



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

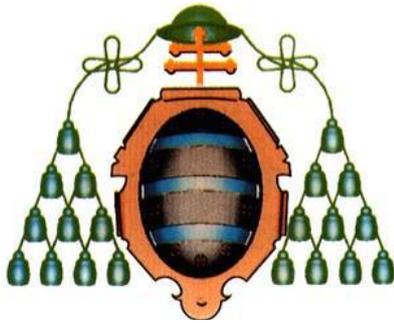
Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

***DESGASTE EMOCIONAL Y ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO EN PERSONAL DE
ENFERMERÍA DE URGENCIAS***

Trabajo Fin De Master

Olalla Vilariño Santos

Mayo 2015



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

**DESGASTE EMOCIONAL Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS**

Trabajo Fin De Master

Autora: Olalla Vilariño Santos

Tutora: Carmen Ana Valdés Sánchez

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....	8
2.1 EL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL.....	8
2.1.1 Definición y dimensiones.....	8
2.1.2 Repercusión del desgaste emocional.....	10
2.2 DESGASTE EMOCIONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO.....	12
2.2.1 Estrés y desgaste emocional en el personal de enfermería.....	13
2.2.2 Desgaste emocional en urgencias.....	15
2.3 EL PROCESO DE AFRONTAMIENTO.....	16
2.3.1 Conceptualización.....	16
2.3.2 Estilos de afrontamiento.....	17
3. JUSTIFICACIÓN.....	20
4. OBJETIVOS.....	22
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	22
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
5. MÉTODO.....	23
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	23
5.2 SUJETOS.....	23
5.3 CONTEXTO DEL ESTUDIO.....	23
5.4 MATERIAL.....	28
5.5 PROCEDIMIENTO.....	31
5.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	32
5.7 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	32
5.8 TEMPORALIZACIÓN.....	33
6. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.....	33
6.1 VARIABLES QUE SE VAN A ESTUDIAR.....	34
6.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.....	36
7. BIBLIOGRAFÍA.....	37
8. ANEXOS.....	43

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años hemos asistido al incremento del interés por el fenómeno de estrés laboral. Esto se debe a que es el segundo problema de salud más frecuente relacionado con el trabajo en la Unión Europea (EU), después de los dolores de espalda, y afecta a casi uno de cada tres trabajadores ¹. Actualmente, el estrés supone según diversas estimaciones un coste anual de 20.000 millones de euros en la UE ².

Los trabajadores sanitarios de los hospitales no son ajenos a esta problemática, de hecho el personal de enfermería es uno de los colectivos más afectados por el estrés derivado de su trabajo ³. Esto es debido a múltiples factores, entre los cuales podemos citar intensas y largas jornadas laborales, la vivencia de la muerte y del sufrimiento de los pacientes o la atención a altas demandas emocionales por parte de los pacientes ^{4, 5, 6, 7, 8}.

El estrés laboral no es un problema en sí mismo, sino una manifestación que refleja la existencia de otros problemas. Conocer las causas que provocan este fenómeno puede ayudar a solventar los efectos negativos que ocasiona al individuo, manifestados como trastornos físicos, psíquicos o conductuales. Esto, a su vez, puede dar lugar a problemas a nivel colectivo, entre los que podemos citar el aumento del absentismo laboral, disminución de la calidad del trabajo realizado, disminución de la productividad...⁹ El absentismo provocado por el estrés laboral en España ha ido en aumento, cifrándose en 10,2 millones de jornadas laborales perdidas en 1999 hasta situarse en el año 2004 en 12,3 millones ¹⁰. Por otro lado, la disminución de la productividad por estrés laboral supuso un gasto al Estado español de 32.000 millones de euros en el 2007 ¹¹.

No resulta sencillo definir qué se entiende por estrés ya que se puede entender de formas diversas y puede tener significados distintos para diferentes personas. Por ello,

debemos asumir que no existe una definición única y homogénea del mismo, sino que se tienen que tener en cuenta los múltiples enfoques que existen de este término.

En 1936 el estrés fue descrito por primera vez en el campo de la psicología por el investigador Hans Selye que lo definió como una reacción general sufrida en un organismo vivo ante una situación nueva y/o agresiva que de no ser solucionada puede llegar a provocar enfermedad ¹⁰. Pero no fue hasta 1970 cuando McGrath introduce el término del "estrés laboral" refiriéndose a él como un desequilibrio percibido por el sujeto entre las demandas y la capacidad de respuesta del individuo para cumplirlas, bajo condiciones en las que el fracaso conlleva consecuencias significativas ¹².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2004 define estrés laboral como una reacción del individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad de afrontamiento de la situación” ¹³.

Por otra parte, el diccionario de la Real Academia Española (R.A.E) lo define como “la tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves” ¹⁴.

Por último, según el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social es un conjunto de reacciones emocionales (depresión, ansiedad, apatía), cognitivas (falta de concentración), de comportamiento (alcohol, drogas) y fisiológicas (problemas endocrinos), como consecuencia de características de la organización o entorno de trabajo ¹.

El estrés que se produce en el trabajo es una situación que afecta a un gran número de trabajadores. De hecho, se identifica actualmente como uno de los riesgos laborales

emergentes más importantes, por lo que de no ser tratado a tiempo puede desencadenar, a largo plazo, consecuencias muy severas para la salud ¹³.

Además, es un importante factor que interactúa con otros factores biológicos, psicológicos y sociales y puede ser positivo pero también negativo cuando existe una prolongación de la exposición a los factores de estrés percibidos. Se estima que alrededor de dos tercios de todas las enfermedades pueden estar relacionadas con el estrés, aunque no es una relación causa efecto y en el ámbito laboral puede llevar al Síndrome de Burnout o de desgaste profesional ^{15, 16}.

2- ESTADO ACTUAL DEL TEMA

2.1. EL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL

2.1.1. DEFINICIÓN Y DIMENSIONES

El término burnout se utilizó por primera vez en 1974, siendo mencionado por el psicólogo Herbert J. Freudenberger ^{17, 18, 19} el cual observó que los profesionales que trabajaban en una clínica de jóvenes drogodependientes, no conseguían ver a los pacientes como personas que necesitaban ayuda al no esforzarse en seguir el tratamiento. Esto llevó a describir un cuadro presente en las personas que trabajan de cara al público y que se muestran desmotivadas, poco comprensivas, con trato distante y deshumanizado con los usuarios, al cual se denominó Síndrome de Burnout ^{5, 20}.

Maslach y Goldenberg lo definen como el estado psicológico consecuencia de un periodo prolongado de altos niveles de estrés en la vida laboral, llegando a ser un punto final especialmente trágico para profesionales, que inicialmente habían comenzado a

trabajar con expectativas positivas y de entusiasmo con el fin de ayudar a las personas ^{4, 5, 18, 20, 21}.

Maslach y Jackson, en 1979, identifican los tres aspectos básicos de este síndrome que se desarrollan de forma secuencial ^{4, 15, 20, 21, 22}, siendo éstos: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que pueden ocurrir en individuos que trabajan, principalmente desarrollando una relación de ayuda ^{4, 5, 18, 20, 21}. Estos autores crearon un instrumento de evaluación, llamado *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, que permitió sentar las bases para la realización de estudios sobre este síndrome ^{4, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 24, 25}.

