

**Universidad de Oviedo**

**Centro Internacional de Postgrado**

**Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos**

**“EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS DE RESIDENCIAS  
GERIÁTRICAS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS”**

**Autora: Tania Vidal García**

**26 de Mayo de 2014**

**Trabajo Fin De Máster**





**Universidad de Oviedo**

**Centro Internacional de Postgrado**

**Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos**

**“EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS DE RESIDENCIAS  
GERIÁTRICAS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS”**

**Trabajo Fin De Máster**

**Autora**

**Tania Vidal García**

**Nombre del Tutor**

**José Antonio Flórez Lozano**



## MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

José Antonio Flórez Lozano, Doctor en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid, Catedrático de Ciencias de la Conducta en el Departamento de Medicina de la Universidad de Oviedo (Área de Enfermería) y Profesor del Máster de Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo.

### CERTIFICA:

Que el Trabajo Fin de Máster presentado por D/Dña. Tania Vidal García, titulado “El Síndrome de Burnout en enfermeras de residencias geriátricas del Principado de Asturias”, realizado bajo mi dirección, dentro del Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo, reúne a nuestro juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Máster en la Universidad de Oviedo.

Y para que así conste dónde convenga, firman la presente certificación en Oviedo a 26 de Mayo de 2014.

Vº Bº

Fdo. José Antonio Flórez Lozano  
Tutor del Proyecto

## **ÍNDICE**

GLOSARIO	7
1. INTRODUCCIÓN	
1.1. Síndrome de Burnout	
1.1.1. Concepto del Síndrome del Burnout	8
1.1.2. Proceso de desarrollo del Síndrome del Burnout	11
1.1.3. Síntomas y consecuencias del Síndrome del Burnout	15
1.2. Concepto de geriatría	17
1.2.1. Patologías más frecuentes de los pacientes geriátricos	18
2. ESTADO ACTUAL DEL TEMA	19
3. JUSTIFICACIÓN	27
4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	
4.1. Hipótesis	29
4.2. Objetivos	
4.2.1. Objetivo principal	29
4.2.2. Objetivos secundarios	29
5. METODOLOGÍA	
5.1. Tipo de investigación	30
5.2. Población a estudio	
5.2.1. Criterios de inclusión	30
5.2.2. Criterios de exclusión	30
5.2.3. Cálculo del tamaño muestral	30

5.3. Descripción de las variables a estudiar	31
5.4. Material	36
5.5. Método	42
5.6. Temporización	43
5.7. Tratamiento estadístico de los datos	44
6. BIBLIOGRAFÍA	45
7. ANEXOS	
7.1. Anexo 1: Maslach Burnout Inventory (MBI)	50
7.2. Anexo 2: Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería (CDPE)	51
7.3. Anexo 3: Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC)	52
7.4. Anexo 4: Hoja de recogida de datos para el director del centro	53
7.5. Anexo 5: Hoja de recogida de datos para el personal de enfermería	54
7.6. Anexo 6: Consentimiento informado	55

## **GLOSARIO**

- ABVI - Actividades básicas de la vida diaria
- AE - Agotamiento emocional
- CDPE - Cuestionario de desgaste profesional de enfermería
- CD-RISC- Escala de Resiliencia de Connor-Davidson
- DP - Despersonalización
- MBI - Maslach Burnout Inventroy
- OMS - Organización Mundial de la Salud
- RP - Realización personal
- SEGG - Sociedad Española de Geriatria y Gerontología
- SQT - Síndrome de quemarse por el trabajo, o Síndrome de Burnout

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Síndrome de Burnout**

#### **1.1.1. Concepto del Síndrome del Burnout**

El término Burnout o Síndrome de estar quemado por el trabajo (SQT) está adquiriendo una relevante dimensión social. Sin embargo hace tan sólo dos décadas, la investigación sobre este síndrome era prácticamente inexistente.

Suele fijarse 1974 como fecha de nacimiento de la investigación sobre el tema, cuando el psiquiatra psicoanalista Herbert Freudenberg, describió por primera vez el Burnout gracias a las observaciones realizadas en su Free Clinic en Nueva York. Allí observó como la mayoría de voluntarios sufrían de forma progresiva una pérdida de energía hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes.<sup>1, 2, 3, 4</sup>

Freudenberg describe el Síndrome como “el agotamiento de energía experimentado por los profesionales cuando se sienten sobrepasados por los problemas de los demás”.<sup>5</sup>

Desde entonces se han elaborado numerosas definiciones para delimitar este fenómeno y explicar su desarrollo.

En 1976 la psicóloga Cristina Maslach define el Burnout como “un estrés crónico producido por el contacto con los clientes que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con los clientes en su trabajo” dándolo a conocer en 1977 en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos.<sup>5</sup>



Edelwich y Brodsky (1980) lo definen como una pérdida del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo.<sup>1</sup>

Shinn, Rosario y Chestnust (1984) consideran el Burnout como la tensión psicológica resultante del estrés en el trabajo de los servicios humanos.<sup>1</sup>

García izquierdo (1991) insiste en que el Burnout es característico de servicios humanos y lo argumenta como consecuencia de las demandas físicas y psicológicas que el propio puesto de trabajo establece, o como resultado de un desajuste entre el trabajador y su entorno laboral.<sup>1</sup>

Por el contrario otros autores señalan que el síndrome se puede desarrollar en todo tipo de profesionales, no exclusivamente en aquellas profesiones asistenciales; es el caso de Pines y Aronson (1988) que confieren al síndrome la característica de estado, realizando un abordaje predominantemente clínico del tema, entendiendo el SQT como un desgaste emocional, físico y psíquico causado por estar implicada la persona durante largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente.<sup>1, 4, 6</sup> En el mismo sentido, Shirom (1989) concluye que el contenido del síndrome tiene que ver con una pérdida de las fuentes de energía del sujeto y lo define como una combinación de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo.<sup>3</sup>

Dale en 1979 defiende que el SQT es consecuencia del estrés laboral.<sup>1</sup>

Chemis (1980) lo define como cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en los trabajadores frustrantes o con excesivas demandas.<sup>1</sup>

Faber (2000) lo describe como un reflejo de la dinámica laboral y organizacional así como de los ambientes que envuelven dicha relación en la mayoría de los trabajos actuales, en los que la competencia laboral exige intentar producir cada vez mejores resultados al menor tiempo y con los mínimos recursos posibles.<sup>1</sup>

A raíz de esta definición, en el 2001 Charnes considera que las fuentes de estrés se deben a las características del trabajo, el ambiente organizacional y a las características individuales.<sup>1</sup>

Sin embargo, a pesar de todos los intentos de conceptualización del síndrome que encontramos a lo largo de la literatura científica, la más aceptada es la que propusieron Maslach y Jackson en 1981<sup>5</sup>, al definirlo como un síndrome de agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y baja realización personal (RP) que puede ocurrir entre los individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas en situación de necesidad o dependencia y que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso.<sup>1, 3, 4, 7</sup>

Actualmente el SQT se aplica a diversos grupos profesionales y se entiende como resultado de un proceso en el que el sujeto se ve expuesto a una situación de estrés crónico laboral y ante el que las estrategias de afrontamiento que utiliza no son eficaces.<sup>3</sup> Sin embargo, no hay un consenso global para explicar la génesis y el mantenimiento de este síndrome así como tampoco hay unanimidad en cuanto a cómo se relacionan evolutivamente las tres dimensiones señaladas anteriormente (AE, DP, RP).<sup>8</sup>

### 1.1.2. Proceso de desarrollo del Síndrome del Burnout

La aparición del SQT no surge de manera súbita sino que emerge de forma paulatina, en una sucesión de etapas, por lo que se considera un proceso continuo. Sin embargo, no hay ningún modelo completamente aceptado y satisfactorio que lo explique.<sup>3</sup> Algunos de los autores que han intentado una visión más global son:

Edelwich y Brodsky (1980) han establecido varias etapas por las que atraviesa el trabajador hasta llegar al SQT:<sup>3, 9, 10</sup>

1. ETAPA DE ENTUSIASMO E IDEALISMO: fase inicial, donde el trabajador experimenta su profesión como algo estimulante, lleno de energía y con elevadas aspiraciones y los conflictos se interpretan como algo pasajero y con solución.
2. ETAPA DE ESTANCAMIENTO: comienza cuando no se cumplen las expectativas sobre el trabajo y los objetivos empiezan a aparecer como difíciles de conseguir, aún con esfuerzo.
3. ETAPA DE FRUSTRACIÓN: se considera esta etapa el núcleo central del burnout ya que es el periodo de desilusión y de la amotivación laboral, en la que brotan los problemas emocionales, físicos y conductuales.
4. ETAPA DE APATÍA: se produce la resignación del trabajador ante la imposibilidad de cambiar las cosas.
5. ETAPA DE DISTANCIAMIENTO: en esta etapa la persona está crónicamente frustrada en su trabajo, lo que le produce sentimientos de vacío total. Esta

situación le lleva a dedicarle menos tiempo al trabajo pero sin llegar a arriesgarlo, ya que cree que tiene compensaciones como el sueldo que justifican la pérdida de satisfacción.

