencias encontradas, tanto del Síndrome de Burnout en general, como en cada una de sus tres escalas. Esto puede deberse a que las dimensiones de despersonalización y falta de realización personal tienen una significación dudosa, y lo que se detecta básicamente cuando se mide el Burnout es estrés emocional, que no siempre equivale a desgaste profesional.

Volviendo al estudio, los resultados que hemos obtenido en enfermeros/as y auxiliares de enfermería en cada una de las escalas del Síndrome de Burnout, se encuadran en un nivel medio según los puntos de corte utilizados.

En nuestro trabajo, encontramos que un 27,42% de los profesionales encuestados tienen niveles altos de *cansancio emocional*, un 29,03% niveles altos de *despersonalización* y un 30,65% niveles altos de *falta de realización personal*. De forma general, el 27,42% tiene niveles elevados de Burnout en alguna de sus tres escalas.

En cuanto a la relación entre la variable *sexo* con cualquier otra, se observa que hay un mayor porcentaje de mujeres (85%) que de hombres (15%). Cosa que interfiere mucho la asociación/significación en comparación con otras variables. Del mismo modo, en la variable *edad* apenas encontramos a personas menores de 25 años, y no encontramos a ninguna persona mayor de 65 años. En cuanto al resto de variables, los datos están repartidos más equitativamente.

En lo que se refiere a la variable '*porcentaje de la jornada laboral que pasa en interacción con enfermos y/o sus familiares*', se puede observar que la mayoría del personal (62,9%) dedica más del 75% de su jornada a la interacción con los enfermos y sus familiares. Igualmente, enlazando esta variable con la variable *profesión* observamos que el personal enfermero destaca más por esta interacción (30 personas) que el personal aux. de enfermería (9 personas). Y si, por otra parte, la enlazamos con la variable *servicio*, se observa que el personal de planta únicamente sólo tiene interacción con el paciente desde el 50% hasta más del 75%, mientras que el personal de servicios especiales engloba una interacción con el paciente que va desde menos del 25% hasta más del 75%.

En la variable estado civil, predomina la gente casada/o o con pareja estable (51,61%) y soltera/o (35,48%) que el resto (12,9%).

Comparándola con la variable *edad*, se puede observar que el pico alto de gente soltera lo obtienen las personas entre 25-35 años, mientras que el de gente casada lo obtienen las personas entre 35-50 años.

Respecto a la variable *profesión*, se observa que el 66,13% son enfermeros/as y el 33,87% son aux. de enfermería, que si se compara con la variable *sexo*, aparece que el $\cong 85\%$ son mujeres (enfermeras y aux. de enfermería) y el $\cong 14\%$ son hombres (enfermeros y aux. de enfermería), dando a entender que, indistintamente de la profesión, hay la misma proporción de hombres que de mujeres para ambas profesiones.

Siguiendo con la variable *edad*, se observa que predomina el personal entre 35-50 años (21 personas, de las cuales 19 mujeres y 2 hombres), seguido y empatado por el personal entre 25-35 años (18 personas, de las cuales 13 mujeres y 5 hombres) y por el personal entre 50-65 años (18 personas, 16 mujeres y 2 hombres). Por último está el personal menor de 25 años (5 mujeres), ya que no tenemos en este estudio ninguna persona superior a los 65 años. Si se relaciona esta variable con la variable *servicio*, se observa que conforme va aumentando la edad, aumenta ligeramente el personal en servicios especiales, mientras que el personal de planta varía de manera fluctuante.

Avanzando a la variable de la primera dimensión del Burnout, *cansancio emocional*, se observa un predominio del nivel medio (46,77%), seguido del nivel alto (27,42%) y del nivel bajo (25,81%). Relacionando esta variable con la variable *servicio*, se observa que mientras que en los servicios especiales los niveles están casi igualados (45%-55%), en planta se observa un claro aumento de los niveles medio/alto (83,33%) frente al nivel bajo (16,67%), por lo que se puede decir que el personal de planta presenta más cansancio emocional que el personal de servicios especiales.

Siguiendo con las otras dos dimensiones del Burnout, *despersonalización* y *realización personal*, ambas obtienen resultados muy similares: Alrededor de un 35% en nivel bajo, un 35% en nivel medio, y un 30% en nivel alto. Incluso si se relacionan independientemente cada una de estas dos dimensiones con la variable sexo, obtenemos unos resultados parecidos: Alrededor del 28% de hombres/mujeres presentan un nivel bajo, frente al 73% que presentan un nivel medio/alto.

Para finalizar, comentar que respecto a la variable de Síndrome de Burnout total, se observa que el personal presenta un escaso nivel bajo (1,61%), un amplio nivel medio (70,97%) y un moderado nivel alto (27,42%). Por consiguiente, la mayoría del personal encuestado presenta un nivel medio de Síndrome de Burnout. Como dato curioso en esta variable, se observa que conforme aumenta la edad del personal va disminuyendo el nivel medio a favor de un aumento del nivel alto, por lo que se puede decir que conforme va avanzando la edad, hay más riesgo de tener Síndrome de Burnout.