El desgaste emocional, también llamado cansancio emocional o agotamiento emocional es considerado la primera dimensión que aparece en el síndrome, observándose manifestaciones físicas, psíquicas o una combinación de ambas ^{4, 6, 16, 20, 21}. La despersonalización se caracteriza por la insensibilidad emocional del profesional, con prevalencia de conductas clínicas y de simulación afectiva, es una reacción inmediata tras la instalación de la fatiga ^{4, 5, 6, 16, 20, 21}. Y por último se manifiesta la baja realización personal, relacionada con a una autoevaluación negativa asociada a la insatisfacción, el desánimo con el trabajo, moral baja, irritabilidad, sentimientos de que esto no vale la pena, entre otros ^{4, 5, 6, 16, 20, 21}. El Burnout se considera la fase final de este proceso, con sensación de inadecuación al puesto de trabajo, disminución de la capacidad para resolver problemas, falta de recursos para hacer frente al trabajo e insuficiencia en la formación ^{4, 6,}

16.

2.1.2 REPERCUSIÓN DEL DESGASTE PROFESIONAL

El desgaste profesional puede llegar a tener graves consecuencias para la salud ^{19,}
²⁰. La mayor parte de las investigaciones consideran que los síntomas de este síndrome se desarrollan en tres ámbitos: físico, conductual y emocional ^{5, 19, 20}.

Los primeros en aparecer suelen ser los síntomas físicos, que incluyen cefaleas, fatiga crónica, asma, alteraciones cardiovasculares y gastrointestinales, insomnio, disfunciones sexuales, mialgias, dismenorrea, etc. Luego aparecen las alteraciones emocionales como por ejemplo: irritabilidad, baja autoestima, distanciamiento emocional, frustración, ansiedad, desmotivación, depresión, dificultades para concentrarse, temor, desesperación, etc. Y también se observan alteraciones conductuales que pueden manifestarse de diversas maneras: en forma de desórdenes de tipo alimenticio, abuso de sustancias, hábitos tóxicos, actitud temeraria, etc ^{5, 19, 20}.

El síndrome de desgaste profesional tiene importantes consecuencias tanto para la organización como para los profesionales sanitarios, que se deben comentar.

En lo que respecta a la organización se han señalado las siguientes: el deterioro de la calidad de los servicios e instituciones de la salud y de la calidad del trabajo^{4, 16, 26}; la comunicación entre el personal sanitario y el paciente y su familia y que puede, incluso, afectar a los procesos de diagnóstico y tratamiento ^{7, 16, 26, 27}; la pérdida de productividad y del interés por el trabajo así como el absentismo laboral, las rotaciones e incluso en abandono del trabajo ^{4, 5, 7, 16, 20, 22, 23, 26, 28, 29}.

A nivel personal, se han señalado importantes repercusiones de este síndrome en los profesionales de enfermería, destacando:

- Efectos importantes en la vida familiar y social, así como en el ambiente de trabajo ^{7, 15, 20, 26}. Generando un conflicto familia-trabajo, siendo éste un conflicto bidireccional ^{7, 20, 25}.
- Errores en la profesión, generando inseguridad laboral ²⁵.
- Dificultad para trabajar en grupo ²⁰.
- Problemas con otros profesionales ^{7, 16, 26, 28}.
- Problemas de salud como: cefaleas, insomnio, trastornos gastrointestinales, trastornos mentales, depresión, abuso de alcohol, consumo de drogas y fármacos etc ^{5, 7, 20, 25}.
- Insatisfacción laboral ^{7, 26, 28}.

La magnitud de este síndrome es tan importante que incluso la legislación Española lo contempla. En 1995 se aprueba la Ley de prevención de riesgos laborales (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, B.O.E. 10-11-1995), aplicable a todo el ámbito del Estado. Esta ley, recoge el interés en la prevención de riesgos psicosociales en el ámbito profesional, al reconocer la organización y ordenación del trabajo como condiciones susceptibles de producirlos. De esta manera se trata de fomentar una cultura y una sensibilidad en el mundo laboral, que dé importancia a la necesidad de identificar posibles riesgos y prevenirlos, entre los que se incluye el estrés laboral y sus consecuencias, el síndrome de estar quemado.

Esta sensibilidad hacia los problemas psicosociales del entorno laboral susceptibles tanto de originar la aparición de estrés laboral como sus patologías asociadas, ha permitido que el síndrome de burnout haya sido considerado accidente de trabajo en España. El auto dictado por la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de fecha 26 de octubre de 2000

(Recurso Num.: 4379/1999) así lo reconoce. Al igual que el fallo del Juzgado de lo Social n1 3 de Vitoria-Gasteiz (autos n1 14/02, de fecha 27 de marzo de 2002 ²³.

2.2. DESGASTE EMOCIONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

El desgaste emocional, como ya hemos mencionado anteriormente constituye una de las tres dimensiones del Burnout ^{4, 5, 6, 20, 21}. Este cansancio emocional es definido como un sentimiento de agotamiento ante las exigencias del trabajo por la que el individuo no manifiesta ningún entusiasmo, y que viene acompañado de un desgaste físico y de una reducción de las habilidades emocionales que ayudan al individuo a lidiar con situaciones estresantes ^{16, 20}.

Se caracteriza por una pérdida de entusiasmo, un acrecentado disgusto derivado de las funciones propias del trabajo que desempeña el individuo y un sentimiento de indefensión como consecuencia del uso de estrategias de afrontamiento ineficaces frente al estrés. Lo que ocasiona una pérdida de interés laboral y obstaculiza la producción de sentimientos de satisfacción en la persona, siendo la manifestación más representativa del burnout y el componente que desencadena en la persona reacciones de distanciamiento cognitivo y emocional con respecto al trabajo y una disminución de la energía física y psicológica, presumiblemente como una manera de sobrellevar la sobrecarga ^{4, 5, 6, 16, 20, 21,}
30

2.2.1 ESTRÉS Y DESGASTE EMOCIONAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

La Organización Mundial de la Salud ha definido a los profesionales de la salud como trabajadores altamente estresados, siendo los enfermeros los más vulnerables a manifestar trastornos relacionados con el trabajo ^{5, 7, 16}. Instituciones como la Health Education Authority consideran a la enfermería como la cuarta profesión más estresante del sector público ⁴.

Dentro de estos trastornos destaca el desgaste emocional, producido por una falta de adaptación entre las necesidades mentales y el contenido ergonómico de la tarea, traduciéndose en sufrimiento o estado de ansiedad e insatisfacción ^{7, 16}.

Se ha visto que el desgaste emocional en enfermería puede producirse por factores tales como: largas jornadas de trabajo (algunas de ellas nocturnas); sobrecarga laboral; escasa autonomía para la toma de decisiones; falta de reconocimiento profesional; contacto cotidiano con el dolor; enfermedad y la muerte; trabajo por turnos; contacto directo con pacientes y familiares; falta de conocimientos, etc ^{4, 5, 6, 7, 8, 27}.

Por otro lado, no existe acuerdo sobre la importancia que tienen las variables organizativas y las variables personales en la aparición del cansancio emocional.

A. Variables personales

Este tipo de variables son las que se centran en el trabajador como individuo, las más estudiadas han sido las que a continuación señalamos.

En cuanto a la variable edad, no existe consenso a la hora de asociar el desgaste emocional a una franja concreta. Algunos autores refieren que la aparición del cansancio

emocional depende más de la experiencia o inexperiencia profesional, que de la edad de incorporación al puesto de trabajo. Por lo tanto se considera difícil establecer un periodo concreto en el que se desarrolle el desgaste emocional ^{4, 20, 22, 24}.