6. ETAPA DE BURNOUT: en esta etapa se llega a la imposibilidad física y psíquica de seguir adelante en el trabajo e irrumpe con fuerza la sintomatología: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal

Por otro lado, Cherniss (1980) subraya que se llega al SQT desde el estrés laboral por un proceso de acomodación psicológica entre un trabajador estresado y un trabajo estresante, y distingue entre: <sup>3, 11</sup>

1. FASE DE ESTRÉS: se caracteriza por un desajuste entre las demandas laborales y los recursos de trabajador.
2. FASE DE AGOTAMIENTO: en la que llegan a producirse de forma crónica respuestas de preocupación, tensión, ansiedad y fatiga.
3. FASE DE AGOTAMIENTO DEFENSIVO: en la que se aprecian cambios en las actitudes y en la conducta, como el cinismo.

Faber (1991) describe seis estadios sucesivos: <sup>3</sup>

1. ENTUSIASMO Y DEDICACIÓN
2. RESPUESTAS DE IRA Y FRUSTRACIÓN
3. NO HAY CORRESPONDENCIA ENTRE EL ESFUERZO Y LOS RESULTADOS Y RECOMPENSAS

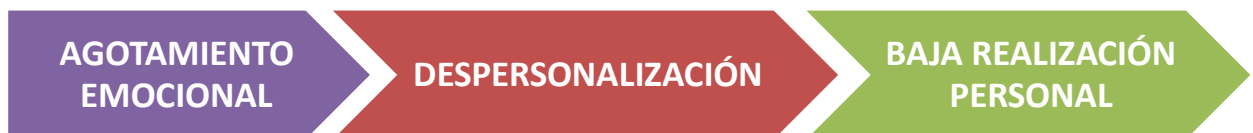
4. ABANDONO DEL COMPROMISO E IMPLICACIÓN EN EL TRABAJO
5. AUMENTO DE VULNERABILIDAD DEL TRABAJADOR Y APARICIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS
6. AGOTAMIENTO Y DESCUIDO

Existe una gran variedad de modelos que tratan de explicar cuál es la primera respuesta que surge ante el estrés laboral y cómo se establece la relación entre las dimensiones del SQT (baja RP, AE y DP). Entre ellos se encuentran:

Para Golembiewki, Munzenrider y Carter (1983) el SQT es consecuencia de un desarrollo progresivo, que se inicia con actitudes de despersonalización, como mecanismo disfuncional del afrontamiento del estrés, seguida de la baja realización personal y por último el agotamiento emocional.<sup>3,10</sup>



Leiter y Maslach (1988) consideran el agotamiento emocional como la dimensión fundamental del burnout, a la que seguirá la despersonalización y posteriormente la baja realización personal.<sup>3,10</sup>



Lee y Ashforth (1993) subrayan que tanto la despersonalización como la baja realización personal son consecuencia directa de los sentimientos de agotamiento emocional.<sup>12</sup>



En el modelo modificado de Leiter (1993), la baja realización en el trabajo se considera como una variable no relacionada causalmente con agotamiento emocional ni con la despersonalización. El agotamiento emocional conlleva a desarrollar actitudes de despersonalización.<sup>12</sup>



Para Gil-Monte, Peiró y Calcarcel (1995) el proceso de Burnout comienza con sentimientos de baja realización personal en el trabajo y paralelamente un alto nivel de agotamiento emocional lo conduce al desarrollo de actitudes de despersonalización.<sup>10,12</sup>



### 1.1.3. Síntomas y consecuencias del Síndrome del Burnout

Existe una gran variedad de síntomas asociados al SQT que pueden ser agrupados en físicos, emocionales y conductuales. Uno de los primeros en aparecer que nos sirve como señal de alarma es la dificultad para levantarse por la mañana o el cansancio patológico.<sup>1, 4, 6, 14</sup>

- SÍNTOMAS FÍSICOS: Alteraciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria, palpitaciones), alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal), alteraciones respiratorias (asma, resfriados frecuentes), alteraciones del sueño (insomnio), alteraciones dermatológicas, alteraciones menstruales, disfunciones sexuales, dolores musculares o articulares, fatiga crónica, cefaleas y migrañas, mal estar general, pérdida de peso, alergias.<sup>1, 4, 6, 13, 14</sup>
  
- SÍNTOMAS EMOCIONALES: Ansiedad generalizada y focalizada en el trabajo, depresión, irritabilidad, disforia, baja autoestima, falta de motivación, baja satisfacción laboral, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración profesional, deseos de abandonar el trabajo, impaciencia, impotencia, hostilidad, melancolía, autovaloración negativa, dificultades para la memorización, suspicacia.<sup>1, 4, 6, 13, 14</sup>
  
- SÍNTOMAS CONDUCTUALES: Absentismo laboral, abuso de drogas legales e ilegales (café, tabaco, alcohol...), aumento de conductas violentas y de elevado riesgo (conducción temeraria, ludopatía), alteraciones de la conducta

alimentaria, disminución de la productividad, falta de competencia, deterioro de la calidad de servicio, cambios bruscos de humor, incapacidad para vivir de forma relajada, dificultad de concentración, cinismo, ironía, aislamiento, irritabilidad, impulsividad, apatía, enfado frecuente.<sup>1, 4, 6, 13, 14</sup>

Estos síntomas tienen unas consecuencias negativas hacia la vida en general, disminuyendo la calidad de vida personal y aumentando los problemas familiares y en toda la red social extra-laboral del trabajador, debido a que las interacciones se hacen tensas, la comunicación termina siendo deficiente y se tiende al aislamiento.<sup>1, 4, 6, 14</sup>

Los síntomas del SQT también tienen consecuencias laborales negativas que afectan a la organización y al ambiente de trabajo. Si la organización no favorece el ajuste necesario entre las necesidades de los trabajadores y los fines de la institución, se produce una pérdida de la calidad de los servicios.<sup>1, 4, 6, 14</sup>

Se pueden establecer 4 estadios en la evolución de la enfermedad, aunque no siempre están bien definidos:<sup>6</sup>

- **Leve:** aparecen síntomas físicos vagos e inespecíficos, el afecto se vuelve poco operativo.
- **Moderada:** aparecen alteraciones del sueño, déficit de atención y concentración.
- **Grave:** abuso de alcohol y fármacos, mayor ausentismo.
- **Extrema:** aislamiento, crisis existenciales, depresión, riesgo de suicidio.



## **1.2. Concepto de geriatría**

El término geriatría apareció por primera vez a principios del siglo XX, en un artículo publicado en el New York Medical Journal por I. L. Nascher (1909) titulado “Geriatrics: The diseases of the old age and their treatments”, en el que solicitaba una medicina específica, distinta de la tradicional, para la mejor atención a los pacientes ancianos.<sup>15</sup>

Posteriormente, el hecho de que la OMS en 1946, definiera la salud como “El completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad”, permitió que la orientación de las ciencias de la salud no fuera únicamente curativo, sino que éstas completasen los aspectos de fomento de la salud, de prevención, recuperación y rehabilitación, y abordasen al hombre desde una visión biopsicosocial.<sup>17</sup>

En 1948 se creó en Madrid la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). Esta sociedad ha definido la geriatría como “la rama de la medicina que se ocupa de los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en los ancianos”. La gerontología “es la ciencia básica que estudia el envejecimientos de los seres vivos.<sup>18</sup> Esta definición refleja el cambio que se ha producido en los últimos años; ya que no incide únicamente en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de los ancianos, sino que se preocupa porque disfruten un mayor grado de bienestar y, por ende, mejoren su calidad de vida. Para poder conseguir los objetivos derivados de esta definición, es necesario que se desarrolle el trabajo de forma multidisciplinar, y es aquí donde los profesionales de enfermería tienen un papel importante en el cuidado del anciano sano y enfermo, en todos los niveles de asistencia.<sup>19</sup>