Como conclusión final podemos decir que el síndrome de desgaste profesional se está convirtiendo en un problema de salud pública, ya que si los profesionales que se dedican al cuidado de otras personas están “quemados” las consecuencias las percibe la sociedad en general, por tanto habría que considerar el bienestar de los profesionales de la salud, y de todas las profesiones de ayuda como una prioridad social.

Es importante no sólo instaurar medidas preventivas, sino también realizar nuevos estudios para ver la evolución del burnout en estos profesionales.

Conclusiones

Aproximadamente un 27,42% del personal estudiado presenta un nivel alto en la escala del Burnout. Y un 70,97% presenta un nivel medio de este síndrome.

Aparecen niveles altos de *cansancio emocional* en un 27,42% del personal, de *despersonalización* en un 29,03% y de *realización personal* en un 30,65%.

No se encuentra diferencias estadísticas significativas entre el Burnout y sus dimensiones y el personal que trabaja en servicios especiales.

No se encuentra asociación entre el personal que trabaja en servicios especiales y el '*porcentaje de la jornada laboral que pasa en interacción con enfermos y/o sus familiares*'.

El perfil sanitario del personal con Síndrome de Burnout aumenta con la edad, siendo esta un factor de riesgo.

Bibliografía

1. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. 3rd ed. Palo Alto, Cal.: Consulting Psychologists Press, 1986.
2. Seisdedos N. MBI Inventario Burnout de Maslach. Adaptación al castellano. Tea ediciones. Madrid, 1997.
3. Albaladejo, V., Ortega, P. y Astasio Arbiza, P. (2004). Síndrome de Burnout en personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, Vol. 78, Nº 4.
4. Carmona Monge F., Sanz Rodríguez L. y Martín Morales, D. (2002). Relaciones entre el Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería. Factores sociodemográficos y reactividad al estrés. *Enfermería Científica*. Ene-Feb. 2002; 238-239, pp. 33-39.
5. De Pablo, C. (2007). El Síndrome de Burnout y los profesionales sanitarios. *Nursing*, Vol. 25, Número 8, pp. 60-65.
6. Zabala Blanco J. y Ruano Gómez, M. (1992). Satisfacción en el trabajo de enfermería. *Enfermería Científica*, 119, pp. 7-13.
7. Teresa Romero G de, Vázquez García VM, Álvarez Hurtado AA, Carretero Ares JL, Alonso del Teso F, González las Heras RM. Influencia de la edad en la calidad de los componentes parciales del sueño en la población general. *Medifam*. [revista en Internet]. 2001 Ene; 11(1):23-27.
8. Rodríguez González R, Roque Doval Y, Molerio Pérez O. Estrés laboral, consideraciones sobre sus características y formas de afrontamiento. *Rev Electr Psic Cient* 2002; 1-8.

9. Gil-Monte P. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo, Maringá* 2002; 7(1):3-10.
10. Gil-Monte, P. Síndrome de Quemarse por el Trabajo: Aproximaciones Teóricas, Explicación y Recomendaciones Para su Intervención. Documento Elaborado Para la OMS. 2002.
11. Palmer Morales Y, Prince Vélez R, Searcy Bernal R. Compean Saucedo B. Prevalencia del síndrome de «burnout» en el personal de enfermería de 2 hospitales mexicanos. *Enferm Clin* 2007; 17(5):256-260.
12. Quiroz-Valdivia R, Saco-Méndez S. Factores asociados al síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco. 2004;(23).
13. Quintanilla Reyes M. Prevalencia del síndrome de Burnout en las enfermeras de la Unidad de Paciente Crítico del Hospital del Trabajador Santiago de Chile y una propuesta de intervención. *Rev. Chil Med Inten* 2004;19(1):33-38.
14. Peralta K, Pozo S. Factores asociados al síndrome de burnout en el equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo Huanta, Ayacucho. Tesis pregrado de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, 2006.
15. Carmona Monje FJ, Sanz Rodríguez LJ, Marín Morales D. Síndrome del burnout y reactividad al estrés en una muestra de profesionales de enfermería en una unidad de cuidados críticos. 2000.
16. Chacón M, Grau J. Síndrome de estrés asistencial en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos *Rev Cub Oncol* 1997;13(2):118-125.