En relación a la variable sexo, tampoco existe un consenso entre los investigadores. Algunos de ellos afirman que el cansancio emocional es más notorio en hombres que en mujeres ^{4, 21, 27}, aunque esta afirmación puede estar sesgada debido a los escasos participantes hombres en estos estudios, al ser una profesión mayoritariamente femenina ^{4, 16, 19, 20, 22, 24, 27}.

Existe mayor unanimidad en cuanto al estado civil, los estudios muestran que las personas casadas, viudas, con parejas o con hijos, tienden a presentar mayores niveles de cansancio emocional que las solteras ^{4, 16, 21}. Esto puede ser debido a la posible sobrecarga producida por el desempeño de dos roles, como por ejemplo el de profesional sanitario y el rol que desempeñan en la familia (pareja, madre, padre, etc).

B. Variable organizativa

Aparte de las variables personales, existen otras relacionadas con el contexto laboral.

Es necesario señalar que la propia estructura de la organización puede determinar la aparición o no del desgaste emocional. Una mala gestión por parte de los cargos directivos y la excesiva jerarquización genera un pobre reconocimiento de la labor de los trabajadores, una falta de autonomía de los profesionales sanitarios, poco consenso en los turnos de trabajo, un mal control sobre el ambiente de trabajo, una mala relación entre profesionales sanitarios provocando bloqueos de comunicación ^{5, 16, 21, 24, 31}. Generando como resultado un empeoramiento de calidad de los servicios y de la atención prestada, insatisfacción laboral y abandono del puesto de trabajo ^{16, 24}.

2.2.2 DESGASTE EMOCIONAL EN URGENCIAS

No todas las áreas donde el personal de enfermería ejerce su función son igualmente estresantes ya que dependen de las características propias de las mismas. Los departamentos en los que se han observado mayores niveles de desgaste emocional son: urgencias, cuidados críticos y oncología ^{4, 5, 16, 21, 22, 24, 31}.

Uno de los factores comunes a estos servicios, al cual los profesionales deben hacer frente, es el contacto con el sufrimiento y la muerte; lo que conlleva sentimientos de “esto no vale la pena”, así como inseguridad, incertidumbre en el cuidados, etc ^{3, 5, 16, 21, 24, 31}.

Áreas como la de urgencias o cuidados críticos son servicios de actuación rápida y de emergencia. Por lo que en algunas comunidades autónomas se exige un título superior o experiencia previa para trabajar en estos servicios debido al tipo de pacientes, a las complicadas patologías, a la medicación, etc ^{5, 16, 21, 22, 24}. Dentro de ambos, las urgencias tienen más agentes estresantes por lo que se han encontrado mayores niveles de desgaste emocional ^{5, 21, 22}.

La unidad de urgencias se caracteriza por ser un área de atención continuada e inmediata con la necesidad de saber priorizar, diferenciando entre una urgencia y una emergencia. Esta clasificación es realizada por el profesional enfermero con la ayuda de un programa informático. El profesional en función de la clínica y de episodios previos que pueda tener el paciente otorga un código de color que se corresponde con el nivel de prioridad, en función del cual el paciente será atendido en un mayor o menor espacio de tiempo.

Otra de las características de este servicio es la numerosa afluencia de pacientes, que no llegan de manera proporcionada al servicio, si no que suelen agruparse en una

franja de horas concretas y en unos días de la semana concretos llegando a generar una sobrecarga de trabajo en todo el personal.

Todo ello hace que sea esta área, un lugar de trabajo con altos niveles de cansancio emocional, aunque alrededor de esta afirmación siguen existiendo discrepancias entre los autores, junto a la enorme discusión que generan las variables demográficas asociadas a este desgaste ^{4, 5, 16, 20, 21, 22, 24, 31}.

2.3. EL PROCESO DE AFRONTAMIENTO

2.3.1 CONCEPTUALIZACIÓN

El desgaste emocional se ha relacionado con el afrontamiento y sus estrategias ³². La mayoría de las investigaciones sobre las estrategias de afrontamiento ^{18, 31, 33, 34, 35} consideran como válidas las aportaciones realizadas por Lazarous y Folkman, los cuales definieron el afrontamiento como un esfuerzo cognitivo y de comportamiento constantemente cambiante que se desarrolla para manejar las demandas específicas, entendiendo como tal a las situaciones que exceden o desbordan los recursos de una persona ^{18, 31, 33, 34, 35}. Es, por tanto, un proceso dinámico que evalúa y reevalúa a los individuos en situaciones demandantes y su función está relacionada con las habilidades que las personas desarrollan para lograr objetivos específicos. Se ha señalado la influencia conjunta de la relación entre la persona y el ambiente en la respuesta que tiene el individuo frente a los agentes externos ^{35, 36, 37}.

El afrontamiento es considerado una estrategia individual, ya que el carácter estresante o no de los acontecimientos varía en función de la demanda de la situación y la

percepción del sujeto y que capacita a las personas para manejar los estresores de forma más efectiva, experimentar pocos síntomas (o que éstos sean menos severos una vez expuestos al estresor) o recuperarse más rápidamente de la exposición de éstos ^{18,33}.

Actualmente, diversos investigadores ^{36,37} recogen la teoría de Callista Roy sobre el proceso de afrontamiento donde describe las estrategias utilizadas por la persona para responder a los cambios ambientales y así crear una integración humana y ambiental. Para esta investigadora el ambiente contiene estímulos focales, contextuales y residuales, que una vez entran en contacto con el individuo desencadenan unas respuestas mediadas por los procesos de afrontamiento innatos y adquiridos ³⁷. En esta teoría, estos procesos vienen dados por dos subsistemas: el subsistema regulador y el subsistema cognitivo.

El primero de ellos se manifiesta de manera innata y responde a estímulos neuronales, químicos y endocrinos ^{36,37}, mientras que el segundo está relacionado con la conciencia, encargada de regular el comportamiento humano. Ésta, a su vez, responde a cuatro canales cognitivos-emotivos: procesamiento perceptual, información, aprendizaje y juicio y emoción. Debido a estos procesos, el individuo es capaz de interpretar la situación, otorgar un significado a los estímulos ambientales y en base a ellos dar una respuesta consciente para promover su adaptación, respondiendo a las amenazas, pérdidas y desafíos de la vida con diferentes estilos de afrontamiento para lograr la adaptación ^{36,37}.

2.3.2 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Actualmente la mayoría de las investigaciones ^{6, 18, 28, 31, 35, 35}, consideran la existencia de dos tipos de afrontamiento:

Afrontamiento centrado en el problema o afrontamiento directo: el individuo trata de definir el problema que vive, requiriendo información o asesoramiento de otras personas, buscando soluciones alternativas y ejecutando acciones que resuelvan el problema ^{6, 18, 28, 31, 34, 35}. Por último el individuo desarrolla recompensas alternativas y crea otras fuentes de satisfacción ⁶.

Afrontamiento centrado en la emoción o afrontamiento indirecto, el individuo intenta regular la respuesta emocional que surge como consecuencia de la situación ⁶. Se utiliza en situaciones que el sujeto valora como desafiantes y sin posibilidad de cambio, se considera menos eficiente o inefectivo (excluyendo aquellos casos en los que la persona no tiene control sobre el agente estresante y el tiempo de exposición a éste es corto) ^{6, 27, 32, 34}, dañando la salud al impedir que se produzcan conductas adaptativas relacionadas con la salud-enfermedad ^{6, 18, 27, 34, 35}.