### 1.2.1. Patologías más frecuentes de los pacientes geriátricos

Con el envejecimiento se producen cambios fisiológicos en todos los sistemas del organismo que determinan la disminución de la reserva funcional, limitando la capacidad de respuesta ante un aumento de la demanda o un estrés. También se produce un deterioro de los procesos reguladores que mantienen la integración funcional entre los diferentes órganos y sistemas del individuo.<sup>20</sup> Todo ello hace que las enfermedades en el anciano se presenten de forma atípica, con síntomas inespecíficos y no necesariamente con el cuadro típico de la enfermedad concreta.<sup>20</sup>

Estas diferencias en la presentación de las enfermedades, van a ser más marcadas a mayor edad del paciente entre otros motivos por la frecuente coexistencia de pluripatología, polifarmacia y mayor fragilidad que enmascaran cuadros concretos.<sup>20</sup>

Dentro de las patologías más frecuentes de encuentran la Hipertensión arterial (50-70%), seguida de la artrosis-artritis (56,3%), prostatismo (30%), cardiopatías (29%), hipercolesterolemia (26%), diabetes mellitus (16,8%), broncopatía crónica (14,5%), depresión (11%), demencia (7,7%), patología cerebrovascular (6,9%), tumores (3%) y por último la enfermedad de Parkinson (2,3%).<sup>16</sup>

Según la OMS, el riesgo de padecer demencia aumenta netamente con la edad, y se calcula que entre un 25% y un 30% de las personas de 85 años o más padecen cierto grado de deterioro cognoscitivo.<sup>17</sup>

Debido a la gran demanda de cuidados que precisan estos pacientes, hace que sea el personal de enfermería un grupo de riesgo de presentar SQT.

## **2. ESTADO ACTUAL DEL TEMA**

Hasta ahora, el síndrome de Burnout no está incluido en el cuadro de enfermedades profesionales pero va siendo reconocido como accidente de trabajo, gracias al artículo 115.2.e de la Ley General de Seguridad Social (B.O.E. de 29 de junio de 1994), en el que se dice que tendrán la consideración de accidente de trabajo “las enfermedades que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo”.<sup>21</sup>

Varias sentencias han declarado el SQT como accidente laboral. La más importante fue la del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco del 2 de noviembre de 1999, ya que abrió la puerta para considerar como accidente de trabajo una lesión anímica producida como efecto de la realización de un determinado trabajo.<sup>22</sup>

Gran parte de los estudios que han investigado el SQT en el colectivo de enfermería, hacen referencia a las variables de tipo organizacional como causantes del estrés laboral crónico.<sup>23</sup>

Por otro lado, hay una serie de variables sociodemográficas que favorecen la aparición del Síndrome de Burnout, aunque no existe un acuerdo unánime entre los diferentes autores.

Dentro de estos factores precipitantes se encuentran:

**SEXO** → al revisar la literatura médica al respecto, aparece división de opiniones en cuanto a la mayor prevalencia de este síndrome en uno u otro grupo. Algunos estudios

afirman que las mujeres son más vulnerables en parte por la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar,<sup>6, 24</sup> mientras que otros estudios defienden que las diferencias son muy pequeñas incluso inexistentes.<sup>25</sup>

La única diferencia entre los sexos coherente aparece en el aspecto de la despersonalización del burnout, en la que los hombres tienden a obtener puntuaciones más altas que las mujeres,<sup>25,26</sup> mientras que las mujeres presentan mayor cansancio emocional<sup>24</sup> aunque también en este aspecto hay controversia.<sup>27</sup>

**EDAD** → por sí sola, la edad no parece influir en la aparición del Síndrome aunque se considera que puede existir un periodo de sensibilización, siendo especialmente vulnerables al estrés los profesionales en formación, ya que es cuando se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana,<sup>24</sup> y aquellos que tienen más de 10 años de experiencia.<sup>6</sup>

Otros artículos defienden que a medida que aumenta la edad disminuye la tensión laboral con lo que el grado de Burnout es menor, aunque sólo la escala de cansancio emocional se relaciona positivamente con la edad.<sup>1, 4, 28</sup> Del mismo modo, a mayor antigüedad, mayor falta de realización personal.<sup>24</sup>

**ANTIGÜEDAD PROFESIONAL**, está muy relacionada con la edad, ya que a mayor edad, más años de ejercicio profesional.

**ESTADO CIVIL** → tampoco hay un acuerdo unánime respecto a esta variable. Algunos artículos mantienen que no hay una asociación estadística entre el estado civil y el Burnout.<sup>27, 28</sup> Sin embargo según otros artículos parece que los individuos solteros son

más susceptibles de experimentar el síndrome, mientras que las personas separadas, divorciadas y viudas son las que presentan mayor falta de realización personal.<sup>6, 24</sup> Por el contrario, otros artículos mantienen que son las personas casadas las que poseen mayor probabilidad de padecer el síndrome.<sup>4</sup>

Este aspecto no es fácilmente generalizable, ya que lo que puede contribuir a desencadenar o reducir el burnout no es en sí el estado civil, sino en realidad el apoyo que recibe el trabajador por parte de su pareja. Los sujetos que mantienen una relación en conflicto es posible que en vez de beneficiarse y reducir el estrés, manifiesten una mayor ansiedad.<sup>25</sup>

**HIJOS** → al igual que ocurría con el resto de variables no hay un acuerdo unánime al respecto, en general los resultados apoyan la existencia de menores niveles de Burnout en las personas que tienen hijos frente a las que no los tienen, debido a que suelen tener mayor edad y por lo tanto son más maduras psicológicamente.<sup>6, 25</sup> Sin embargo en algunos trabajos no se han encontrado diferencias significativas entre el hecho de tener o no hijos,<sup>24</sup> pero se ha observado que los niveles de cansancio emocional disminuyen a medida que se incrementa el número de hijos.<sup>27</sup>

**TURNICIDAD LABORAL** → está demostrado que la rotación del turno laboral y el horario nocturno genera la desincronización de los ritmos biológicos circadianos, generando trastornos de sueño, trastornos gastrointestinales y cardiovasculares; sin embargo no se ha hallado conexión con las dimensiones específicas del burnout.<sup>29</sup>

Algunos autores mantienen que no existe asociación entre la turnicidad y el burnout,<sup>28</sup> mientras que otros defienden que lo favorece.<sup>6,30</sup>

Aunque no existe unanimidad en este criterio en las profesiones estudiadas, es en el personal de enfermería donde se estima que esta influencia puede ser mayor.<sup>24</sup>

**TIPO DE CONTRATO** → a esta variable apenas se le ha prestado atención, sin embargo García ha obtenido que los sujetos con plaza fija muestran mayores niveles de Burnout que los eventuales,<sup>31</sup> esta relación es apoyada por otros artículos pero sólo en relación a la escala de cansancio emocional.<sup>27</sup> Sin embargo otros autores no han encontrado diferencias en este sentido.

**SALARIO** → es otro factor que afectaría al desarrollo del Síndrome aunque no está demostrado en la literatura médica.<sup>6</sup> Según los estudios sobre motivación laboral, el salario no constituye un aspecto clave en la motivación una vez que alcanza unos niveles aceptables.

**HORAS DE TRABAJO SEMANALES** → no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout, aunque autores como Arguye Garden refieren que a mayores demandas, mayor probabilidad de padecer el síndrome.<sup>1,24</sup>

Sin embargo, según otros artículos son las personas que dedican entre 36 y 40 horas semanales, las que presentan mayores niveles de burnout, por encima de aquellas que trabajan menos de 36 horas o más de 40.<sup>24</sup>

**SOBRECARGA LABORAL** → diversas investigaciones demuestran que las personas que poseen sobrecarga laboral son más vulnerables a padecer el síndrome debido a que existe un incremento en los niveles de agotamiento emocional, componente central en la aparición del Síndrome del Burnout.<sup>32</sup> Del mismo modo, esta variable repercute negativamente en la calidad de las prestaciones ofrecidas por los trabajadores.