17. García, M.; Meza, P. y Palma, M. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería del hospital de urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río. Facultad de Medicina, Universidad Católica de Chile. 1999.
18. Grajales, T. Estudio de la Validez Factorial de Maslach Burnout Inventory versión Española en una Población de Profesionales Mexicanos. 2000.
19. Grau, J. y Chacon, M. Síndrome de Quemarse por el Trabajo: Una Amenaza a los Equipos de Salud. II Jornada de Actualización En Psicología de la Salud. Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud. Colombia, 1998.
20. Ordenes, N. Prevalencia de Burnout en Trabajadores del Hospital Roberto del Río. Revista Chilena Pediatría, Vol. 75 N° 5. 2004.
21. R. M. López Lorente. El síndrome de Burnout en el personal sanitario. Instrumentos de medida. Medicina paliativa (Vol. 7). 2000.

Anexos

Anexo 1: Carta de presentación al Hospital.



Estimado Sr/Sra.:

Se le invita a participar en un estudio sobre la aparición del síndrome de Burnout (síndrome de desgaste profesional), de gran importancia por su prevalencia entre profesionales sanitarios.

Con este trabajo pretendemos valorar el posible perfil de riesgo, de mayor susceptibilidad y los principales factores determinantes para la aparición del mencionado cuadro.

Este estudio es de Trabajo de Fin de Máster, concretamente del Máster Universitario de Especialización en Cuidados de Enfermería (Módulo: Urgencias y Emergencias), está aprobado por la Universidad CEU - Cardenal Herrera y autorizado su trabajo de campo por responsables del Hospital U. y P. La Fe.

Dado que es un estudio de tipo observacional, no se va a realizar ninguna intervención sobre la práctica profesional habitual. Simplemente, se trata de contestar, de forma totalmente voluntaria, a un cuestionario anónimo y autocumplimentado. El tratamiento y la comunicación/cesión de datos de carácter personal se ajustará a lo dispuesto en la ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre sobre Protección de Datos de Carácter Personal. Por ello, ni la identidad de los encuestados ni la de la institución serán revelados, siendo estos disociados en códigos no identificables.

Agradecemos de antemano su consentimiento para la recogida de información y nos ponemos a su disposición para cualquier duda que pueda albergar, en el teléfono 606 84 57 58.

Muchas gracias por su participación.



Fdo. Alejandro Esquivel Morocho

Anexo 2: Autorización del Hospital.



D. ALEJANDRO ESQUIVEL MOROCHO
Enfermero H.U y P. La Fe y alumno
del Master de Enfermería CEU-
Cardenal Herrera

N/Ref.: JDO/ab

Asunto: Autorización Trabajo fin del Master de Enfermería

S/Ref.:

Nº RS: 155 /2013


A petición del interesado y en relación a la realización del trabajo fin del Master de Enfermería, de la Universidad CEU- Cardenal Herrera, revisando el contenido de la encuesta y reuniendo los requerimientos básicos necesarios, SE AUTORIZA A LA REALIZACIÓN DE LA MISMA, de acuerdo al contenido de ésta, entre el personal de Enfermería que voluntariamente así lo acepte, y con el conocimiento del responsable de Enfermería del Área en cuestión.

Lo que informo a los efectos oportunos.



Fdo.: Jesús Delgado Ochando
Subdirector enfermería
Área del Conocimiento, Cuidados y Docencia

Anexo 3: Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales.



CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES

Marque con una X.

Datos Personales:

1) Sexo: Hombre. Mujer.

2) Edad: < 25 años. Entre 25-35 años. Entre 35-50 años.
 Entre 50 y 65 años. Más de 65 años.

3) Nº de hijos: ____.

4) Estado Civil: Soltero/a. Divorciado/a o Separado/a.
 Casado/a o pareja estable. Viudo/a.

Datos Profesionales:

5) Profesión: Enfermera/o. Aux. de Enfermería.

6) Años de antigüedad en la profesión: ____ años.

Del Centro de trabajo:

7) Centro de trabajo: H. U. y P. La Fe.

8) Planta: ____.

9) Bloque: ____.

10) Años de trabajo en el destino actual: ____ años.

11) Tipo de atención sanitaria (Especialidad de la planta/Servicio): _____.

12) Nº de enfermos que atiende diariamente en su centro de trabajo: ____.

13) Nº de horas semanales que trabaja en el centro de trabajo: ____.

14) Nº de horas semanales que dedica a tareas domésticas: ____.

15) Porcentaje de su jornada laboral que pasa en interacción con enfermos y/o sus familiares:
 Ninguno <25% 25-50 % 50-75% >75%

Página 1 de 2

(Anverso)

Anexo 4: Cuestionario *MASLACH BURNOUT INVENTORY* (MBI).

ESCALA MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

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

- 0= NUNCA. 1= ALGUNA VEZ AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS.
 3= ALGUNAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA.
 5= VARIAS VECES A LA SEMANA. 6= DIARIAMENTE.

Marque con una X.

		0	1	2	3	4	5	6
1	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	Al final de la jornada me siento agotado.							
3	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8	Me siento "quemado" por el trabajo.							
9	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

(Reverso)