Al hablar del afrontamiento, otros investigadores consideran dos perspectivas más; la activa y la inactiva, que se corresponden con las dimensiones directa e indirecta respectivamente ^{6, 18, 27, 31, 33, 34}. En general, se observa que resulta favorable el uso de modos de afrontamiento directos o activos en comparación con los indirectos, los cuales se consideran ineficaces ya que implican una tendencia a perder el control sobre una situación determinada ^{6, 18, 27, 31, 33, 34}. Los estilos activos se relacionan con menor despersonalización y menor probabilidad de desarrollar el síndrome de Burnout. A su vez, constituyen una estrategia favorable, ya que se asocian con una mayor satisfacción en el trabajo, menor cansancio emocional y por tanto menores niveles de burnout en el personal de enfermería ^{6, 27, 28}.

Se han señalado, además, otros estilos de afrontamiento antes las situaciones estresantes siendo los más estudiados los siguientes:

- El afrontamiento evaluativo, propuesta por Moos y Billings, en el cual el sujeto trata de definir el significado para la situación causante de tensión y reflexionar sobre sus causas y posibles soluciones^{6, 33, 35}.
- El afrontamiento de evitación es un proceso defensivo en el que se incluyen estrategias de negación de actos relacionados con el evento estresante^{31, 34}. Junto con el afrontamiento centrado en la emoción es el más ineficaz, también daña la salud al no poder posibilitar la creación de conductas adaptativas. La evitación se relacionada con mayor carga emocional, falta de realización personal y despersonalización²⁷.
- Otros estilos de afrontamiento son: el pensamiento desiderativo, que junto con la evitación indican un afrontamiento desadaptativo evitando situaciones estresantes; la autocrítica basado en el aislamiento e autoinculpación; el apoyo social está centrado en el manejo de las emociones que surgen en el proceso estresante, procurando ayuda, consejo, etc^{37, 31, 33, 34}.

Por otra parte, como ya se ha indicado anteriormente, la personalidad del individuo tiene una gran influencia en los modos de afrontamiento. De manera que los recursos, motivaciones, sentimientos de la persona influyen en la capacidad para hacer frente a diferentes situaciones^{27, 31, 32, 37, 38}.

La variable sexo también influye en la cantidad de estrategias utilizadas. En algunos estudios son las enfermeras mujeres las que usan mayor número de estrategias que los enfermeros hombres ²⁷. Aunque otras investigaciones no parecen encontrar diferencias significativas entre ambos sexos ³². Así mismo, aparecen diferencias entre auxiliares de enfermería y enfermeras, siendo estas últimas las que utilizan más técnicas de afrontamiento ^{27, 31, 32}.

Existen multitud de estrategias pero las más utilizadas por el personal de enfermería son: resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, reevaluación positiva, pensamiento desiderativo, apoyo social, restructuración cognitiva ^{27, 31, 32}.

No existen suficientes estudios que constaten la relación entre las variables sociodemográficas y las estrategias utilizadas por enfermería. De ahí la intención de realizar un estudio que englobe estas dos perspectivas y nos ayude a averiguar más sobre el afrontamiento en estos trabajadores.

3. JUSTIFICACIÓN

El desgaste emocional que se produce en el trabajo es una problemática que afecta a un gran número de trabajadores, siendo relevante entre los profesionales encargados de atender la salud de la población (específicamente enfermeros/as y auxiliares de enfermería) ³.

Por ello, surge la necesidad de caracterizar el desgaste que se produce en el personal de enfermería, identificando sus causas y evaluando los efectos en su salud con la

finalidad de ayudar a elaborar intervenciones para su manejo. No es necesario ahondar en la enorme magnitud y coste que produce para nuestros Estados puesto que ya lo hemos citado en el apartado anterior. Pero sí en la importancia del fenómeno del desgaste emocional que, si no es tratado a tiempo, a largo plazo puede desencadenar consecuencias muy severas para la salud de los trabajadores como el síndrome de Burnout.

Es igualmente importante valorar las estrategias de afrontamiento utilizadas por estos profesionales, ya que la utilización de estrategias de afrontamiento exitosas puede determinar que un individuo experimente estrés y por consecuencia desgaste emocional o no ³³.

Aunque existen investigaciones sobre el tema ^{27, 31, 33, 34}, no se han encontrado artículos en los que se englobe el desgaste emocional, las estrategias de afrontamiento y las variables sociodemográficas en una población enfermera. Debido a esto, se considera relevante averiguar el nivel de desgaste emocional en el personal de enfermería así como las estrategias de afrontamiento que utilizan estos profesionales para afrontar las situaciones estresantes, con el fin de establecer una base para fomentar intervenciones que mejoren la calidad en el trabajo. Y así disminuyan los niveles de estrés y desgaste emocional y se fomenten el uso de estrategias de afrontamiento en el personal de enfermería.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de desgaste emocional e identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas en el personal de enfermería en los servicios de urgencias del Hospital Central de Asturias.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer la relación existente entre el nivel de desgaste emocional y las estrategias de afrontamiento utilizadas.
- Determinar la influencia de las variables sociodemográficas y laborales estudiadas tanto en el nivel de desgaste emocional como en relación al tipo de estrategia de afrontamiento utilizada
- Determinar si el nivel de desgaste emocional y las estrategias de afrontamiento son similares en los profesionales de enfermería en la auxiliares de clínica.

5. MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo transversal.

5.2 SUJETOS

El tipo de muestreo que se va a realizar será no probabilístico por conveniencia. La muestra del estudio está formada por el total de los profesionales sanitarios (n=135), 69 enfermeras y 66 auxiliares de enfermería, que trabajan en el servicio de urgencias generales del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Se realiza la estimación de la población mínima con un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 3%, obteniéndose un tamaño muestral de n=81.

Criterios de inclusión

- Ser enfermero o auxiliar de enfermería
- Trabajar en el servicio de urgencias de adulto del HUCA.

Criterios de exclusión

- Ser estudiante
- No dar el consentimiento para participar en el estudio.

5.3 CONTEXTO DEL ESTUDIO

El Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) pertenece a la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, correspondiendo con el área IV del SESPA, aunque

también presta servicio a todos los ciudadanos de la comunidad que necesitan niveles de asistencia superiores que no se prestan en el resto de los hospitales de la comunidad.

El servicio de urgencias del HUCA está dividido en tres áreas: urgencias pediátricas, urgencias ginecológicas y urgencias generales.

Todas estas áreas atienden un volumen considerable de pacientes, alcanzando la cifra de 86,401 pacientes desde el mes de julio de 2014 hasta el mes de febrero de 2015 coincidiendo este periodo con la apertura del nuevo hospital. Es concretamente el servicio de urgencias generales de adultos el más demandado con 70,262 visitas, este volumen de enfermos es uno de los motivos por los cuales este estudio se realizará en este servicio.

A continuación se explica la estructura y las diferentes zonas asistenciales con sus respectivas funciones:

a. Triage

El área de triage se encuentra en la entrada al servicio de urgencias y constituye la puerta de acceso al sistema hospitalario de urgencias. Existen tres salas de triage, aunque solo en casos de afluencia masiva se abre esta tercera sala. Son los profesionales de enfermería los que se encargan de realizar la primera valoración del paciente con la ayuda del programa informático “Manchester” y en función de su valoración, lo derivan a un área u otra. Existen cinco niveles de urgencia:

Nivel 1(color rojo): situación de riesgo vital inmediato, requiere resucitación. Requiere atención de forma inmediata.

Nivel 2 (color naranja): situación de emergencia o muy urgente con riesgo vital, con inestabilidad fisiológica o dolor intenso. Tiempo de espera máximo para la atención 10 minutos.

Nivel 3 (color amarillo): situación urgente de riesgo vital potencial, con estabilidad fisiológica. Tiempo de espera máximo para la atención 60 minutos.

Nivel 4 (color verde): situación poco urgente. Tiempo de espera máximo para la atención 120 minutos.

Nivel 5 (color azul): situación no urgente. Tiempo de espera máximo para la atención 240 minutos.

b. Consultas

En esta área se encuentran principalmente patologías leves, correspondientes con los niveles 4 y 5. Se encuentra dividida en 9 salas con una gran sala de espera. Cuatro son consultas médicas, dos corresponden a salas de psiquiatría, otras dos son para los servicios de maxilofacial y oftalmología y la última es la sala de técnicas de enfermería. En este servicio trabajan una auxiliar y dos enfermeras.

c. Traumatología

Es la zona de atención de pacientes con problemas de carácter traumatológico o que precisen atención del servicio de cirugía plástica, correspondientes con los niveles 3 y 4 principalmente. Está formado por una sala de espera, un área con 4 boxes con camilla para pacientes con mayor afectación, dos consultas también utilizadas como salas de técnicas y dos

quirofanillos equipados para realizar intervenciones menores. Aquí trabajan una enfermera y una auxiliar.

d. Atención Urgente A (A.U.A)

Esta zona se atienden los pacientes más graves, correspondiéndose con el nivel 2. Está formada por 16 boxes con camilla, con sistemas de monitorización en cada uno de ellos. Estos boxes se encuentran divididos en dos pasillos comunicantes por el centro, donde trabajan una enfermera y una auxiliar en cada pasillo.

e. Atención Urgente B (A.U.B)

Es la unidad de corta estancia, correspondiéndose con el nivel 3. Cuenta con 5 boxes con camilla y 16 sillones reclinables. En esta área trabajan dos enfermeras y dos auxiliares.

f. Atención Urgente C (A.U.C)

Se trata de otra unidad de corta estancia que normalmente se encuentra cerrada y que se abre cuando la A.U.B empieza a llenarse. Cuenta con 13 boxes con camilla y en ella trabajan dos enfermeras (excepto sábados y domingos en el turno de mañana y en el de tarde) y dos auxiliares (excepto fines de semana y turnos de noche).

g. Críticos

Es la zona de pacientes en estado crítico correspondientes con el nivel 1. Está formada por dos grandes salas de paradas con capacidad para 4 pacientes,

cuenta con sistemas de monitorización y ventilación mecánica y están dotados de todo material para realizar cualquier técnica o maniobra de emergencia. Aquí trabajan una enfermera y una auxiliar (excepto en el turno de noche).

h. Unidad de Observación A (U.O.A)

Es una de las unidades de larga estancia, en ella se encuentran los pacientes ingresados a la espera de pruebas, de cama disponible (en alguna área del hospital o en otro hospital de la comunidad) o para permanecer en observación, hasta un máximo de 48 horas. Consta de 15 boxes con camilla distribuidos en dos pasillos unidos por el centro, donde trabajan dos enfermeras (excepto las mañanas del fin de semana) y una auxiliar.

i. Unidad de Observación B (U.O.B)

Es la otra unidad de larga estancia que se abre cuando la U.O.A empieza a llenarse. Cuenta con 10 boxes con cama y trabajan una enfermera y una auxiliar.

j. Área Polivalente

Se trata de una zona con dos boxes para pacientes que necesiten vigilancia policial, por lo tanto solo se abre en caso de haber este tipo de pacientes y es la enfermera de U.O.A la que se encargaría de su atención.

Es importante destacar que la distribución del personal de enfermería puede variar según la situación y por lo tanto el número de enfermeras. También cabe reseñar que la capacidad del servicio varía en función de la afluencia de pacientes.

El personal de enfermería de urgencias trabaja en los siguientes cuatro turnos: el turno de mañana que comienza a las 08:00 am y finaliza a las 15:00 pm, el de la tarde se inicia a las 15:00 pm y finaliza a las 22:00, el turno de noche que empieza a las 22:00 pm hasta las 08:00 am y el turno deslizante que puede ser de mañana de 10:00 am a 17:00 pm o de tarde de 17:00 a las 00:00 . Los turnos de este personal son de 7 horas, excepto para aquellos que hacen turno de noche que es de 10 horas (el personal con turno deslizante no trabaja turnos de noche).

Todos los profesionales prestan sus servicios en diferentes jornadas laborales entre ellas tenemos: turno rotatorio el personal trabaja dos días en turno de mañana, dos días en turno de tarde, dos días de noche y descansa 4 jornadas; rotatorio mañana y tarde, se trabajan dos semanas de la siguiente forma 7 días de los cuales 5 de mañana y 2 de tarde y descansas 2 días y en la tercera semana en vez de dos días descansas tres; rotatorio mañana y tarde descansando fines de semana, se trabaja una semana de mañana descansando fin de semana y la semana siguiente de tarde; turno de mañanas descansando fin de semana y turno deslizante. La distribución en el lugar de trabajo cambia a los 15 días rotando por todas las áreas.

5.4 MATERIAL

Se han utilizado para la realización del estudio está formando por los siguientes instrumentos: Maslach Burnout Inventory (MBI); Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE); y un cuestionario sociodemográfico de elaboración propia.

Inventario de Burnout de Maslach (MBI)

Los datos serán recogidos mediante la adaptación al castellano del “Maslach Burnout Inventory” (ver anexo 1), realizada por Oliver en personal sanitario de Madrid, España¹⁶ que ha sido utilizada en muchas investigaciones y con una confiabilidad cercana al 0,9^{16, 20, 21, 24, 27}. Se administrará en concreto la “escala de agotamiento emocional”. Esta subescala consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20), cada ítem se valora a través de una escala tipo Likert de 0 a 6, siendo 0 nunca, 1 pocas veces al año o menos, 2 una vez al mes o menos, 3 unas pocas veces al mes o menos, 4 una vez a la semana, 5 pocas veces a la semana, 6 todos los días. Por lo tanto la puntuación máxima será de 54, considerándose agotamiento emocional bajo una puntuación menor de 19, agotamiento emocional medio entre 19-26 y por encima o igual a 27 se hablará de alto agotamiento emocional.

Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE)

Es una escala desarrollada y validada por Sandín y Chorot en 2003 formada por unas subescalas que evalúan siete estilos básicos de afrontamiento (ver anexo 2). Los coeficientes de fiabilidad de Cronbach ha sido de 0,79³⁹.

El CAE consta de 42 ítems, distribuidos en 7 subescalas con 6 ítems cada uno de ellas y que hacen referencia a los estilos básicos de afrontamiento: focalizado en la solución del problema, autofocalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social y religión. Cada ítem se valora en una escala tipo Likert de 0 a 4, siendo 0 nunca, 1 pocas veces, 2 a veces, 3 frecuentemente y 4 casi siempre²⁷.

Los ítems 1, 8, 15, 22, 29 y 36 hacen referencia al afrontamiento focalizado en la solución del problema (FSP); los ítems 2, 9, 16, 23, 30 y 37 se corresponden con la autofocalización negativa (AFN); el 3, 10, 17, 24, 31 y 38 se asocian a la reevaluación positiva (REP); con la expresión emocional abierta (EEA) están ligados el 4, 11, 18, 25, 32 y 39; con la evitación (EVT) el 5, 12, 19, 26, 33 y 40; con la búsqueda de apoyo social (BAS) el 6, 13, 20, 27, 34 y 41; y por último con la religión (RLG) el 7, 14, 21, 28, 35 y el 42. Por lo tanto, para saber cuáles son las estrategias de afrontamiento más utilizadas se realizará la media de las puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas, correspondiendo la media mayor a la estrategia más utilizada.

Cuestionario sociodemográfico

Se aplicará al personal de enfermería un cuestionario autoadministrado con el objetivo de obtener los siguientes datos: edad, sexo, estado civil, número de hijos, categoría profesional, años de experiencia profesional y años de experiencia en el área de urgencias, título de especialista de urgencias, tipo de contrato (interino, eventual o permanente) y horario de trabajo (ver anexo 3). Muchas de estas variables han sido contempladas en las investigaciones revisadas por ello se considera importante su estudio ⁴,
16, 19, 22, 24, 27.

Otro material

Se utilizará además de lo anterior el siguiente material: folios, bolígrafos, sobres, buzón para depositar los cuestionarios y otro buzón para depositar el consentimiento informado (ver anexo 4), ordenador y programa SPSS. Todo este material estará a cargo del investigador principal.

5.5 PROCEDIMIENTO

Previo al inicio del estudio se solicitará y obtendrá el permiso necesario para realizar el estudio, es decir, la autorización de la Dirección de Enfermería. También se comunicará a la Dirección la fecha de inicio del estudio y la obtención de dichos permisos a la Dirección de Enfermería.

Se realizarán seis reuniones de carácter informativo para todos los profesionales de enfermería del área de urgencias, (tres un mismo día y otras tres en otro día) con el fin de llegar a todos ya que algunos pueden estar de descanso en esta primera reunión. Las reuniones se harán en el salón de actos más próximo al servicio de urgencias del HUCA, en tres momentos del día: a las 08:15 de las mañana para aquellos trabajadores que salgan del turno de noche, a las 14:00 para el personal que comienza el turno de tarde y a las 15:15 para los que finalizan el turno de mañana.

Este encuentro será publicitado mediante carteles colocados en diferentes áreas de urgencias, que mostrarán el motivo de la reunión así como el día, la hora y el lugar específico de ésta.

La finalidad de la reunión es incentivar a la participación en el estudio, informar acerca del objetivo de la investigación y explicar las instrucciones de cada uno de los cuestionarios, remarcando la importancia de rellenarlos fuera del horario laboral. También se les aclarará el manejo ético de la información y que no recibirán remuneración económica por su participación, de la misma manera se recordará que podrán retirarse en cualquier momento del estudio si así lo desean.

Al acabar la reunión se entregarán dos sobres uno blanco y otro negro, los tres instrumentos de evaluación y el consentimiento informado. También se hará hincapié en la importancia de cumplimentar y entregar la documentación en un plazo máximo de 10 días,

a partir del día de la reunión. El sobre negro cerrado con los tres instrumentos de evaluación se depositará de manera anónima en una urna negra colocada en la salida principal del servicio de urgencias y el sobre blanco cerrado con el consentimiento informado se introducirá en la otra urna blanca colocada junto a la anterior. Las urnas estarán rotuladas con el título del estudio.

5.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación se ha desarrollado de acuerdo con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, según la cual han de respetarse los derechos del sujeto a salvaguardar su integridad, han de adoptarse las precauciones necesarias para respetar su intimidad, y ha de prevalecer su interés sobre el de la ciencia y la sociedad. El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se ha hecho conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y el Real Decreto 1720/2007 de 21 de Diciembre.

5.7 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las limitaciones de este estudio vienen dadas por los siguientes sesgos:

- Sesgo de selección

Se derivan de los criterios de inclusión y exclusión utilizados para la ejecución del estudio. Debe considerarse como un sesgo de selección que los individuos que participaron en el estudio lo hicieron de manera voluntaria, lo que puede suponer unas diferencias con respecto a aquellos que se negaron a participar.

- Sesgo de información

Se derivan de cómo se obtuvieron los datos. Para minimizar estos sesgos, utilizaremos cuestionarios validados para determinar los niveles de desgaste emocional y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales. Estos sesgos también pueden ser debidos a que determinadas preguntas de los cuestionarios requieren que los encuestados piensen acerca de acciones o sucesos ocurridos en el pasado, lo que puede llevar a producirse un sesgo de memoria. Por lo tanto, se tomarán medidas adicionales para que los participantes se sientan cómodos y seguros a la hora de responder como: carácter privado confidencialidad y codificación de los datos personales.

5.8 TEMPORALIZACIÓN

	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Fundamentación teórica	X	X						
Solicitud de permisos			X					
Diseño de la investigación			X	X				
Entrega y recogida de cuestionarios					X			
Análisis de los datos						X	X	
Finalización del estudio								X

6. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

6.1. VARIABLES QUE SE VAN A ESTUDIAR

En la Tabla 1, se pueden ver las variables sociodemográficas y laborales que se van a considerar y en la Tabla 2 las variables de escala.

Tabla 1. Variables sociodemográficas y laborales

Variable	Clase o tipo	Definición operativa	Escala y forma de medida
Sexo	Variable cualitativa, nominal dicotómica	Condición organizativa masculina o femenina del individuo	1.Hombre 2.Mujer
Edad	Variable cuantitativa, discreta	Años enteros cumplidos, según fecha de nacimiento	En años
Estado civil	Variable cualitativa, nominal politómica	Situación civil del trabajador	1.Casado 2.Soltero 3.Viudo 4.Separado 5.Con pareja
Número de hijos	Variable cuantitativa, discreta	Número de hijos	En número
Categoría profesional	Variable cualitativa, nominal dicotómica	Tipo de trabajo desempeñado	1. Enfermero/a 2. Auxiliar de enfermería
Años de experiencia profesional	Variable cuantitativa, discreta	Años enteros trabajados como personal de enfermería	En años
Años de experiencia profesional en urgencias	Variable cuantitativa, discreta	Años enteros trabajados como personal de enfermería en urgencias	En años
Situación laboral	Variable cualitativa, nominal politómica	Tipo de contrato laboral	1. Interino, 2. Eventual, 3. permanente
Horario de trabajo	Variable cualitativa, nominal politómica	Tipo de jornada laboral	1. turno rotatorio 2. Turno de mañana y tarde 3. Turno de mañana y tarde descansando fin de semana 4. Turno de mañana 5. Turno deslizante

Tabla 2. Variables relacionadas con las escalas utilizadas

Variable	Clase o tipo	Definición operativa	Escala y forma de medida
Desgaste emocional	Variable cualitativas ordinales politómicas	Se considerará desgaste emocional bajo/medio/alto según la subescala de agotamiento emocional MBI	1. bajo 2. medio 3.alto
Capacidad de solución de problemas	Variable cualitativas ordinales politómicas	Se considerará una estrategia de afrontamiento con mayor o menor utilización según la escala de afrontamiento al estrés CAE	0. Nunca 1. Pocas veces 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre
Autofocalización negativa	Variable cualitativas ordinales politómicas	Se considerará una estrategia de afrontamiento con mayor o menor utilización según la escala de afrontamiento al estrés CAE	0. Nunca 1. Pocas veces 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre
Reevaluación positiva	Variable cualitativas ordinales politómicas	Se considerará una estrategia de afrontamiento con mayor o menor utilización según la escala de afrontamiento al estrés CAE	0. Nunca 1. Pocas veces 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre
Expresión emocional abierta	Variable cualitativas ordinales politómicas	Se considerará una estrategia de afrontamiento con mayor o menor utilización según la escala de afrontamiento al estrés CAE	0. Nunca 1. Pocas veces 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre
Apoyo social	Variable cualitativas ordinales politómicas	Se considerará una estrategia de afrontamiento con mayor o menor utilización según la escala de afrontamiento al estrés CAE	0. Nunca 1. Pocas veces 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre
Religión	Variable cualitativas ordinales politómicas	Se considerará una estrategia de afrontamiento con mayor o menor utilización según la escala de afrontamiento al estrés CAE	0. Nunca 1. Pocas veces 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre

6.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Se realizará la estadística descriptiva de las variables recogidas, utilizando la versión 19 del programa SPSS.

Para la descripción de la muestra, en las variables cualitativas se calcularon frecuencias y porcentajes, y en las variables cuantitativas medias, desviaciones típicas

Se utilizará la prueba Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad de la distribución de los datos. Con el fin de estudiar la asociación entre las variables cuantitativas y cualitativas se usará en el caso variables dicotómicas la prueba T de Student y en el caso de variables politómicas la prueba ANOVA. Para estudiar el grado de correlación entre las variables cuantitativas se calculará el coeficiente de correlación de Pearson y para estudiar la asociación entre las variables cualitativas la prueba Chi-Cuadrado. Se establece como nivel de significación un valor de p menor a 0,05.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Inspección de Trabajo y Seguridad Social. El estrés afecta a la productividad y hay mayor riesgo de sufrir accidentes: Ministerio de Empleo y Seguridad Social; 2007.[Acceso 19/02/2015] Disponible en:
http://www.empleo.gob.es/itss/web/Sala_de_comunicaciones/Noticias/Archivo_Noticias/2007/05/noticia_web_intranet_24052007.html
2. Agencia Europea para la salud y la Seguridad en el trabajo. Prevención de Riesgos Psicosociales y estrés laboral en la práctica; 2002. [Acceso 19/02/2015] Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/publications/reports/104>
3. Escribà- Agüir V, Burguete-Ramos D. ¿Cómo perciben las enfermeras de transplantes las causas del estrés laboral?. Index Enferm (Gran). 2005; 14(50): 15-9.
4. de Souza Moreira D, Faverzani Magnago R, Mamôru Sakae T, Liberali Magajewski FR. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2009; 25(7): 1559-68.
5. Novoa Gómez MM, Nieto Dodino C, Forero Aponte C, Caycedo CE, Palma Riveros M, Montealegre Martínez MAP et al. Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. Univ Psychol. 2005; 4(1): 63-76.
6. Popp M S. Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI). Interdisciplinaria. 2008; 25(1): 5-27.

7. Salaree MM, Zareiyan A, Ebadi A, Salaree M. Coping strategies used by Iranian nurses to deal with burnout: a qualitative research. *Glob J Health Sci.* 2014; 6(6): 273-80.
8. Gomes Sda F, Santos MM, Carolino ET. Psycho-social risks at work: stress and coping strategies in oncology nurses. *Rev Lat-am Enfermagem.* 2013; 21(6): 1282-9.
9. Más Pons R, Escribà Agüir V. La versión castellana de la escala “the nursing stress scale”. Proceso de adaptación transcultural. *Rev Esp Salud Pública.* 1998; 72(6): 529-38.
10. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de la Seguridad Social. Las enfermedades del trabajo: nuevos riesgos psicosociales y su valoración en el derecho de la protección social; 2006. [Acceso 20/02/2015] Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/100517.pdf>
11. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Secretaría de Estado de la Seguridad Social. Delimitación de los efectos derivados de condiciones productoras de estrés laboral detectados en la red pública de salud (mental). Un estudio retrospectivo, relacional y cualitativo; 2007. [Acceso 19/02/2015] Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/119800.pdf>
12. Organización Mundial de la Salud. La organización del trabajo y el estrés. Instituto del Trabajo, Salud y Organizaciones. Serie de protección de la salud de los trabajadores 3; 2004. [Acceso 28/02/2015] Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf?ua=1
13. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. [Acceso 28/02/2015] Disponible en:

<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/GuiasMonitor/Psicopsicologia/I/Ficheros/psi07.pdf>

14. Real Academia Española. Diccionario de la Real Academia Española. 22ª ed. Madrid: 2001.
15. Gómez-Gascón T, Martín-Fernández J, Gálvez-Herrer M, Tapias-Merino E, Beamud-Lagos M, Mingote-Adán JC. Grupo EDESPROAP-Madrid. Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. *BMC Fam Pract.* 2013; 14(173): 1471-2296.
16. Regina Lorenz V, Cardoso Benatti MC, Oliveira Sabino M. Burnout y estrés en enfermeros de un hospital universitario de alta complejidad. *Rev Latino-am. Enfermagem.* 2010; 18(6): 1084-91.
17. Poghosyan L, Aiken L, Sloane D. Factor structure of the Maslach Burnout Inventory: An analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries. *Int J Nurs Stud.* 2009; 46(7): 894-902.
18. Hernández Zamora GL, Olmedo Castejón E, Ibáñez Fernández I. Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology.* 2004; 4(2): 323-36.
19. Magaña Medina DE, Sánchez Escobedo PA. Síndrome de desgaste emocional en investigadores mexicanos. *Interam J Psychol.* 2008; 42(2): 353-62.
20. Tuesca-Molina R, Iguarán Urdaneta M, Suárez Lafaurie M, Vargas Torres G, Vergara Serpa D. Síndrome de desgaste profesional en enfermeras/os del área metropolitana de Barranquilla. *Salud Uninorte.* 2006; 22(2): 84-91.

21. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Publica*. 2004; 78(4): 505-16.
22. Raiziene S, Endriulaitiene A. The relations among empathy, occupational commitment, and emotional exhaustion of nurses. *Medicina (Kaunas)*. 2007; 43(5): 425-31.
23. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*. 2003; 1(1): 19-33.
24. Panunto MR, de Brito Guirardello E. Ambiente de la práctica profesional y el agotamiento emocional entre enfermeros de terapia intensiva. *RevLatino- am Enfermagem*. 2013; 21(3): 765-72.
25. Wang Y, Chang Y, Fu J, Wang L. Work-family conflict and burnout among Chinese female nurses: the mediating effect of psychological capital. *BMC Public Health*. 2012; 12(915): 1471-2458.
26. Lee WL, Tsai SH, Tsai CW, Lee CY. A study on work stress, stress coping strategies and health promoting lifestyle among district hospital nurses in Taiwan. *J Occup Health*. 2011; 53(5): 377-83.
27. Contreras F, Juárez F, Murrain E. Influencia del Burnout, la calidad de vida y los factores socioeconómicos en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales y auxiliares de enfermería. *Pensamiento Psicológico*. 2008; 4(11): 29-44.
28. Mehrabi T, Azadi F, Pahlavanzadeh S, Meghdadi N. The effect of yoga on coping strategies among intensive care unit nurses. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2012; 17(6): 421-4.

29. Jannati Y, Mohammadi R, Seyedfatemi N. Iranian clinical nurses' coping strategies for job stress. *J Occup Health*. 2011; 53(2): 123-9.
30. Fonatana SA. Estudio preliminar de las propiedades psicométricas de la escala de Desgaste Emocional para estudiantes universitarios. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*. 2011; 3(2): 44-8.
31. Bezerra Rodrigues A, Corrêa Chaves E. Factores estresantes y estrategias de coping utilizadas por los enfermeros que actúan en oncología. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008; 16(1): 24-28.
32. Perea-Baena JM, Sánchez-Gil LM. Estrategias de afrontamiento en enfermeras de salud mental y satisfacción laboral. *Index Enferm*. 2008; 17(3): 164-68.
33. Morán C, Landero R, González MT. COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Univ. Psychol*. 2009; 9(2): 543-52.
34. Nava Quiroz C, Ollua Méndez P, Vega Valero CZ, Soria Trujano R. Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. *Psicología y Salud*. 2010; 20(2): 213-20.
35. Blanch Plana A, Aluja Fabregat A, Biscarri Gassió J. Síndrome de Quemarse en el Trabajo (Burnout) y Estrategias de Afrontamiento: Un modelo de Relaciones Estructurales. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 2002; 18(1): 57-74.
36. Molina Ch P, Huecha D. Estrategias de afrontamiento del Equipo de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Med-Quirúrgicos Hospital Reginal Concepción Posterremoto y Tsunami. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*. 2010; 25(4): 193-98.

37. Gutiérrez López C, Veloza Gómez MM, Moreno Fergusson ME, Durán de Villalobos MM, López de Mesa C, Crespo O. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento “Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación” de Callista Roy. *Aquichán*. 2007; 7(1): 54-63.
38. Felipe Castaño E, León del Barco B. Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2010; 10(2): 245-57.
39. Sandín B, Chorot P. Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. 2003; 8(1): 39-54.

8. ANEXOS

Anexo 1: Maslach Burnout Inventory (MBI) : subescala de cansancio emocional

Instrucciones:

A continuación encontrara una serie de enunciados acerca de su trabajo y de los sentimientos que tiene hacia él. Deberá responder a cada uno de ellos expresando la frecuencia que tiene de cada uno de ellos según los siguientes rangos.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes o menos	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
6	Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo	
8	Me siento “quemado” por mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
16	Trabajar directamente con personas me produce estrés	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	

Anexo 2: Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)

Instrucciones:

A continuación se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Vd. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (aproximadamente durante el pasado año). Deberá responder a cada enunciado expresando la frecuencia que tiene de cada uno de ellos con una cruz según los siguientes rangos: 0=nunca, 1=pocas veces, 2=a veces, 3=frecuentemente, 4=casi siempre.

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

Cuestionario de Afrontamiento al Estrés		0	1	2	3
1	Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente				
2	Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal				
3	Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema				
4	Descargué mi mal humor con los demás				
5	Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas				
6	Le conté a familiares o amigos cómo me sentía				
7	Asistí a la Iglesia				
8	Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados				
9	No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas				
10	Intenté sacar algo positivo del problema				
11	Insulté a ciertas personas				
12	Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del				

	problema				
13	Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema				
14	Pedí ayudar espiritual a algún religioso (sacerdote, etc)				
15	Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo				
16	Comprendí que yo fui el principal causante del problema				
17	Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás				
18	Me comporté de forma hostil con los demás				
19	Salí al cine, a cenar, a “dar una vuelta”, etc., para olvidarme del problema				
20	Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema				
21	Acudí a la iglesia para rogar que se solucionase el problema				
22	Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema				
23	Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación				
24	Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes				
25	Agredí a algunas personas				
26	Procuré no pensar en el problema				
27	Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal				
28	Tuve fe en que Dios remediaría la situación				
29	Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas				
30	Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema				
31	Experimenté personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”				
32	Me irrité con alguna gente				
33	Practiqué algún deporte para olvidarme del problema				
34	Pedí a algún amigos o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir				

35	Recé				
36	Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema				
37	Me resigné a aceptar las cosas como eran				
38	Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor				
39	Luché y me desahogué expresando mis sentimientos				
40	Intenté olvidarme de todo				
41	Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos				
42	Acudí a la iglesia para poner velar o rezar				

Anexo 3: Cuestionario sociodemográfico y laboral de elaboración propia

Instrucciones:

Este cuestionario recoge información sociodemográfico y laboral. Para completar el cuestionario deberá responder a cada uno de los ítems. Para ello tendrá que seleccionar una única opción en cada ítem, rodeando con un círculo o contestando con una cifra numérica en los casos de los ítems nº 1, 4, 6 y 7:

1. Edad: _____ años.

2. Sexo:

1. Hombre 2. Mujer

3. Estado civil:

1. Casado 2. Soltero 3. Viudo 4. Separado 5. Con pareja

4. Número de hijos: _____.

5. Categoría profesional:

1. Enfermera/o 2. Auxiliar de enfermería

6. Años de experiencia profesional: _____ años.

7. Años de experiencia profesional en el área de urgencias: _____ años.

8. Título de especialista en urgencias:

1. Si 2. No

9. Situación laboral:

1. Interino 2. Eventual 3. Permanente

10. Horario de trabajo:

1. Turno rotatorio 2. Turno de mañana y tarde 3. Turno de mañana y tarde descansando fin de semana
4. Turno de mañana 5. Turno deslizante

Anexo 4: Consentimiento informado en la participación del estudio

Título: Desgaste emocional y estrategias de afrontamiento

Investigadora principal: Olalla Vilariño Santos

Organismo: Universidad de Oviedo

Lugar de Realización: Hospital Universitario Central de Asturias

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre el estudio de investigación en el que se le invita a participar y que fue aprobado por la dirección de Enfermería del Hospital Universitario Central de Asturias.

Si decide participar en el mismo, debe leer antes este documento y hacer todas las preguntas que sean necesarias para comprender los detalles sobre el mismo.

- Información sobre el estudio

El objetivo del estudio es determinar el nivel de desgaste emocional e identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas en el personal de enfermería en los servicios de urgencias del Hospital Central de Asturias. Para participar en el mismo solo tendrá que cubrir 3 cuestionarios muy breves, la duración de estimada de los mismo es de 10 minutos. La participación en el estudio no conlleva ningún tipo de riesgo o repercusión negativa para usted y podrá abandonar el mismo cuando lo desee.

El equipo de investigación podrá acceder a toda aquella información recabada a los fines de este estudio. Los datos obtenidos en los cuestionarios serán tipificados de forma anónima y confidencial. Los resultados de este estudio podrán ser remitidos a publicaciones científicas para su difusión, `pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes.

El tratamiento, comunicación de los datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre.

Para más información puede contactar con el investigador principal a través del correo electrónico: Olalla_92_14@hotmail.com. Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

Por _____ la _____ presente, yo, _____ D.
/Dña _____, con
DNI _____ he leído y comprendido la información recibida y mis
preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo
que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines
científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia
firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

FIRMA

En _____, a ____ de _____ de 2015