**CLIMA LABORAL Y SATISFACCIÓN LABORAL** → cuanto más favorable es el clima y la satisfacción laboral menor es el estrés.<sup>1</sup>

**RESILIENCIA O PERSONALIDAD RESISTENTE** → los conceptos de personalidad resistente y resiliencia están muy relacionados, ya que ambos implican una capacidad para hacer frente de forma adaptativa a las circunstancias adversas.<sup>33, 34</sup> Se asocian a un crecimiento positivo y a superación de los desafíos.<sup>35</sup>

Otras variables que favorecen el Burnout desde el punto de vista organizacional son:<sup>1</sup>

**EL GRADO DE EJECUCIÓN Y AUTONOMÍA EN EL TRABAJO**

**AMBIGÜEDAD EN EL ROL**

**NEGATIVA DINÁMICA DE TRABAJO**

**BAJAS EXPECTATIVAS DE REFUERZO Y ALTAS EXPECTATIVAS DE CASTIGO**

**FALTA DE COMUNICACIÓN ENTRE EL EQUIPO DE TRABAJO**

**EXCESIVO CONTROL DEL PERSONAL POR LA DIRECCIÓN**

**BUROCRATIVACIÓN EXCESIVA**

**INADECUACIÓN LABORAL**

**FALTA DE APOYO ORGANIZACIONAL**



Resumimos en una tabla los resultados anteriormente citados:

<b>Artículo</b>	<b>Año</b>	<b>Muestra</b>	<b>Resultados</b>
“Burnout y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos” <sup>5</sup>	2001	30 enfermeras	Enfermería presenta > AE, soporta más presión y está más insatisfecha con el puesto de trabajo.
“Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario” <sup>24</sup>	1997	294	Mujeres → más vulnerables y con > AE
			Personal en formación más vulnerable
			Más antigüedad → < RP
			Separados, viudos y divorciados → < RP
			Solteros → > riesgo de Burnour
			No hay diferencias significativas en relación al tener o no hijos
“Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del Burnout en profesionales de enfermería” <sup>26</sup>	2002	330	Hombre → > DP
“Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud” <sup>27</sup>	2000	354	Hombres → > AE y DP
			Menos hijos → > AE
			Personal con plaza → >AE
“Personalidad resistente, calidad de vida y Burnout en profesionales de la salud de centros gerontológicos” <sup>33</sup>	2013	356	Hay una importante relación entre personalidad resistente, el burnout y algunas variables sociodemográficas y laborales con la calidad de vida percibida
“Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario Hispanoamericano y Español” <sup>28</sup>	2007	11.530	Médicos → > SQT
			La edad, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción laboral y la valoración económica son variables protectoras de Burnout

Artículo	Año	Muestra	Resultados
"Resiliencia y el modelo Burnout - Engagement en cuidadores formales de ancianos" <sup>34</sup>	2006	265	Baja resiliencia → > AE y actitudes de indiferencia en el trabajo
			Alta resiliencia → pueden sufrir Burnout pero es más probable que adquieran mayores habilidades y competencias de compromiso laboral
"Síndrome de desgaste profesional o de Burnout en el personal de enfermería" <sup>32</sup>	2008	15	El estrés constituye el preámbulo para desarrollar Burnout
			Falta de personal → sobrecarga en las funciones → desgaste profesional
"El trastorno de estrés y Burnout síndrome traumático prevalencia y el impacto de tu mensaje en enfermeras" <sup>36</sup>	2009	810	86% de las enfermeras cumplen criterios de Burnout
"Prevalencia de desgaste profesional y sus factores asociados, en las enfermeras en Tabriz en 2010" <sup>30</sup>	2012	712	El riesgo de Burnout ↑ turno de noche
"The role of sex and Family Variables in Burnout" <sup>25</sup>	1985	845	Hombre → > DP
			Sujetos con relaciones conflictivas → > ansiedad
			Personas con hijos → < SQT
"Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios" <sup>31</sup>	1991	399	Relación positiva entre Burnout y problemas físicos
			Sobrecarga laboral → > AE → > SQT
			No diferencias en cuanto al estado civil
			Personas con plaza → > Burnout y < satisfacción laboral
			Mujeres → presentan más problemas físicos asociados al Burnout
			Sujetos casados → > satisfacción laboral
			Bajo nivel de satisfacción laboral es un buen predictor del Burnout

### 3. JUSTIFICACIÓN

Desde hace años, el colectivo formado por personas mayores de 64 años no ha dejado de crecer en España, según el Instituto Nacional de Estadística (INE); situando a Asturias como la comunidad autónoma con mayor índice de envejecimiento de España (196,96%) (figura 1) y con una tasa de dependencia de la población mayor de 64 años del 35,16% en 2013.<sup>37</sup>

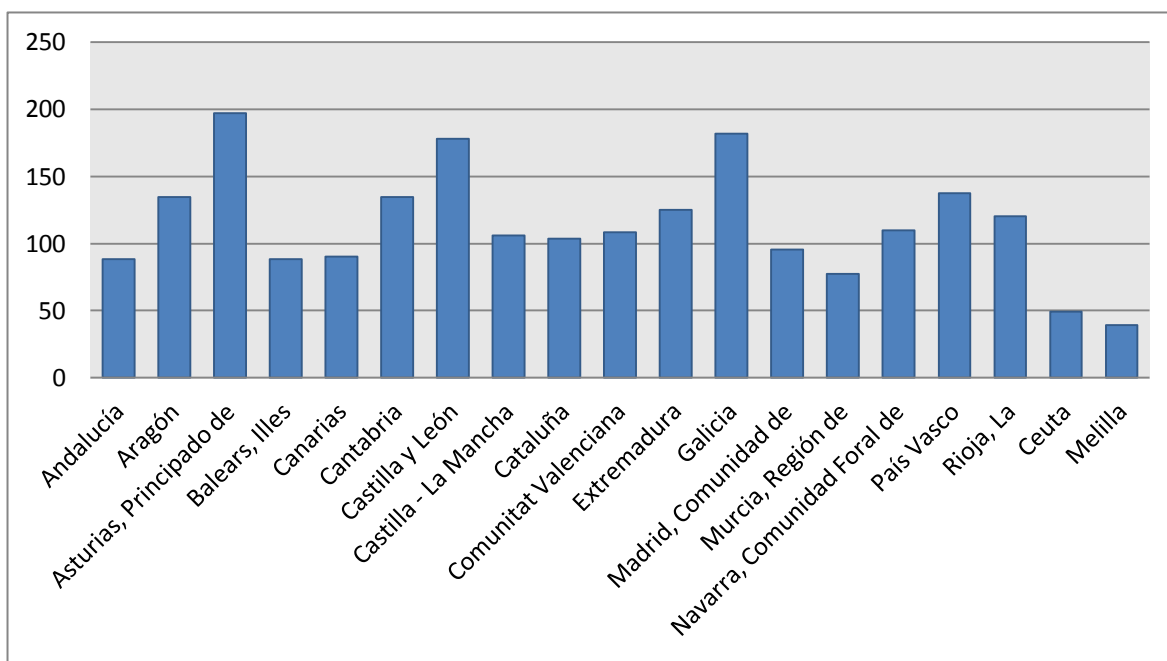


Figura 1. Índice de envejecimiento 2013

Se estima que al menos un 1% de la población mayor de 65 años está totalmente inmovilizada, un 6% padece severas limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y hasta un 10% presenta incapacidad moderada.<sup>18</sup> Dichos porcentajes aumentan considerablemente al analizar la población por encima de los 80 años.

Por todo ello, si al aumento de los índices de envejecimiento, le sumamos el incremento de la expectativa de vida y la elevada prevalencia de enfermedad en las

personas mayores, hace que se produzca una verdadera “geriatrización de la medicina”, entendida ésta como el continuo incremento del consumo de recursos sanitarios y asistenciales por este sector de la población. Ya que hace que, un porcentaje importante de los cuidados se lleven a cabo en instituciones al no poder recibir una asistencia adecuada en el domicilio.

A pesar de que en la última década se han incrementado el número de centros destinados a la atención de mayores, la creciente demanda de plazas y el escaso presupuesto con el que suelen contar las instituciones han ocasionado que la mayoría de ellas se encuentren con una elevada tasa de ocupación y con unos ratios de personal muy por debajo de lo recomendado por los expertos. Si a todo ello se une el desgaste que genera el cuidado de personas dependientes, hace que sea el personal de enfermería un grupo de alto riesgo para desarrollar Burnout.<sup>5</sup>

Por otro lado, el SQT produce un deterioro general lo que genera unas consecuencias negativas para la vida, disminuyendo la calidad de vida personal.<sup>34</sup>

En la actualidad constituye uno de los daños laborales de carácter psicosocial más importantes ya que aumenta la tasa de absentismo y las bajas laborales. Todo ello conlleva una disminución del desempeño del trabajo y la falta de calidad del servicio.<sup>23</sup>

## **4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

### **4.1. Hipótesis**

Partimos de la hipótesis de que el personal de enfermería de los centros geriátricos de Asturias es altamente vulnerable al Síndrome de Burnout.

### **4.2. Objetivos**

#### **4.2.1. Objetivo principal**

Identificar el síndrome de Burnout en el personal de enfermería de centros geriátricos del Principado de Asturias.

#### **4.2.2. Objetivos secundarios**

- Conocer las causas directas del Síndrome de Burnout.
- Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en la aparición de Burnout en relación a variables sociodemográficas y laborales.
- Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de Burnout en los centros estudiados.
- Conocer la influencia del apoyo percibido por el personal de enfermería.
- Detectar la prevalencia de la despersonalización, agotamiento emocional y a realización personal del personal de enfermería en los centros geriátricos del Principado de Asturias.
- Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre centros públicos y privados.
- Conocer la influencia de la formación en geriatría y gerontología en el Burnout.

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1. Tipo de investigación**

Descriptivo de prevalencia transversal

### **5.2. Población a estudio**

#### **5.2.1. Criterios de inclusión**

- Las/os enfermeras/os de centros geriátricos y gerontológicos del Principado de Asturias que acepten participar en el estudio, independientemente del tiempo que lleven en la residencia.

#### **5.2.2. Criterios de exclusión**

- El personal de enfermería que no desee participar en el estudio.
- El personal de enfermería que se encuentre en estado de baja en el momento de la realización del estudio.
- Todo el personal de la residencia que no ostente el título de enfermera.

#### **5.2.3. Cálculo del tamaño muestral**

La población a estudio será el total de enfermeras que trabajen en centros geriátricos registrados en el Principado de Asturias, que cumplan los criterios de inclusión fijados.

Para determinar el tamaño muestral utilizamos la fórmula para estimar una proporción, donde:

$$x = \frac{Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2}$$

$Z_{\alpha} = 1,96$  (ya que el nivel de confianza es del 95%)

$p =$  (proporción esperada) en este caso 5% = 0,05

$q = 1 - p$ ; en este caso 0,95

$d =$  (precisión deseada) en este caso 3% = 0,03

La captación de la muestra será realizada de forma aleatoria de entre todas las residencias registradas en el Principado de Asturias hasta completar la muestra de 203 enfermeros.

### **5.3. Descripción de las variables a estudiar**

- Sexo: variable cualitativa dicotómica medida a través de las opciones: hombre o mujer
- Edad: variable cuantitativa continua, especificando los años completos que tiene en el momento de cubrir la encuesta.
- Antigüedad en la profesión: variable cuantitativa continua, se especificarán los años que lleve trabajados en la profesión.
- Antigüedad en el centro: variable cuantitativa continua, se especificarán los años completos que lleve en el centro; en el caso de no llegar al año, se especificarán los meses o si fuera inferior las semanas que lleva en el centro.

- Si se trata de un empleo vocacional: variable cuantitativa dicotómica medida a través de las opciones: si o no.
- Estado civil: variable cualitativa. El profesional deberá elegir una de las siguientes opciones: sin pareja, con pareja, casado o viviendo en pareja, divorciado y viudo.
- Hijos: variable cuantitativa discreta. El número de hijos que tiene el profesional, pudiendo elegir entre las siguientes opciones: sin hijos, 1, 2,3, otro (especificando el número).
- Turno laboral: variable cualitativa, medido a través de las opciones: mañana, tarde, noche, fijo y rotatorio. En las que el profesional deberá marcar como mínimo una de cada columna.
- Tipo de contrato: variable cualitativa, y se medirá a través de las opciones: fijo, eventual, prácticas y otro, en cuyo caso deberá especificar qué tipo de contrato es.
- Salario: variable cualitativa, en la que el paciente expresará mediante la opción si o no su acuerdo respecto al sueldo.
- Grado de dependencia de los residentes: variable cualitativa, y se medirá a través de las opciones: no dependiente, dependencia moderada, dependencia severa o gran dependencia.
- Grado de Burnout: variable cualitativa que se medirá mediante el Maslach Burnout Inventory.<sup>5</sup>
- Sobrecarga laboral: variable cualitativa que se medirá mediante el Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería. Una vez hecho el recuento de las puntuaciones se clasificará el nivel de sobrecarga en bajo, medio o alto.



- Satisfacción con el trabajo, con la interacción con los pacientes, con el apoyo de los directivos, con la colaboración de los compañeros y con su experiencia profesional: variable cuantitativa, en la que el paciente debe responder a unas preguntas indicando su grado de satisfacción entre las siguientes opciones: nada satisfecho, poco satisfecho, bastante satisfecho o totalmente satisfecho.
- Nº de horas semanales: variable cuantitativa, se especificaran las horas semanales que trabaja en la residencia.
- Ambigüedad en el rol: variable cualitativa que se medirá mediante el Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería. Una vez hecho el recuento de las puntuaciones se clasificará el nivel de ambigüedad en bajo, medio o alto.
- Falta de cohesión: variable cualitativa que se medirá mediante el Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería. Una vez hecho el recuento de las puntuaciones se clasificará en bajo, medio o alto.
- Supervisión: variable cualitativa que se medirá mediante el Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería. Una vez hecho el recuento de las puntuaciones se clasificará en bajo, medio o alto.
- Resiliencia: variable cuantitativa discreta, que se medirá mediante la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson.<sup>35</sup>
- Conocimientos específicos en geriatría: variable cualitativa, en la que el paciente indicará si tiene alguna formación en geriatría.

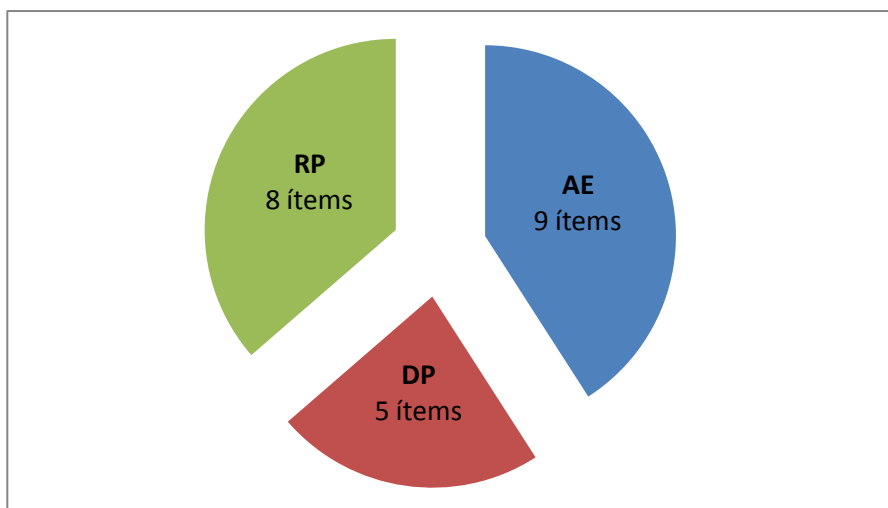
<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN OPERATIVA</b>	<b>FORMA DE MEDIDA</b>
<b><i>Sexo</i></b>	Sexo del individuo	<b><i>Hombre Mujer</i></b>
<b><i>Edad</i></b>	Edad en años completo	
<b><i>Antigüedad en el centro</i></b>	Años completos que lleva en el centro. Si fuera menos de un año especificar meses o semanas	
<b><i>Antigüedad en la profesión</i></b>	Años completos que lleve trabajando en la profesión	
<b><i>Empleo vocacional</i></b>	Se trata de un trabajo vocacional	<b><i>Si No</i></b>
<b><i>Hijos</i></b>	Número de hijos que tiene	<b><i>Sin hijos 1 2 3 Otro (especificando)</i></b>
<b><i>Estado civil</i></b>	Situación personal en la que se encuentra la persona	<b><i>Sin pareja Con pareja Casado o viviendo en pareja Divorciado/a Viudo/a</i></b>
<b><i>Turno laboral</i></b>	El turno de trabajo que tiene (marcando varias si es necesario)	<b><i>Fijo Rotatorio Mañana Tarde Noche</i></b>
<b><i>Tipo de contrato</i></b>	Contrato que tiene en la empresa	<b><i>Fijo Eventual Prácticas Otro (especificar)</i></b>
<b><i>Salario</i></b>	Indicar si está de acuerdo con el dinero que percibe por su trabajo	<b><i>Si No</i></b>

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN OPERATIVA</b>	<b>FORMA DE MEDIDA</b>
<b><i>Grado de dependencia de los residentes</i></b>	Grado de ayuda que necesitan los residentes	<b><i>No dependientes Dependencia moderada Dependencia severa Gran dependencia</i></b>
<b><i>Satisfacción con el trabajo, con la interacción con los pacientes, con el apoyo de los directivos, con la colaboración de los compañeros y con su experiencia profesional</i></b>	Si está contento con el trabajo, la interacción con los pacientes, con el apoyo de los directivos, con la colaboración de los compañeros y con su experiencia profesional	<b><i>Muy satisfecho Poco satisfecho Bastante satisfecho Totalmente satisfecho</i></b>
<b><i>Grado de burnout</i></b>	Se encuentra quemado por su trabajo	<b><i>Bajo Medio Alto</i></b>
<b><i>Sobrecarga laboral</i></b>	Se siente sobrepasado por su trabajo	<b><i>Bajo Medio Alto</i></b>
<b><i>Ambigüedad en el rol</i></b>	Si tiene claras las tareas que debe realizar	<b><i>Bajo Medio Alto</i></b>
<b><i>Supervisión</i></b>	Grado en el que se siente controlado por sus superiores	<b><i>Bajo Medio Alto</i></b>
<b><i>Resiliencia</i></b>	Capacidad que tiene el trabajador para hacer frente a las circunstancias difíciles	
<b><i>Número de horas semanales</i></b>	Número de horas que trabaja en la residencia	
<b><i>Conocimientos específicos en geriatría</i></b>	Si tiene formación especializada en geriatría	<b><i>Si No</i></b>

#### **5.4. Material**

Existe una gran variedad de instrumentos para evaluar el Síndrome de Burnout, pero en este estudio utilizaremos el **Maslach Burnout Inventory (MBI)**,<sup>4, 5</sup> que consta de 22 ítems que el sujeto valora mediante un rango de 6 adjetivos que van de “nunca” a “diariamente” con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems. (Anexo 1)

Esta escala, que se ha convertido en la más aceptada por su amplia utilización en estudios de investigación, está validada internacionalmente con una alta consistencia interna de 0.8 y una fiabilidad de 0.9 para el agotamiento emocional, 0.71 para la realización personal y 0.79 para la despersonalización.<sup>39</sup> Además, evalúa las tres dimensiones propias del síndrome (DP, AE y RP).<sup>40</sup> (Figura 2)



*Figura 2: Las tres dimensiones del SQT*

Hasta el momento, ha tenido tres revisiones y en la última, se ha sustituido el término de despersonalización por “cinismo”, además de introducir las profesiones no asistenciales.<sup>7</sup>

Las puntuaciones para cada una de las subescalas se obtienen de sumar los puntos de los elementos que corresponden a cada una de ellas y son:<sup>5</sup>

- Subescala de Agotamiento Emocional (AE): está formada por 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20) que refieren la pérdida de ganas de trabajar, disminución del interés y de la satisfacción laboral.

La puntuación máxima es de 54 puntos, por lo que cuanto mayor es la puntuación en esta subescala, mayor es el agotamiento emocional y el nivel de Burnout experimentado por el sujeto; según la siguiente tabla:

Burnout	BAJO	MEDIO	ALTO
Puntuaciones (AE)	≤19	26 – 29	≥27

- Subescala de Despersonalización (DP): consta de 5 ítems (5, 10, 11, 15 y 22) que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención.

La puntuación máxima es de 30 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala, mayor es la despersonalización y el nivel de Burnout experimentado por el sujeto; de la siguiente forma:

Burnout	BAJO	MEDIO	ALTO
Puntuaciones (DP)	≤6	6 – 9	≥10

- Subescala de Realización Personal (RP): está compuesta por 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21) que describen sentimientos insuficiencia profesional y baja autoestima.

La puntuación máxima es de 48 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la realización personal y por lo tanto menor nivel de Burnout experimentado por el sujeto; de tal manera que:

Burnout	BAJO	MEDIO	ALTO
Puntuaciones (RP)	≥40	34 – 39	≤33

Estas tres escalas deben evaluarse por de forma separada y no combinarlas en una puntuación única porque no está claro si las tres pesan igual en esa puntuación.

Para evaluar la sobrecarga laboral, la ambigüedad en el rol, la supervisión y la relación entre el personal y el clima laboral utilizaremos el **Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería (CDPE)** elaborado por Moreno-Jiménez y cols (2000). (Anexo 2)

La consistencia interna de sus escalas, probada en una muestra de 389 profesionales de enfermería<sup>38</sup> resultó satisfactoria, con valores que oscilaron entre 0,57 y 0,94, con un valor medio de 0,81. La validez de constructo, evaluada inicialmente a través de la estructura factorial del instrumento y mediante el análisis de correlación entre las escalas resultó igualmente adecuada.

El cuestionario completo consta de 174 ítems, en el que se trata de evaluar las variables intervinientes en el proceso de desgaste profesional y que se responden mediante una escala tipo Likert con un rango de 1 a 4, donde 1 es totalmente en desacuerdo y 4 totalmente de acuerdo.<sup>38</sup>

De forma más específica, es posible diferenciar las siguientes escalas que configuran el cuestionario, de las que sólo seleccionaremos las citadas anteriormente, ya que el CDPE puede ser conceptualizado como un instrumento flexible de evaluación, de forma que es posible utilizar todas las escalas para obtener una visión amplia del proceso de desgaste, o bien seleccionar las relativas a aquellos aspectos que se consideren útiles:

- *Factores antecedentes del síndrome propios del ámbito organizacional:* consta de 62 ítems distribuidos en 7 sub-escalas:
  - *Interacciones conflictivas*
  - **Sobrecarga laboral:** recogidas en los ítems 10, 11, 12, 15, 16, 21, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35 y 38 de nuestro cuestionario.
  - *Conflicto con la muerte y el dolor*
  - **Ambigüedad del rol:** recogidas en los ítems 3, 13, 20, 22, 23 y 36 de nuestro cuestionario.
  - *Monotonía de la tarea*
  - **Falta de cohesión:** recogidas en los ítems 1, 2, 7, 8, 14 y 26 de nuestro cuestionario.
  - **Supervisión:** recogidas en los ítems 4, 5, 6, 9, 17, 18, 19, 24, 25, 29 y 37 de nuestro cuestionario.
  
- *Características del síndrome:* formado por 29 ítems distribuidos en 3 sub-escalas. Se realiza teniendo en cuenta las tres dimensiones clásicas propuestas por Maslach y Jackson.
  - *Agotamiento emocional*

- *Despersonalización*
- *Falta de Realización personal*
- *Personalidad resistente*: formado por 21 ítems distribuidos en 3 sub-escalas:
  - *Compromiso*
  - *Reto*
  - *Control*
- *Estrategias de afrontamiento*: formado por 11 ítems distribuidos en 3 sub-escalas:
  - *Búsqueda de apoyo social*
  - *Afrontamiento directo*
  - *Evitación*
- *Consecuencias del síndrome*: formado por 51 ítems distribuidos en 4 sub-escalas:
  - *Psicológicas*
  - *Organizacionales*
  - *Socio-familiares*
  - *Físicas*

Para la evaluación de este cuestionario es necesario calificar individualmente cada una de las sub-escalas y a partir de ahí se determina el grado de afectación: bajo, medio y alto. Una vez valoradas estas sub-escalas se procede a realizar la interpretación basándonos en los siguientes supuestos teóricos:



	BAJO	MEDIO	ALTO
<b>Sobrecarga</b>	15 – 37	38 – 45	46 – 60
<b>Ambigüedad en el rol</b>	6 – 13	14 – 17	18 – 24
<b>Falta de cohesión</b>	6 – 11	12 – 14	15 – 24
<b>Supervisión</b>	11 – 26	27 – 32	33 – 48

Para valorar la resiliencia utilizaremos la versión española de la **Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC)** que consta de 17 ítems estructurados en una escala sumativa tipo Likert con un rango que va de 0 a 4 según la frecuencia, donde: 0 es nunca, 1 casi nunca, 2 a veces, 3 casi siempre y 4 siempre).<sup>35</sup> (Anexo 3)

Este instrumento, breve y fácil de aplicar, mostró aceptables valores de bondad de ajuste y de consistencia interna, además de una adecuada validez convergente.<sup>35</sup>

Esta escala no tiene establecido un punto de corte por lo que, a mayor puntuación, mayor resiliencia.

Para la recogida de las variables sociodemográficas y relativas al centro de trabajo, utilizaremos un **cuestionario de elaboración propia** en el que se distinguirán dos modelos: uno de ellos para el director del centro en el que se recogerán los datos relativos al centro de trabajo (tipo de residencia: pública, privada..., grado de dependencia de los residentes....). (Anexo 4)

El otro modelo será para el personal de enfermería, e incluirá las variables de sexo, edad, categoría, hijos, satisfacción... además de los tres cuestionarios descritos anteriormente (MBI, CDPE y CD-RISC). (Anexo5)

Además de los instrumentos de evaluación descritos anteriormente, serán necesarios otros recursos que serán aportados por el investigador principal: folios, fotocopias, sobres para introducir las encuestas, una caja cerrada donde depositar el sobre con las encuestas cumplimentadas, ordenador y paquete estadístico SPSS.

## **5.5. Método**

La captación de la muestra será realizada de forma aleatoria de entre todas las residencias registradas en el Principado de Asturias. Para ello nos guiaremos por el listado de residencias públicas<sup>41</sup> y privadas<sup>42</sup> extraído de la web Asturias.es, del principado de Asturias y de la guía de residencias para mayores y centros de día,<sup>43</sup> en la que se seleccionarán tantas residencias de forma aleatoria como sean necesarias para completar la muestra.

Una vez seleccionadas las residencias que se incluirán en el estudio, nos pondremos en contacto con los directores para informarles sobre los objetivos del estudio, el procedimiento y pedirles su consentimiento y colaboración para poder llevarlo a cabo. En el caso de que algún director no quiera participar, se seleccionará aleatoriamente otra residencia hasta completar la muestra.

Una vez completada la muestra, se concertará una reunión para hablar con el personal de enfermería para explicarles todo lo referido al estudio, solicitar su colaboración y hacerles entrega de las encuestas y del consentimiento informado (anexo6) junto con un sobre en el que las deberán introducir una vez cumplimentadas.

Del mismo modo, se fijará un lugar en el que se colocará una caja cerrada para depositar el sobre y una fecha tope de recogida según el número de enfermeros que tenga la residencia.

En la fecha fijada, se recogerán las cajas para el posterior análisis de los resultados de las encuestas.

### **5.6. Temporización**

Este proyecto de investigación se llevará a cabo desde el 1 de Enero de 2015 hasta el 31 de Diciembre de 2015 según el siguiente plan de trabajo.

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Tema de investigación /evaluación									
Diseño del estudio									
Solicitud de permisos									
Entrevista con el director del centro									
Distribución y recogida de cuestionarios									
Análisis y tratamiento estadístico de los datos									
Interpretación de los datos									
Redacción del informe									

### **5.7. Tratamiento estadístico de los datos**

Para la estadística descriptiva de las variables cualitativas utilizaremos tablas de distribución de frecuencias, absolutas y relativas (n y %).

De las variables cuantitativas analizaremos además de las medidas anteriormente citadas, las medidas de tendencia central (media con su IC<sub>95</sub>, mediana, moda y percentiles) y los valores de dispersión (desviación típica y rango).

En un análisis multivariante intentaremos establecer en qué medida explican las variables sociodemográficas, personales y laborales el nivel de Burnout.

## **6. BIBLIOGRAFÍA**

1. Moreno Toledo Á. Burnout Asistencial: Identificación, Prevención y Mediación en Factores Precipitantes. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2007 Marzo; 10(1).
2. Maslach C, B. Schaufeli W. Historical and conceptual development of burnout. En B. Schaufeli W, editor. Professional burnout:Recent developments in theory and research. 1993; 1-16.
3. Martínez Pérez A. El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. 2010 septiembre;(112).
4. Ortega Ruíz C, López Ríos F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. Int J Clin Health Psychol. 2004; 4(1): 137-160.
5. Bujalance Hoyos J, Villanueva Pardo F, Guerrero Manzano S, Conejo García J, González Valentín A, Sepúlveda Jurado A, et al. Burnout y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2001; 36(1): 32-40.
6. Apiquian Guitart A. El síndrome de burnout en las empresas. En Tercer Congreso de Escuelas de Psicología de las Universidades Red Anáhuac. Mérida; 2007; Yucatán.
7. Maslach C, P. Leiter M, Schaufeli W. Measuring burnout. En Cartwright S, Cooper C, editors. The Oxford handbook of organizational well-being.: Oxford University Press. 2008; 86-108.
8. Molina J, Avalos F, Giménez I. Burnout en enfermería de atención hospitalaria. Enfermería clínica. 2005; 15(5): 275-82.
9. Carlotto MS, Gobbi MD. Desempleo y Síndrome de Burnout. Revista de Psicología. 2001; 10(1).

10. Rubio Jiménez JC. Fuentes de estrés, Síndrome de Burnout y Actitudes disfuncionales en Orientadores de Institutos de Enseñanza Secundaria [tesis doctoral]. Badajoz: Universidad de Extremadura; 2003.
11. Bernaldo de Quirós-Aragón M, Labrador-Encinas FJ. Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencias extrahospitalarias. *Int J Clin Health Psychol.* 2007; 7(2): 323-35.
12. Gómez Pérez L. Crisis personal docente: más que estrés. En Generalitat V, editor. *Prevención del estrés profesional docente.* Valencia. 2000; 104-6.
13. Gómez Seguí A. El estrés del docente desde la perspectiva médico laboral. En Generalitat V, editor. *Prevención del estrés profesional docente.* Valencia. 2000; 66-77.
14. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Electrónica InterAção Psy.* 2003 agosto; (1): 19-33.
15. Guillén Llera F. Geriátrica: definiciones y conceptos. En Macías Núñez JF, editor. *Geriátrica desde el principio.: Glosa.* 2005; 103-11.
16. Guillén Llera F. Patología del Envejecimiento. En Macías Núñez JF, editor. *Geriátrica desde el principio.: Glosa.* 2005; 83-101.
17. Organización Mundial de la Salud. [Online]. [fecha de acceso 20 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>.
18. Robles Raya MJ, Miralles Basseda R, Llorach Gaspar I, Ververa Alemany AM. Definición y objetivos de la especialidad de geriatría. Tipología de ancianos y población diana. En *Tratado de geriatría para residentes.: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.* 2007; 25-32.

19. Guillén Llera F, Ruizpérez Cantera I. Manual de Geriátria. 3rd ed. Barcelona: Masson; 2003.
20. Luengo Márquez C, Maicas Martínez L, Navarro González MJ, Romero Rizos L. Justificación, concepto e importancia de los síndromes geriátricos. En Tratado de geriatría para residentes.: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 2007; 143-50.
21. Ley General de la Seguridad Social. Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de junio. Boletín Oficial del Estado, nº154, (29-07-1994).
22. Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco. 2 de noviembre de 1999
23. Chiang MM, Sigoña M. burnout en trabajadores de hospitales comunitarios o de baja complejidad: una comparación de género y de nivel de escolaridad. Revista de Psicología de la Universidad de Chile. 2011 junio; 20(1): 33-52.
24. Atance Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. Rev Esp Salud Publica. 1997 mayo/junio; 71(3).
25. Maslach C, Jackson SE. The role of sex and family variables in burnout. Sex Roles. 1985; 12(7-8): 837-51.
26. Gil-Monte PR. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. Psicología em Estudo. 2002 junio/julio; 7(1).
27. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. Rev Esp Salud Pública. 2009 marzo/abril; 83(2): 215-30.

28. Caballero Martín MA, Bernejo Fernández F, Nieto Gómez R, Caballero Martínez F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*. 2001 marzo; 27(5).
29. Van Servellen G, Leake B. Burn-out hospital nurses: a comparison of acquired immunodeficiency syndrome, oncology, general medical and intensive care unit nurses samples. *J Prof Nurs*. 19993 mayo/junio; 9(3): 169-77.
30. Mohammadpoorasl A, Maleki A, Sahebihagh MH. Prevalencia de desgaste profesional y sus factores asociados, en las enfermeras de Tabriz en 2010. *J Nursing Partería Res*. 2012 noviembre-diciembre; 17(7): 524-9.
31. García M. Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 1991; 7: 3-12.
32. Arias F, Barboza N, Blanco J, Fajardo E, Rivera R, Rodríguez S, et al. Síndrome del desgaste profesional o de burnout en el personal de enfermería. *Revista enfermería actual en Costa Rica*. 2007/2008 octubre/marzo;(13).
33. Failde Garrido JM, Carballo Bouzas JA, Lameiras Fernández M, Rodríguez Castro Y. Personalidad resistente, calidad de vida y burnout en profesionales de la salud de centros gerontológicos. *Salud(i)Ciencia*. 2013; 19: 599-606.
34. Menezes de Lucena Carvalho VA, Fernández Calvo B, Hernández Martín L, Ramos Campos F, Contador Castillo I. Resiliencia y el modelo Burnout-Engagemen en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*. 2006; 18(4): 791-6.
35. Serrano Parrra MD, Garrido Abejar M, Notario Pacheco B, Bartolomé Gutierrez R, Solera Martínez M, Martínez Vizcaino V. Validez de la escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) entre una población de mayores entre 60 y 75 años. *Int J Psychol Res*. 2012; 5(2): 49-57.



36. Mealer M, Bumham EL, Goode CJ, Rothbaum B, Musgo M. El trastorno de estrés y burnout síndrome traumático prevalencia y el impacto de tu mensaje en enfermeras. *Presione ansiedad*. 2009; 26(12): 1118-26.
37. Instituto Nacional de Estadística. [Online]. [fecha de acceso 26 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiBD/menu.do?L=0&divi=IDB&his=0&type=db>.
38. Moreno B, Garrosa E, González JL. El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial de CDPE. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2000; 3(1): 18-28.
39. Molina JM, Avalos F, Giménez I. Burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Enferm Clin*. 2005; 15(5): 275-82.
40. B M, Oliver C, Aragonese A. El burnout, una forma específica de estrés laboral. En Carballo VE, Buena Casal G, editors. *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Madrid: Siglo XXI. 1991; 171-84.
41. Gobierno del Principado de Asturias. [Online]. [fecha de acceso 24 de abril de 2014]. Disponible en: [https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF%20DE%20PARATI/Discapacidad/centros\\_publicos.pdf](https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF%20DE%20PARATI/Discapacidad/centros_publicos.pdf).
42. Gobierno del Principado de Asturias. [Online]. [fecha de acceso 24 de abril de 2014]. Disponible en: [https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF%20DE%20PARATI/Discapacidad / listado\\_centros\\_privados.pdf](https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF%20DE%20PARATI/Discapacidad/listado_centros_privados.pdf).
43. Guía de Residencias para mayores y Centros de Día. [Online].; 2014 [fecha de acceso 12 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://residenciasasturias.com/guia/index.php#/1/>.

## 7. ANEXOS

### 7.1. Anexo 1: Maslach Burnout Inventory (MBI)

Marque con una 'X' la casilla correspondiente según la frecuencia con que tiene ese sentimiento.		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
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							

## 7.2. Anexo 2: Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería (CDPE)

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                     Marque con una 'X' la casilla correspondiente según el grado de conformidad.                 </div>	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 De acuerdo	4 Totalmente de acuerdo
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				

**7.3. Anexo 3: Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC)**

Marque con una 'X' la casilla correspondiente según la frecuencia con que tiene ese sentimiento.

	0 Nunca	1 Casi nunca	2 A veces	3 Casi siempre	4 Siempre
Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte					
No me doy por vencido a pesar de que las cosas no parezcan tener solución					
Siempre me esfuerzo sin importar cuál pueda ser el resultado					
No me desanimo fácilmente con el fracaso					
Trabajo para conseguir mis objetivos sin importarme las dificultades que me encuentre en el camino					
Me gustan los retos					
Creo que puedo lograr mis objetivos incluso si hay obstáculos					
Los éxitos del pasado me dan confianza para enfrentarme con nuevos retos y dificultades					
Tengo muy claro lo que quiero en la vida					
Bajo presión me centro y pienso claramente					
Puedo enfrentarme a cualquier cosa que se me presente					
Soy capaz de manejar sentimientos desagradables y dolorosos como tristeza, amor y enfado					
Siento que controlo mi vida					
Intento ver el lado divertido de las cosas cuando me enfrento con problemas					
Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los retos y dificultades de la vida					
Tengo al menos una relación íntima y segura que me ayuda cuando estoy angustiado					
Durante los momentos de angustia, se dónde puedo buscar ayuda					

#### 7.4. Anexo 4: Hoja de recogida de datos para el director del centro

##### HOJA DE RECOGIDA DE DATOS PARA EL DIRECTOR DEL CENTRO

Con este formulario obtendremos datos objetivos para la realización de un estudio de investigación cuyo objetivo principal es establecer el nivel de Burnout en el personal de las residencias geriátricas de Asturias.

Todas las respuestas de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas.

Le agradecemos que colabore con nosotros ayudándonos en la recogida de datos.

NOMBRE DE LA RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

Pública     Privada     Concertada     Otra: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

Nº DE RESIDENTES NO DEPENDIENTES: \_\_\_\_\_

Nº DE RESIDENTES CON DEPENDENCIA MODERADA: \_\_\_\_\_

Nº DE RESIDENTES CON DEPENDENCIA SEVERA: \_\_\_\_\_

Nº DE RESIDENTES CON GRAN DEPENDENCIA: \_\_\_\_\_



- Ⓢ **Dependencia moderada:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente.
- Ⓢ **Dependencia severa:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD dos o tres veces al día, pero no requiere apoyo permanente de un cuidador.
- Ⓢ **Gran dependencia:** cuando precisa apoyo indispensable y continuo de otra persona

### 7.5. Anexo 5: Hoja de recogida de datos para el personal de enfermería

#### HOJA DE RECOGIDA DE DATOS PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Con este formulario obtendremos datos objetivos para la realización de un estudio de investigación cuyo objetivo principal es establecer el nivel de Burnout en el personal de las residencias geriátricas de Asturias.

Todas las respuestas de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas.

Le agradecemos que colabore con nosotros ayudándonos en la recogida de datos.

**NOMBRE DE LA RESIDENCIA:** \_\_\_\_\_

**Marque con una 'X' la opción que corresponda:**

**Sexo:**  Hombre  
 Mujer

**Edad:** \_\_\_\_\_ años

**Relaciones personales:**  Sin pareja  
 Con pareja  
 Casado o viviendo en pareja  
 Divorciado  
 Viudo/a

**Nº de hijos:**  Sin hijos  
 1 hijo  
 2 hijos  
 3 hijos  
 \_\_\_\_\_

**Vocacional:**  Si  
 No

**¿Está de acuerdo con su salario?**  Si  
 No

**Turno laboral:**  Mañana  Fijo  
(marque más de uno  Tarde  Rotatorio  
si fuera necesario)  Noche

**Nº de horas semanales trabajadas:** \_\_\_\_\_ horas

**Tipo de contrato:**  Fijo  
 Eventual  
 Prácticas  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Antigüedad en el centro:** \_\_\_\_\_ años

**Antigüedad en la profesión:** \_\_\_\_\_ años

**¿Tienes formación específica en geriatría?**  Si  
 No

	1 Nada satisfecho	2 Poco satisfecho	3 Bastante satisfecho	4 Totalmente satisfecho
¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?				
¿Está satisfecho en su interacción con los pacientes?				
¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución?				
¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?				
¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?				

## **7.6. Anexo 6: Consentimiento informado**

Consentimiento informado para la participación en el estudio:

### **“EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS DE RESIDENCIAS GERIÁTRICAS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS”**

*Investigador:* Tania Vidal García

*Objetivo:* Identificar el síndrome de Burnout en el personal de enfermería de centros geriátricos del Principado de Asturias.

*Procedimiento:* si usted acepta participar en el estudio deberá responder a unas preguntas recogidas en cuatro cuestionarios de fácil y rápido cumplimiento. Para ello se le hará entrega de dichas encuestas en un sobre, que, tras haber cumplimentado. Deberá depositar en una caja situada en la sala de descanso del personal de enfermería de la residencia.

La participación es totalmente voluntaria y anónima, y todos los datos recogidos serán únicamente destinados al presente estudio.

Toda información obtenida será tratada de manera confidencial según la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. En caso de duda, puede consultar en cualquier momento con el investigador en el teléfono: 669 31 96 16.

Yo, \_\_\_\_\_ , con DNI \_\_\_\_\_ ,

Declaro que he leído el presente documento y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Asumo que todos los datos obtenidos pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Y convengo participar de forma voluntaria en el estudio **“EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS DE RESIDENCIAS GERIÁTRICAS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS”**.

Fecha:

Firma: