



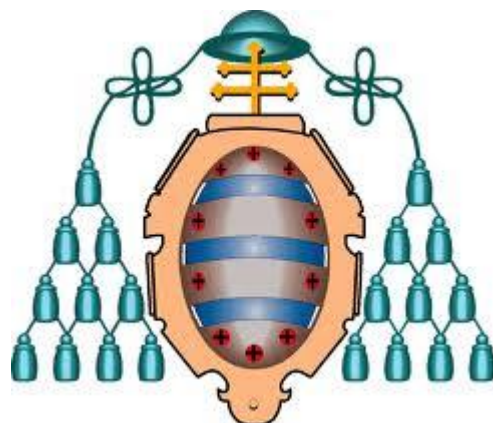
Universidad de Oviedo
Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y
Cuidados Críticos

**NIVEL DE BURNOUT EN LOS
PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA QUE TRABAJAN
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
GENERALES**

Isabel Díaz Suárez

Mayo 2012

Trabajo Fin de Máster



Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

NIVEL DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS GENERALES

Autora: Isabel Díaz Suárez

Tutora: Carmen Ana Valdés Sánchez



MASTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS

Carmen Ana Valdés Sánchez, Doctora en Psicología por la Universidad de Oviedo, Profesor Colaborador adscrito al Área de Enfermería del Dpto. de Medicina de la Universidad de Oviedo

Certifica

Que el Trabajo Fin de Máster presentado por **Dña. Isabel Díaz Suárez**, titulado “NIVEL DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA QUE TRABAJAN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS GENERALES”, realizado bajo mi dirección dentro del Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos de la Universidad de Oviedo, reúne las condiciones necesarias para ser admitido a tramite como Trabajo Fin de Máster.

Y para que así conste donde convenga, firmo la presente certificación en Oviedo a 1 de junio de 2012.

Fdo: Carmen Ana Valdés Sánchez
Tutora del Proyecto.

1. ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....	6
1.1. CONCEPTO Y MODELOS TEÓRICOS DEL BURNOUT	6
1.2. DISFUNCIONES EMOCIONALES Y CONSECUENCIAS	9
1.2.1 Alteraciones emocionales frecuentes en proceso el burnout	9
1.2.2 Consecuencias del síndrome de burnout	13
1.3. BURNOUT Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	16
1.4. EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO	20
1.5. EL SÍNDROME DE BURNOUT EN URGENCIAS.....	24
2. HIPOTESIS Y OBJETIVOS.....	29
3. METODO	30
3.1. CONTEXTO DEL ESTUDIO.....	30
3.2. SUJETOS.....	33
3.3. MATERIAL	35
3.4. PROCEDIMIENTO	38
3.5. TEMPORALIZACION	39
3.6 TRATAMIENTO ESTADISTICO DE LOS DATOS	39
4. BIBLIOGRAFÍA	42
5. ANEXOS	53

1. ESTADO ACTUAL DEL TEMA

1.1. CONCEPTO Y MODELOS TEORICOS DEL BURNOUT

Actualmente el término *burnout* se ha convertido en lo que muchos denominan un “cajón de sastre” debido al gran número de ámbitos en los que es utilizado (Mingote, 1998; Martín et al., 2003). Para comenzar a delimitar dicho término es necesario retroceder hasta 1974 año en el cual Freudenberg realizó la primera descripción del síndrome al observar que los profesionales que trabajan en contacto con personas se vuelven más fríos, con poca comprensión e incluso en algunos momentos más agresivos, llegando a tener un trato descuidado con sus pacientes, denominando “*burnout*” a este conjunto de actitudes y características (Carmona, Sanz y Marín, 2002; Mingote et al., 2007; Ríos, Peñalver y Godoy, 2008).

La definición realizada por Freudenberg (1974) del síndrome como una sensación de fracaso y de agotamiento resultado de una sobrecarga por exigencias de las energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador, ha sido recogida en la mayoría de los estudios (Rubio, 2003). Posteriormente, Maslach, (1976) definió el *burnout* como un proceso gradual de pérdida de responsabilidad personal, y desinterés cínico, caracterizado por agotamiento emocional. La idea de agotamiento físico, emocional y actitudinal como consecuencia del estrés laboral ha sido señalada por diversos autores (Pines y Kafry, 1978; Dale, 1979; Carlin y Garcés, 2010).

Más actualmente, Gil y Peiró (1997) definen el *burnout* como una respuesta al estrés laboral crónico; una experiencia subjetiva que engloba sentimientos y actitudes con implicaciones nocivas para la persona y para la organización a la que pertenece.

En la visión inicial de Freudenberg (1974) el *burnout* era visto como algo estático, consecuencia del estrés laboral, y se entendía que los profesionales más comprometidos son los más propensos a sufrirlo.

Posteriormente, Cherniss, (1980) considera, por primera vez, el *burnout* como un síndrome evolutivo, resultado de un proceso transaccional de estrés, tensión en el trabajo, y acomodamiento psicológico, destacando en él tres fases que han sido contempladas posteriormente por otros autores:

Fase 1. Se observa un desequilibrio entre las demandas en el trabajo y los recursos de afrontamiento individual. La persona genera una respuesta emocional, a corto plazo, ante el anterior desequilibrio caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento produciéndose cambios en sus actitudes y conductas así como un afrontamiento defensivo (Ortega y López, 2003).

Fase 2. Caracterizada por el agotamiento emocional y las sensaciones de sobre esfuerzo físico y hastío que se producen como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos y con los clientes. El trabajador siente que ya no puede dar más de sí mismo a nivel afectivo lo que provoca una situación de agotamiento de la energía y/o recursos emocionales (Gil y Peiro, 1991).

Fase 3. Aparece la despersonalización que conlleva el desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan sus servicios.

Produciéndose la pérdida de confianza en la realización personal y la presencia de un auto concepto negativo que afectará tanto su funcionamiento laboral como a su relación con las personas a las que atiende. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismos e insatisfechos con sus resultados laborales (Gil y Peiró, 1991; Gil, Peiro y Valcárcel, 1998; Rubio, 2003).

La concepción evolutiva del *burnout* ha sido aceptada y desarrollada por muchos investigadores, pasando a entenderse este síndrome como un proceso en el cual las respuestas de los individuos (sentimientos, emociones y modos de afrontamiento) van cambiando y haciéndose más negativas en respuesta al estrés laboral (Parraga, 2005; Carlin y Garcés, 2010); en esta evolución interviene el ambiente y las variables personales de cada individuo (Guerrero y Vicente, 2001).

En cuanto a la génesis del *burnout* han sido descritos numerosos modelos explicativos que han ido apareciendo a lo largo de la historia, ninguno de los cuales ha sido concluyente. Estos modelos se clasifican en 3 grandes teorías:

A) Teoría socio cognitiva del Yo. Las variables cognitivas, tales como las creencias o grado de seguridad en las capacidades de uno mismo, son determinantes; dichas variables tendrán gran influencia en la aparición de disfunciones emocionales (depresión, estrés,...) y se relacionan también con las dificultades que uno puede encontrar a la hora de comenzar a desempeñar su profesión, dificultando la consecución de objetivos y llegando a producir *burnout*. (Cherniss, 1980).

B) La Teoría del intercambio social. Según la misma, el *burnout* sería consecuencia de la sensación de pérdida en las relaciones de intercambio que la persona tiene tanto en su relación con otros profesionales como con los usuarios. El sujeto tiene una

percepción de falta de equidad en sus relaciones realizando una valoración negativa de ellas, al considerar que aporta más que las otras partes (Parraga, 2005).

C) La Teoría organizativa Esta teoría tiene en cuenta tanto las variables personales como las organizativas a la hora del desarrollo del síndrome. Por un lado, la falta de diferenciación del rol, los problemas organizativos y de estructura, y por otro los modelos de afrontamiento de cada persona, son las claves para la aparición o no del *burnout*; el contexto y la capacidad de los individuos para enfrentar los problemas influyen en la aparición de *burnout* (Pines y Kafry, 1978; Guerrero y Vicente, 2001; Gil y Peiro, 1999; Ortega y López, 2003).

A modo de conclusión, podemos decir que el *burnout* es fruto de la interacción entre las respuestas individuales del sujeto y la presión laboral en el ambiente de trabajo; esta respuesta aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento; siendo un síndrome que se observa tanto en los profesionales asistenciales como en otras categorías laborales (Guerrero y Vicente, 2001)

1.2. DISFUNCIONES EMOCIONALES Y CONSECUENCIAS

1.2.1 Alteraciones emocionales frecuentes en el proceso de *Burnout*

Maslach y Jackson (1981) consideraron el *burnout* como un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal. En la actualidad, se considera que el síndrome de *burnout* se manifiesta fundamentalmente en cuatro ámbitos (Florez, 2003; Guerrero y Vicente, 2001):

1. **Físico:** dolores de cabeza, fatiga, úlceras, problemas musculares etc.
2. **Cognitivo:** pensamientos negativos, modos de afrontamiento inadecuados.
3. **Emocional:** sensación de no poder dar más de sí, una afectividad plana que no es más que la incapacidad para implicarse emocionalmente y una sensación de impotencia ante las situaciones que se plantean en el trabajo, se sienten inútiles, incapaces y manifiestan una baja autoestima.
4. **Actitudinal:** el sujeto niega las emociones y se vuelven más cínico, culpa a los que les rodean de sus problemas, se aísla, presenta absentismo laboral, etc.

La concepción de *burnout* como proceso y no como algo estático hace que los cambios actitudinales y emocionales que se desarrollan como respuesta al estrés, produzcan una serie de alteraciones tanto a nivel físico como cognitivo, existiendo una relación entre todos ellos.

El término "emociones negativas" ha cobrado mucha fuerza en los últimos años y se refiere tanto a las reacciones emocionales que se caracterizan por una experiencia afectiva desagradable unida a una alta activación fisiológica (Cano y Miguel, 2000), como a las emociones negativas originadas por una situación que se considera positiva para el individuo, por ejemplo el desarrollo de la carrera profesional. (Parraga, 2005).

No hay que olvidar que las emociones, por su papel adaptativo, tienen una gran influencia en el bienestar de los individuos e influyen en las funciones fisiológicas del organismo, de ahí la gran importancia que tienen en el desarrollo del *burnout*. Dicho síndrome está estrechamente relacionado con diversas alteraciones emocionales, entre las que destacan la ansiedad, la depresión y el estrés.

A) La ansiedad.

Es una reacción normal en determinadas situaciones que los individuos viven como amenazantes, activándose mecanismos tanto fisiológicos como cognitivos que ayudan al sistema generando una respuesta, de lucha, que tiene como fin la resolución de la situación causal, o bien de huida, generalmente cuando se activa durante mucho tiempo y los mecanismos de compensación no son capaces de mantenerse. Una ansiedad mantenida en el tiempo puede terminar agotando los sistemas de compensación y producir una respuesta patológica psicofisiológica que lleva a la evasión de la situación estresante o al bloqueo, produciendo estrés.

B) El estrés

Es considerado la “antesala de *burnout*” y en muchos casos resulta complicado diferenciarlos (Flórez, 2003). Llama la atención que después de medio siglo de investigación acerca del término estrés, siga siendo hoy necesario delimitar el significado del mismo, quizás debido al excesivo uso que se hace de él, tanto por parte de los diferentes profesionales (psicólogos, médicos, enfermeros, etc.) como por la población en general (Sandin, 2002), existiendo disparidad de criterios en relación a su uso (Martín et al., 2003).

No obstante, el término es utilizado diariamente, ya que forma parte de la vida cotidiana y afecta tanto a la salud y al bienestar personal como a la satisfacción laboral y colectiva (Albaladejo et al., 2004), hasta tal punto que según la OMS el estrés es denominado la enfermedad del S XX. (Gil, 2001; Albaladejo et al., 2004).

Fue Selye (1936) quien descubrió la respuesta fisiológica del organismo a los agentes estresantes, lo que definió como “síndrome general de adaptación”; cuando el agente

estresante persiste esta respuesta fisiológica puede tornarse patológica y ser la base de muchas enfermedades y problemas emocionales (Martín, Salanova y Peiro, 2003; Gil, 2001; Martín-Arribas et al., 2006).

Lazarus (1986) consideró el estrés como el resultado de una relación entre la persona y el ambiente, en esta interacción, el ambiente es cognitivamente evaluado como significativo y excede los recursos del sujeto. Existen una serie de características comunes que hacen al individuo valorar más las condiciones ambientales como estresantes, entre ellas están la incertidumbre, la falta de información, la novedad, la ambigüedad de la situación, la duración y la inminencia (Guerrero y Vicente, 2001)

En cuanto a los modelos existentes sobre la génesis del estrés, podemos destacar los siguientes:

- 1) **El modelo del estrés como estímulo**, según el cual el estrés se produce ante cualquier circunstancia que de forma inusual o extraordinaria exige que el individuo realice conductas de ajuste para afrontar la situación porque su bienestar se encuentra amenazado por las contingencias ambientales (Torres, 2010).
- 2) **El modelo del estrés como respuesta**, que entiende el estrés como una respuesta automática del organismo ante cualquier cambio ambiental (externo o interno) mediante el cual se le prepara para hacer frente a las posibles demandas que se generen como consecuencia de la nueva situación (Guerrero y Vicente, 2001); en el momento en que dicha situación sea resuelta el propio organismo volverá al estado previo de equilibrio (Martín, Salanova y Peiró, 2003).
- 3) **El modelo interaccional** que contempla que el estrés es fruto de la respuesta de la persona ante una situación y de la situación en sí misma. (Lazarus, 1978).

C) La depresión

Es un estado de ánimo distímico con una serie de síntomas asociados, existen diferentes características individuales que pueden hacer que algunos individuos tengan mayor tendencia a tener depresión que otros; entre estas variables, además de los factores genéticos que pueden influir en la predisposición a la depresión, destacamos por un lado las vivencias desagradables previas y por otro las estructuras mentales que dirigen la percepción, el almacenamiento, organización y recuperación de información al influir en la interpretación distorsionada de realidad (Ottosson, 1995).

Burnout y depresión son dos conceptos distintos aunque están íntimamente relacionados (Rubio, 2003). Las personas con depresión ven afectadas todas las esferas de su vida, presentan síntomas afectivos negativos (tristeza e infelicidad), conductuales (apatía e indiferencia), cognitivos (baja capacidad de concentración y pérdida de memoria), físicos (insomnio, cefaleas y náuseas) y por último interpersonales, como pérdida de contacto social. En cambio las personas con *burnout* tienen más capacidad para disfrutar de algunas cosas y centran los aspectos negativos en los otros, no como ocurre con las personas con depresión que centran más los aspectos negativos en sí mismos (Ortega y López, 2004).

1.2.2. Consecuencias del Síndrome de *Burnout*

Todas estas alteraciones emocionales tienen consecuencias en los planos físico, psicológico y organizativo por lo que resulta altamente complicado diferenciar unas de otras; no obstante, podemos afirmar que los individuos afectados de *burnout* sufren un deterioro significativo de su calidad de vida personal y social (Rubio, 2003) que no solo afectan a la

persona que sufre el síndrome sino también a su entorno (familia, amigos y a la propia organización a la que pertenece).

A) Consecuencias Físicas

Su base se encuentra en la activación de una respuesta fisiológica humana que produce una activación del eje hipotálamo- hipofiso- suprarrenal con una participación del sistema nervioso vegetativo y del sistema inmunitario que determina la liberación de un elevado número de hormonas y que puede desencadenar diversas patologías. Entre las numerosas alteraciones que puede provocar se encuentran diversos dolores (cefaleas, jaquecas, migrañas, dolores musculares y articulares, dolor de cuello), molestias gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlceras gástricas, colitis ulcerosas), problemas cardiovasculares (hipertensión arterial, enfermedad coronaria, palpitaciones, pinchazos, taquicardia, arritmias), problemas respiratorios (sensaciones de ahogo, asma, alergias), problemas dermatológicos (prurito, eccemas, acné, psoriasis), trastornos sexuales y reproductivos (alteraciones menstruales, impotencia, vaginismo, disminución del deseo) y otros trastornos como falta de apetito, cansancio, pérdida progresiva de la energía, fatiga, agotamiento e insomnio. (Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991; Florez, 1994; Gil, 2001; Guerrero y Vicente, 2001; Ortega y López, 2004; Martín et al., 2006; Rodríguez García, Oviedo, Vargas, Hernández y Pérez, 2009).

Además, también se han observado altos niveles de cortisol en saliva durante las jornadas de trabajo (Florez, 2003) y un déficit de inmunidad celular, al detectar una disminución de las células NK células encargadas de la comunicación y regulación celular. (Albaladejo et al., 2004).

B) Consecuencias Psicológicas

Las consecuencias psicológicas han sido consideradas las más importantes al presentarse en mayor número, según la literatura existente. Los individuos manifiestan actitudes negativas hacia sí mismos, hacia su propio trabajo y hacia la institución a la que pertenecen, desprecian de manera general todo su entorno y hablan continuamente mal del ambiente laboral.

En el ámbito psicológico, las reacciones emocionales más frecuentes son culpabilidad, ineficacia, incapacidad para la concentración, impaciencia, recelo baja motivación, deshumanización, irritabilidad, repentinos cambios de humor, expresión afectiva tensa o ansiosa, ira, nerviosismo, preocupación, ideas obsesivas, ideas suicidas, síntomas depresivos, afectividad plana, impotencia ante determinadas situaciones, insensibilidad, aislamiento, distanciamiento de otros compañeros, tendencia al cinismo y desvalorización junto con deseos de abandonar su puesto de trabajo (Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991; Florez, 1994; Gil, 2001; Guerrero y Vicente, 2001; Ortega y López, 2003; Martín et al., 2006; Rodríguez García et al., 2009).

En el ámbito conductual se observa abuso de drogas, fármacos, alcohol, tabaco y otras sustancias estimulantes (Sandin, 1995), conductas que a su vez son causa indirecta de algunos de los problemas físicos descritos en el punto anterior. También se observan conductas imprudentes como conducción temeraria, ludopatía y aficiones de riesgo.

C) Consecuencias Organizativas

El *burnout* no solo produce efectos físicos y sociales sino que además tiene una elevada repercusión en las organizaciones, el conjunto de consecuencias que tienen sus

síntomas hace que el rendimiento laboral del personal baje así como la calidad de la atención, esto deteriora los servicios prestados por la organización a la que pertenece el trabajador, a todo esto debemos añadir las bajas laborales, descansos largos, errores en el trabajo, falta de competencia, etc. Todas estas consecuencias, tanto físicas como psicológicas y organizativas, originan un elevado sobre coste para las organizaciones y empresas, por lo que el establecimiento de programas de intervención y prevención del *burnout* no solo las evitaría sino que produciría una rebaja en los costes y una mejora en la prestación de los servicios. (Cherniss, 1980; Rubio, 2003).

Schwartzmann (2004) sostiene que el *burnout* es una entidad relacionada exclusivamente con el trabajo y que debería constituirse como una “enfermedad profesional”.

1.3. BURNOUT Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Como hemos comentado los individuos desarrollan una serie de actitudes que sirven para afrontar las situaciones estresantes y el síndrome de *burnout* se desarrolla cuando las estrategias de afrontamiento funcional fallan ante dichas situaciones; de ahí la importancia que según Cherniss (1980) tienen las estrategias de afrontamiento como mediadoras en el proceso.

Lazarus y Folkman (1984) definieron el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como excesivas en relación con los recursos de que dispone la persona. Otra definición del término fue realizada por Gil y López (1999) que entienden el afrontamiento como todos los esfuerzos conductuales del individuo para hacer frente al estrés, para afrontar tanto las demandas externas o internas generadoras del mismo, así como para

reducir el estado emocional desagradable vinculado a él; cuando los modelos de afrontamiento son adecuados los niveles de estrés son más bajos que cuando éstos son inefectivos.

Parece que existen una serie de dimensiones que llevan al individuo a pensar y actuar, de manera relativamente constante o igual, ante cualquier situación estresante por muy distintas que éstas sean. Sandín (1995) recoge las expuestas por Lazarus y Folkman (1984) que son: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, huida-avoidance, aceptación de responsabilidad, planificación y reevaluación positiva.

La tendencia natural del hombre a la supervivencia y al mantenimiento de una estabilidad es la que hace que los mecanismos de afrontamiento se activen en función de su experiencia previa en situaciones similares. Hay que tener en cuenta que el estrés no solo viene dado por la propia situación estresante sino por la valoración cognitiva que la persona hace de ella; cuando las situaciones se alargan en el tiempo o se cronifican los individuos tienden a desarrollar alguna estrategia que resuelva el estrés emocional, en vez de realizar un afrontamiento más enfocado en la propia causa del problema (Torres, 2010).

Se ha constatado que la personalidad del individuo tiene una gran influencia en el modo de afrontamiento (Lazarus, 2000), de manera que las creencias, los recursos, o las motivaciones de la persona influyen en su capacidad para afrontar una determinada situación problemática y también sobre los sentimientos, pensamientos y conductas que desarrolla (Rubio, 2003). Además existen factores como la imagen de uno mismo, el grado de satisfacción con su vida, la realización personal, la ansiedad y la motivación que hacen que el estrés pueda aumentar o reducirse.

Según Torres (2010) el *locus control* es otro de los aspectos de la personalidad que van a influir en el modo de afrontamiento. Las personas con *locus control interno* tienden a ser

más activas y a planificar sus acciones, por el contrario, lo sujetos con *locus control externo* piensan que los acontecimientos no tienen nada que ver con sus actitudes, dependiendo más de la suerte, el destino o de otras personas con más poder que ellos, se sienten con menos control sobre las situaciones y esto provoca mayores niveles de estrés y de *burnout*. (Medina y García, 2002).

La variable sexo también influye en la forma de afrontamiento, los hombres tienden a utilizar estrategias de planificación o distanciamiento mientras que las mujeres usan la búsqueda de apoyo de forma más frecuente y estrategias enfocadas en la emoción (González Leandro, 2004).

En relación a los tipos de estrategias de afrontamiento, una vez revisada las investigaciones sobre el tema, observamos las siguientes:

A) Estrategias individuales.

Se considera que el entrenamiento de ciertas habilidades o destrezas permitirá a la persona realizar un mejor control tanto de la situación como de sus consecuencias (Peiro, 1999). Según Buendía y Ramos (2001) por un lado, están las estrategias de carácter paliativo centradas en el manejo de emociones y sentimientos de culpa así como habilidades para la expresión de emociones, entre ellas están las técnicas de relajación, meditación, biofeedback, o el sentido del humor, probado antídoto contra el *burnout*, ya que además de liberar tensión emocional tiene también efectos beneficiosos a nivel cardiovascular, respiratorio, neuromuscular e inmunológico (Parraga, 2005). Por otro lado, las estrategias instrumentales producen un cambio en los procesos cognitivos y afectivos, entre ellas están las técnicas de reestructuración cognitiva, el entrenamiento de actividades sociales nuevas, la autoinstrucción, las técnicas de reducción de la ansiedad, el entrenamiento en habilidades de comunicación

interpersonal, así como algún aspecto de la terapia racional emotiva y el entrenamiento en solución de problemas (Florez, 2003).

B) Estrategias grupales

Se centran en potenciar la formación de habilidades sociales y estrategias relacionadas con el apoyo social en el trabajo con el fin de mejorar su actitud ante el mismo. Reducen el agotamiento emocional así como las conductas negativas hacia otras personas y se basan en el entrenamiento de las estrategias individuales de manera grupal.

En el ámbito laboral, esto pasa por la realización de reuniones de personal de los diferentes sectores de la empresa, así como el fomento de la intercomunicación entre los mismos, lo que llevara a un mejor ambiente en el trabajo y a una visión más motivadora del mismo por parte del individuo (Florez, 2003; Parraga, 2005).

C) Estrategias organizativas

Son realizadas por las propias organizaciones para reducir los eventos estresantes del sistema laboral, se centran en la mejora de las condiciones ambientales así como en los aspectos temporales y organizativos del trabajo; también se realizan planes para ayudar a los trabajadores en los periodos de transición (inicio en el mundo laboral, progresión dentro de éste, paso al desempleo, jubilación, etc.). Algunas de estas medidas adoptadas por las organizaciones son el incremento de autonomía en el trabajo, horarios flexibles, aumento de la participación en la toma de decisiones, mejoras en el ambiente físico y en la calidad del mismo, etc. (Ortega et al., 2004).

1.4 EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO

El hospital y el propio sistema sanitario son una fuente inagotable de estrés, por un lado, tenemos un sistema que se torna cada vez mas complicado y en el cual sus trabajadores han visto devaluada su posición y, por otro lado, una sociedad cada vez más exigente y con mayores conocimientos sanitarios. Esto implica un cambio en las actitudes de los pacientes y usuarios lo que unido a las características de los profesionales de la salud, los hace especialmente vulnerables (Ríos y Godoy, 2011).

Según Fidalgo (2006) existen una serie de fases por las que pasan los trabajadores a lo largo de su proceso laboral hasta llegar al síndrome *burnout* y que también se dan en el entorno hospitalario:

1. **Fase de entusiasmo** ante el trabajo por lo que no se ven afectados por el alargamiento de la jornada laboral.
2. **Fase de estancamiento**, el trabajo comienza a no cumplir con las expectativas previas y aparece un desequilibrio entre las demandas y las exigencias.
3. **Fase de frustración**, conlleva irritación, conflictos y problemas físicos.
4. **Fase de apatía**, se observan cambios conductuales y actitudinales.
5. **Fase de burnout**, cuando ya existe un desencanto total con el trabajo, frustración y síntomas físicos más graves.

Cooper (1983) señala como principales fuentes de estrés laboral en el entorno hospitalario las siguientes: las intrínsecas al trabajo, las relacionadas con el rol de organización, el desarrollo de la carrera, las relaciones interpersonales en el trabajo, la

estructura y organización y, por último, los conflictos entre las exigencias del trabajo y del hogar.

No existe acuerdo sobre el peso específico que tienen las variables personales y las organizativas en la aparición de *burnout* (Rubio, 2003). Algunas investigaciones sostienen la gran influencia de las variables de tipo organizativa (Maslach, 1978) mientras que otras (Hare, Prat y Andrews, 1988) dan más peso a las variables personales. En la actualidad, se ha ido desarrollando un perfil más integrador que contempla la influencia de todas las variables desde un punto de vista global, agrupándolas en dos grandes subgrupos.

A) Variables personales

Este subgrupo de variables son las que se centran fundamentalmente en la faceta del trabajador como individuo, es decir, se atiende en términos estadísticos a si es más probable encontrarnos con casos de *burnout* en una determinada franja de edad, en un determinado sexo, etc.

En lo referente a la edad, no existe consenso a la hora de asociar una determinada franja con la aparición del síndrome. Algunos autores aseguran que la aparición del *burnout* se hace patente en los primeros años de la actividad laboral, en torno a la veintena y la treintena, ya que en esta época es más frecuente trabajar más número de horas y fines de semana y además, en muchos casos, existe una falta de apoyo por parte de los profesionales con más antigüedad (Ticona, Paucar y Llerena, 2006; Fernández Martínez et al., 2007) así como un menor soporte familiar y social que en otras épocas de la vida (Florez, 1994). En contraposición, otros investigadores señalan que aunque no se puede hablar de forma restrictiva de unas edades asociadas a la aparición de *burnout* si que parece haber menor

nivel de *burnout* en personas jóvenes y con contratos pequeños, hecho enormemente frecuente en el ámbito sanitario, debido a la modalidad de contratos vacaciones, bajas etc. (Albaladejo, 2004); incluso se afirma que existe un rango de edad entre los 40 y los 50 años en la que es más común la aparición del síndrome (Ortega y López, 2004). Más actualmente se ha considerado que en la aparición del *burnout* no hay que atender tanto a la edad del trabajador sino al periodo trabajado, encontrándose este síndrome tanto en trabajadores que llevan menos de dos años como en trabajadores que llevan más de diez trabajados (Colon et al., 2009).

Existe un consenso mucho mayor en relación a la variable sexo, al asociar la aparición del síndrome al sexo femenino, esto puede estar determinado por dos factores principales. En primer lugar al hecho de que es mayor el número de mujeres que de hombres que trabajan en el ámbito de enfermería, lo que hace notoria la aparición de este ítem en los estudios estadísticos. En segundo lugar, debido a la sobrecarga producida en muchos casos por el doble rol desempeñado (profesional sanitario y ama de casa); la mujer tiene que combinar la carga del hogar con el desarrollo de su carrera profesional, lo que supone necesidad de progreso, de superación individual, continuo reciclaje y puesta al día, además de los conflictos y/o aumento de la hostilidad entre los profesionales del mismo gremio que trabajan en el hospital (Albaladejo et al., 2004).

B) Las variables organizativas

Aparte de las variables personales que hemos descrito como relevantes a la hora de la aparición del síndrome *burnout*, existen otras variables relacionadas con el contexto o el ambiente en el que la persona desempeña su trabajo; queremos señalar que este contexto tiene

una doble vertiente: por un lado esta el contexto laboral u organizativo y por el otro esta el contexto cultural, familiar y sociológico ya que no debemos olvidar que toda organización pertenece a una cultura y un contexto sociológico determinado.

Es pertinente señalar que la propia estructura interna de la organización puede determinar o intervenir en la aparición del síndrome. Una excesiva jerarquización (como suele darse en los hospitales) puede llevar a una difícil comunicación entre las propias partes del organigrama e incluso con los pacientes mismos dando lugar a una sensación de abandono, soledad y desasosiego; otros aspectos organizativos son la existencia de unos cuadros horarios demasiado restrictivos e impersonales, la supremacía de los aspectos económicos sobre los laborales, un buen o mal funcionamiento (inexistencia en algunos casos) de un departamento de recursos humanos, excesiva exigencia, etc., pueden ser también muy relevantes en la aparición del *burnout* (Florez, 2003; Loria, Márquez y Valladares, 2010).

Otros factores a tener en cuenta son los factores físicos referentes a la institución, es decir, contaminación (acústica, luminosa, etc.), el lugar de trabajo (lugares pequeños, mal acondicionados, altas o bajas temperaturas, etc.), el estado de los accesorios y el material de trabajo, etc.

Por otro lado, existen variables determinantes que vienen dadas por la propia esencia del trabajo a realizar; en nuestro contexto, podríamos señalar la minuciosidad del trabajo, la necesidad de dar un trato de calidad, el trato con el enfermo, el contacto con el sufrimiento y la muerte, etc.

Todos éstos y otros aspectos como la necesidad de continuo reciclaje profesional pueden dar lugar al uso y abuso de determinadas sustancias como café, tabaco, alcohol u otras

drogas que traen consigo un mayor deterioro psico-físico (Loria, Márquez y Valladares, 2010).

1.5. EL SÍNDROME DE BURNOUT EN URGENCIAS

No todos las áreas donde la enfermería presta sus servicios son igualmente estresantes debido a las propias características de los mismos, se han observado mayores niveles de *burnout* en los profesionales que trabajan en oncológica, cuidados paliativos, cuidados críticos y urgencias (Albaladejo et al., 2004; Ibáñez, Vilagerut y Abio, 2004; Bernaldo y Labrador, 2008).

Uno de los factores que se encuentra en los servicios anteriormente mencionados y que ha sido señalado como uno de los más importantes retos que deben afrontar estos profesionales es la cercanía con el dolor y la muerte (Benbunan-Bentata, Cruz, Roa y Villaverde, 2005), la cual conlleva incertidumbre en el cuidado y en el pronóstico de los pacientes críticos, en las decisiones médicas a tomar en casos límite, en la evolución de la enfermedad, etc., dicha incertidumbre genera inseguridad miedo al fracaso y sensación de ineficacia (Ríos y Godoy, 2011).

En urgencias y en cuidados intensivos la necesidad de acción rápida y de emergencia es un hecho habitual, en la práctica diaria se plantean situaciones que exigen inmediatez y un amplio conocimiento de los recursos disponibles, material, medicación, etc., además de sólidos conocimientos teóricos, ya que en muchas ocasiones las enfermeras por su mayor cercanía con los pacientes son las que mejor detectan los cambios y necesidades, avisando al

resto de profesionales de la situación (Florez, 1999; Moreira y Álvarez, 2002; Albaladejo et al., 2004; Ortega y López, 2004; Benbunan- Bentata et al., 2005; Soledad, 2003).

Las características del trabajo de estas unidades exige, amplia experiencia y madurez mental por las grandes implicaciones éticas y morales ante situaciones tales como el alargamiento de la vida de forma artificial o el tener que comunicar noticias dolorosas o situaciones desagradables que forman parte de la práctica diaria.

Dentro de ambos, las urgencias tienen un mayor numero de factores estresantes (Moreira y Álvarez, 2002; Avilés, Fernández Martín, González León, y Gómez, 2008) por lo que se ha constatado más altos niveles de *burnout* en urgencias que en cuidados intensivos y paliativos (Bernaldo y Labrador, 2008). Los profesionales de enfermería que trabajan en urgencias, se encuentran aislados, valoran poco su trabajo y tienen escasa comunicación y planificación por parte de supervisión y dirección de enfermería lo que puede ayudar a la aparición del síndrome (Bernaldo y Labrador, 2006).

El trabajo que se realiza en este servicio requiere alto número de personal, atención continuada, inmediatez, necesidad de priorizar diferenciando urgencia de gravedad (aunque ambas situaciones pueden estar presentes, no todas las situaciones urgentes son graves ni todas las graves son urgentes); así mismo, en la mayoría de los casos, la clasificación de los enfermos es realizada por el personal enfermero con la ayuda de un programa informático en función de la clínica y situación previa del paciente a quien se le asigna un código de color que se corresponde con el nivel de urgencia, en función del cual el paciente será atendido en un área u otra dentro del servicio.

También genera alto nivel de estrés la complejidad y diversidad de patologías y la sucesión de situaciones que en muchas ocasiones necesitan la valoración por parte de distintos

especialistas e incluso si existe una problemática social, la prestación de ayuda por parte de los servicios sociales (Tudela y Modol, 2003); estas situaciones exigen por tanto una coordinación interna y externa con el resto de servicios como laboratorios, ambulancias, rayos etc., además de responsabilidad civil y penal, la dificultad de un diagnóstico rápido, el valor de la observación clínica y de las expectativas de los enfermos y en muchos casos la falta de colaboración por parte de pacientes y familiares contribuyen a un alto riesgo de producir errores (Garnes, 2003; Mingote et al., 2007; Fernández Martínez et al., 2007).

Existe además, un flujo variable de pacientes, con momentos de sobrecarga localizados principalmente entre las 11-12 horas y las 16-17 horas, observándose un descenso a medida que se acerca la noche donde la afluencia se encuentra en su punto más bajo; este flujo se relacionan con aspectos sociales como horarios de comida, trabajo, etc. También, existen variaciones dentro de los días de la semana (siendo los lunes el día de mayor afluencia) y entre épocas del año (periodos vacacionales). Este área del hospital supone para muchos pacientes la puerta de entrada al sistema hospitalario hasta el punto de que más de la mitad de los que se encuentran ingresados en nuestros hospitales provienen de urgencias (Tudela y Modol, 2003); en muchos casos estos servicios se encuentran masificados, se estima que más de la mitad de la población visita las urgencias en un año, se debe fundamentalmente a el envejecimiento poblacional y a la cultura de inmediatez que ocasiona un abuso de dicho servicio (Flores, 2011).

En cuanto a los factores extrínsecos y modificables podemos señalar estructuras precarias debido al elevado y continuo uso, demora en los ingresos, falta de intimidad y la heterogeneidad organizativa en los centros.

Todos estos factores unidos a las características emocionales de las urgencias, con situaciones inesperadas y repentinas que afectan emocionalmente a pacientes y familiares que buscan una rápida atención lo que dificulta la comunicación y el entendimiento entre las partes implicadas, incrementa también la sensación de estrés. (Pineda, González, Undebeytia y Eugenia, 2005).

La enfermería dentro de este marco realiza un trabajo caracterizado por una buena priorización, inmediatez de actuación, eficacia, rapidez, coordinación y control de técnicas agresivas (Avilés et al., 2007).

A pesar del elevado número de factores estresantes que confluyen y que pueden facilitar la aparición del síndrome de *burnout* llama especialmente la atención que el número de investigaciones que han tenido por finalidad evaluar el mismo en los trabajadores de urgencias hayan sido escasas (Garrosa, Moreno, Arcenillas y Morante, 2005); por otro lado, los estudios tampoco han obtenido resultados concluyentes, en algunos de ellos se han observado niveles medios de *burnout* (Cogollo et al., 2010; Albaladejo et al., 2004; Del Río, Perezagua y Vidal, 2003) mientras que en otros (Atance, 1997) se hallaron niveles elevados.

Si atendemos a las distintas dimensiones del *burnout* se ha encontrado en los profesionales de urgencias niveles medios de despersonalización y realización personal y bajos para la dimensión de cansancio emocional (Bernaldo, 2008). Además existe un enorme confusión en cuanto a las relaciones entre las variables sociodemográficas (edad, sexo) y las laborales (número de años de experiencia y tipo de contrato) con el síndrome (Grau, Suñer y García, 2005; Fernández Martínez et al., 2007; Bernaldo y Labrador, 2008; Cogollo et al., 2010).

Es por todo ello por lo que la presente investigación pretende realizar una valoración del nivel de *burnout* en urgencias así como los síntomas del estrés presentes en los profesionales de enfermería y la relación que tienen las distintas variables sociodemográficas y laborales planteadas con el *burnout*.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

La hipótesis de la que partimos en la presente investigación, una vez revisados los estudios existentes, es que los profesionales de enfermería que trabajan en el servicio de urgencias generales del Hospital Central de Asturias (HUCA) presentarán un nivel elevado de *burnout*.

El objetivo principal de la investigación será evaluar el nivel de *burnout* de los profesionales de enfermería que trabajan en el servicio de urgencias generales del HUCA así como las dimensiones asociadas al mismo, planteándose como objetivos secundarios los siguientes:

- 1- Analizar la influencia de los factores sociodemográficos (edad, sexo, categoría profesional, años de trabajo, situación laboral y satisfacción laboral) en el nivel de *burnout* de los profesionales de enfermería.
- 2- Establecer la relación entre síndrome de *burnout* y estrés.
- 3- Estudiar la sintomatología asociada al estrés presente en el síndrome de *burnout*.

3. METODO

3.1 CONTEXTO DEL ESTUDIO

El Hospital Central de Asturias (HUCA) pertenece a la Comunidad Autónoma del Principado, correspondiendo al nivel C. Es por este motivo que además de dar servicio a todos los pacientes del área IV del SESPA, también lo hace a todos los ciudadanos de la comunidad que necesitan niveles de asistencia superiores que no se prestan en el resto de hospitales de la red del Principado.

El servicio de urgencias del HUCA se encuentra dividido en cuatro áreas diferentes: urgencias pediátricas, urgencias ginecológicas (ambas situadas en el Hospital Materno Infantil), urgencias respiratorias (Instituto Nacional de Silicosis) y urgencias generales (Hospital Nuestra Señora de Covadonga).

Todas estas áreas (exceptuando el área de urgencias de pediatría) atienden un volumen elevado de pacientes, alcanzando cifras de 98.519 pacientes anuales (según datos correspondientes al 2011). Es el servicio de urgencias generales el más demandado con 93.810 visitas que hacen una media de 257 pacientes diarios, este volumen de enfermos es el motivo por el cual nuestro estudio se realizará en ese área.

Explicaremos a continuación como se encuentra estructurado el mismo detallando las diferentes zonas asistenciales y sus funciones:

A) Triage

El área de triage o clasificación es la puerta de entrada al servicio de urgencias (a diferencia de otros hospitales el HUCA cuenta con dos salas). En ella el personal de enfermería realiza una primera valoración del paciente, examina las constantes vitales básicas (tensión, pulso, temperatura y nivel de dolor) y en función de la situación e historia que presenta, lo clasifica según el nivel de urgencia. Esta clasificación se realiza siempre con la ayuda del programa informático “Manchester”. Existen cinco niveles de urgencia:

Nivel I (color rojo) situaciones que requieren resucitación con riesgo vital inmediato.

Nivel II (color naranja) situaciones de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital inmediato y cuya intervención depende radicalmente del tiempo; son situaciones de alto riesgo, con inestabilidad fisiológica o dolor intenso.

Nivel III (color amarillo) situaciones urgentes de riesgo vital potencial, que generalmente requieren múltiples exploraciones diagnósticas y/o terapéuticas en pacientes con estabilidad fisiológica (constantes vitales normales).

Nivel IV (color verde) situaciones menos urgentes potencialmente serias y de complejidad- urgencia significativa.

Nivel V (color azul) situaciones menos urgentes o no urgentes, son en general problemas clínico-administrativos, que no requieren ninguna exploración diagnóstica y/o terapéutica y que nos pueden permitir una espera de hasta 4 horas para ser atendidas sin riesgo para el paciente.

B) Consultas

En el área de consultas se concentran principalmente patologías de carácter leve (nivel III, IV y V) de cualquier especialidad. Esta dividida en siete consultas: cuatro de ellas

generales, una de psiquiatría, una para pacientes que necesiten vigilancia policial y una consulta específica para las especialidades de oftalmología y máxilofacial. En este área trabajan dos enfermeras y una auxiliar de enfermería.

C) Traumatología:

Es la zona encargada de atender a pacientes con problemas traumatológicos (principalmente niveles III y IV) y a pacientes que precisan del servicio de cirugía plástica. Cuenta con tres quirófanos equipados para realizar cualquier intervención menor, también con espacio para cuatro camillas, donde estarán ubicados los pacientes con mayor afectación. El resto de los enfermos estarán ubicados en la sala de espera. En este área trabaja una enfermera y un auxiliar de enfermería.

D) AU -1

Es una unidad de corta estancia (generalmente nivel de urgencia III), en muchos casos los pacientes necesitan estar acostados, por ello, esta zona cuenta con ocho camillas y doce sillones reclinables; si se necesitase mayor número de camillas, éstas se colocan de forma ordenada a lo largo del pasillo pudiendo llegar a atenderse a un máximo de 25 pacientes. Aquí trabajan 2 enfermeras y 2 auxiliares y en los momentos de mayor carga de una enfermera de turno deslizante.

E) UO

Es una unidad de larga estancia, en ella los pacientes pueden llegar a estar ingresados hasta 48 horas mientras esperan pruebas, se les administra algún tratamiento, permanecen en observación o bien esperan cama para su ingreso en alguna planta o incluso en otro hospital de la red asistencial del Principado (lo que la diferencia del resto de las áreas del servicio). Este

área cuenta con una auxiliar de enfermería y dos enfermeras, una de ellas siempre presente, mientras que la otra se encarga de realizar los traslados con los pacientes de nivel 1.

F) AS1 y AS2

En esta zona es donde se recibe a los pacientes más graves y en estado crítico (niveles I y II), está formada por 12 boxes, que se encuentran divididos en dos áreas; cada una de ellas es atendida por una enfermera y una auxiliar. Todos los boxes cuentan con un sistema de monitorización electrocardiográfica y saturación de oxígeno, en dos de ellos se encuentran ubicadas las dos salas de paradas donde se atienden a los pacientes más críticos y con mayores necesidades (ventilación mecánica, monitor, drenajes, vías centrales...) y por tanto, están equipadas con todo el material necesario para realizar cualquier técnica de emergencia.

G) AU-2

Este área sirve para dar descanso a otras zonas del servicio, principalmente a las zonas de corta, críticos y traumatología. Tiene espacio para cinco camillas y cinco sillones y es una zona que a diferencia de las otras no siempre permanece abierta sino que lo hace en función de la sobrecarga de pacientes que tenga el servicio en cada momento. Una enfermera del turno deslizante es quien atiende a estos pacientes, que pueden ser de todos los niveles, muchos de ellos son personas se encuentran a espera de ingreso.

3.2 SUJETOS

La muestra de nuestro estudio está formada por 96 profesionales sanitarios, 54 enfermeras y 41 auxiliares de enfermería, de ambos sexos, que trabajan en el servicio de urgencias generales del HUCA.

Criterios de inclusión

- Ser enfermero o auxiliar de enfermería del servicio de urgencias generales.
- Realizar labores asistenciales en una de las dos categorías (enfermeros o auxiliares de enfermería).
- Llevar más de un año trabajando en el servicio.

Criterios de exclusión

- Padecer una enfermedad crónica, una incapacidad física o psíquica grave.
- Llevar menos de un año trabajando en el servicio.
- Pertenecer al grupo deslizando de enfermería.
- No dar el consentimiento para participar en el estudio.

El personal de enfermería que constituye la muestra presta sus servicios en tres turnos de trabajo: el turno de mañana comienza a las 8:00 am y finaliza a las 15:00 pm, el de tarde se inicia a las 15.00 pm y finaliza a las 22:00 pm, y el turno de noche va desde las 22:00 pm hasta las 8:00 am; como puede apreciarse los turnos son de 7 horas, excepto el de noche que es de 10.

En cuanto a la frecuencia y distribución de las jornadas de trabajo, ésta se realiza siempre de forma correlativa y en ciclos rotatorios: dos días en turno de mañana, dos en turno de tarde, dos de noche y tres días de descanso. Cada ciclo tiene una extensión de 9 días y cada dos de ellos los profesionales cambian de área.

3.3. MATERIAL

El material utilizado para la realización de nuestro estudio esta formado por los siguientes: Un Cuestionario Sociodemográfico de elaboración propia; Maslach Burnout Inventory (MBI); y el Inventario de Síntomas del Estrés (ISE).

Cuestionario Sociodemográfico

Se aplicará al personal de enfermería un cuestionario autoadministrado con el objetivo de obtener los siguientes datos: edad, sexo, categoría profesional, años de antigüedad en el servicio, situación laboral y nivel de satisfacción laboral. Estas variables han sido contempladas en muchos de los estudios revisados (Albaladejo et al., 2004; Bernaldo y Labrador, 2008; Cogollo et al., 2010), por lo que consideramos importante su estudio.

Inventario de Burnout de Maslach (M.B.I.)

Se administrará la versión española traducida y validada por Seisdedos (1997) que ha sido utilizada en muchas investigaciones sanitarias (Gil et al., 1999; Rubio, 2003; Albaladejo et al., 2004; Ibáñez, Vilagerut y Abio, 2004; Parraga, 2005; Bernaldo y Labrador., 2008).

A partir de este instrumento podemos obtener una puntuación general de *burnout* y medir las tres dimensiones del mismo: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

El MBI consta de 22 ítems tipo Likert, distribuidos en tres subescalas que hacen referencia a las dimensiones del *burnout*, cada ítem se valoran de 0 a 6, siendo 0 (no sucede

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) y 6 (sucede a diario).

Las puntuaciones de cada subescala se obtienen al sumar los valores identificados para cada una de ellas. En la primera y segunda escala a mayor puntuación mayor grado de *burnout*, mientras que en la tercera escala cuanto mayor sea la puntuación menor nivel de *burnout*.

La subescala de Agotamiento emocional esta formada por 9 ítems, 1-2-3-6-8-13-14-16 y 20. Las puntuaciones por encima de 27 indican altos niveles de *burnout*, entre 19-26 niveles intermedios, y por debajo de 19 bajos o muy bajos.

La subescala de Despersonalización consta de 5 ítems, siendo estos:5-10-11-15 y 22; la puntuación máxima es de 30; cifras por encima de 10 indican *burnout* elevado, de 6-9 niveles medios y por debajo de 6 bajos o muy bajos.

La subescala de Realización personal consta de 8 elementos que corresponden a los ítems 4-7-9-12-17,18-19 y 21, valora los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. La puntuación máxima que se puede obtener es de 48; puntuaciones de 0-30 indican baja realización personal y elevado *burnout*, valores de 31-39 se relacionan con niveles medios de realización personal y *burnout* y por encima de 40 sensación de logro y bajos niveles de *burnout*.

A través del MBI se puede obtener una puntuación global a partir de la suma de las puntuaciones de las tres subescalas, los niveles de corte son los siguientes: niveles altos de *burnout* por encima del percentil 75, niveles medios entre los percentiles 75-25 y niveles bajos por debajo de 25.

Inventario de síntomas del estrés

Este inventario, creado y validado entre 1995-1997 por Barraza y Gutiérrez, está compuesto por 44 ítems tipo Likert con cuatro valores distintos (0 = nunca, 1= casi nunca, 2= algunas veces y 3=casi siempre), los ítems se organizan en 3 dimensiones: síntomas físicos (20 ítems), síntomas psicológicos (16 ítems) y síntomas compartimentales (8 ítems). Este instrumento ha sido aplicado en diversas investigaciones (Moreno et al., 2003; Extremera, Rey y Pena, 2006; Gutiérrez, 2009; Rodríguez et al., 2011).

Para la obtención de los resultados es necesario que el sujeto haya respondido a más del 70% de los enunciados planteados (30 de 44), en caso contrario, el cuestionario queda anulado. De cada dimensión se obtiene la media de puntuación sumando los valores obtenidos en cada uno de los ítems. A continuación se realiza una regla de tres simple para cada dimensión para obtener los porcentajes que serán interpretados siguiendo el siguiente baremo: 0 - 33% nivel bajo; 34 - 66% nivel medio; 67 - 100% nivel alto.

Otro material

Además de los instrumentos de evaluación anteriormente citados, se precisará de otro material: folios, bolígrafos, sobres, buzón para depositar los cuestionarios, ordenador y programa SPSS. Este material correrá a cargo del investigador principal del trabajo no se solicitará ninguna subvención o cargo al hospital.

3.4 PROCEDIMIENTO

El estudio que se propone tendrá un carácter descriptivo observacional. Previamente a su inicio se obtendrán los permisos pertinentes: autorización del Gerente del hospital para la

realización del mismo, solicitud de informe favorable al Comité Ético de Investigación Clínico Regional del Principado de Asturias sobre la idoneidad de los objetivos y de la metodología, así como sobre la garantía de que los beneficios de esta investigación superan a las posibles molestias. El equipo investigador se compromete a enviar a la agencia evaluadora el informe favorable del Proyecto de Investigación. También se comunicará a la Dirección de Enfermería y a la supervisión del servicio la obtención de los mismos y la fecha de inicio del estudio.

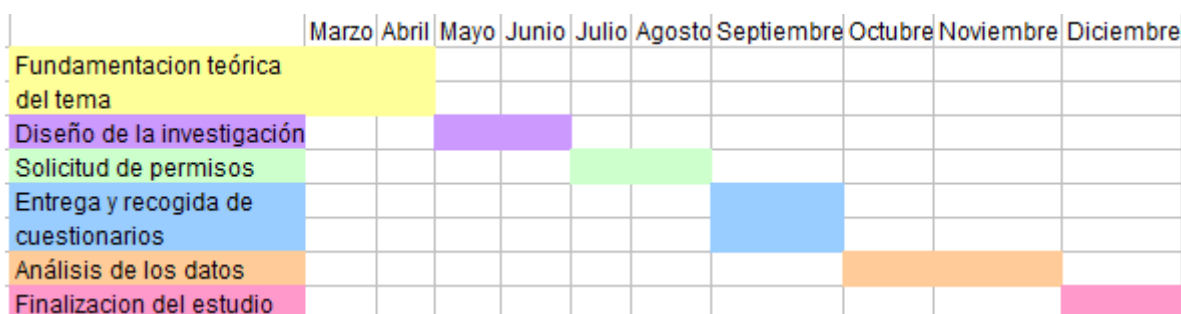
Se planificarán en un mismo día, tres reuniones informativas para todos los profesionales de enfermería del área de urgencias. Con el fin de incentivar la asistencia a la misma se contará con la colaboración de la supervisora del servicio y se pondrán carteles en las distintas zonas de urgencias en los que figurará el día, la hora, el lugar de la reunión y el motivo de la misma. Dichas reuniones tendrán lugar en el salón principal de actos del HUCA en tres momentos del día, a las 8:30 de la mañana para facilitar la asistencia de las profesionales que estén en turno de noche, a las 14 horas para el personal que comienza el turno de tarde y a las 15:30 para el personal que finaliza el turno de mañana, en ellas se explicarán los objetivos del estudio y se motivará a los profesionales de enfermería en la participación del mismo.

Al finalizar cada reunión se entregarán en un sobre blanco los instrumentos de evaluación y el consentimiento informado, se explicarán las instrucciones de cada uno de los cuestionarios haciendo hincapié en la importancia de que los cumplimenten fuera del horario laboral, solicitando a los interesados que realicen la entrega de la documentación como máximo en el plazo de 7 días, a partir del día de la reunión, depositando el sobre cerrado que

se les entrega en buzón ubicado en la salida principal del servicio. Este buzón será vaciado los domingos por el responsable de la investigación.

Además de estas reuniones se procederá a pasar por el servicio de urgencias de forma regular durante las 3 primeras semanas del estudio para informar a aquellos profesionales que no hayan podido asistir, entregándoles la documentación anteriormente mencionada, e informándoles de las normas, recomendaciones y sugerencias del proyecto.

3.5 TEMPORALIZACIÓN



3.6 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Se realizará la estadística descriptiva de las variables recogidas, utilizando la última versión del programa SPSS. Se hallaran las frecuencias absolutas y relativas de las variables sociodemográficas.

Categorización de las variables sociodemográficas

- Edad: cuantitativa (en años), cualitativa (por tramos de edad).
- Género: hombre/mujer
- Antigüedad: expresada en años (para el análisis estadístico puede categorizarse en tramos si se considera oportuno).

- Situación laboral: fijo/ interino/eventual
- Satisfacción laboral: nula/ baja/ media/alta/ muy alta.

Nivel de estrés

Con el fin de evaluar el nivel de estrés de los sujetos que componen la muestra en cada subescala y su relación con las variables sociodemográficas se categorizará de forma cualitativa cada una de ellas:

- Escala de síntomas físicos: nivel bajo/ nivel medio/nivel alto
- Escala de síntomas psicológicos: nivel bajo/nivel medio/nivel alto
- Escala de síntomas de comportamiento: nivel bajo/ nivel medio/ nivel alto

Para estudiar la relación entre nivel de *burnout* y sintomatología de estrés se categorizarán de forma cuantitativa:

- Escala de síntomas físicos: se categorizará en un rango de 0 (mínimo) a 60 (máximo).
- Escala de síntomas psicológicos: se categorizará en un rango de 0 (mínimo) a 48 (máximo).
- Escala de síntomas comportamentales: se categorizará en un rango de 0 (mínimo) a 24 (máximo).

Nivel de Burnout

Se categorizará a nivel general desde un punto de vista cuantitativo en una escala rango de 0 no *burnout* a 132 nivel máximo de *burnout*. También se categorizará como “no *burnout*” (incluye las puntuaciones iguales o inferiores a 33) y “si *bunout*” (que incluye las puntuaciones de 34 a 132). En relación a las subescalas, éstas se categorizarán de forma cuantitativa

- Agotamiento emocional: en un rango de 0 (mínimo) a 54 (máximo)
- Despersonalización: en un rango de 0 (mínimo) a 30 (máximo nivel)
- Realización personal: en un rango de 0 (mínima) a 48 (máxima realización)

Se realizará un estudio descriptivo de todas las variables anteriormente indicadas. Para estudiar la relación entre *burnout* y las variables sociodemográficas, así como para investigar la influencia de éstas variables en cada una de las dimensiones del inventario de estrés se utilizará la prueba Chi Cuadrado. También se realizará la Regresión Lineal tomando como variable dependiente la puntuación global de *burnout* y sus subescalas y como independientes las subescalas de estrés.

4. BIBLIOGRAFÍA

Albaladejo, R., Villanueva R., Ortega P., Astasio P, Calle M. y Domínguez V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid, *Rev. Esp. Salud Pública*, 78 (4), 505-516.

Álvarez Gallego, E. y Fernández Ríos, L. (1991). El Síndrome de “Burnout” o el desgaste profesional (I): revisión de estudios. *Rev. Asc. Esp. De Neuropsiquiatría*, 11 (39), 257-265.

Arinero, M. (2006). Análisis de la eficacia de un programa de intervención psicológico para víctimas de violencia doméstica. Tesis Doctoral no publicada. Universidad Complutense, Facultad de Psicología, Madrid.

Atance, J.C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista española de Salud Pública*. 7 (3), 293-303.

Avilés, M., Fernández Martín, G., González León, S. y Gómez, J. (2008). Desgaste emocional del personal de enfermería en el servicio de urgencias. *Revista de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencia*, 59. Disponible a 12 de Febrero de

2012:http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2008/marzo/desgaste_emocional.htm

Barraza, A. y Gutierrez, D. (2011). Inventario de síntomas del estrés. *Praxis Investigativa ReDIE*, 3 (4), 95-98. Disponible a fecha 10 de Abril de 2012: <http://www.redie.org/librosyrevistas/revistas/praxisinv04.pdf>

Benbunan-Bentata, B., Cruz-Quintana, F., Roa-Venegas, J. y Villaverde-Gutiérrez, C. (2005). Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de Enfermería: una propuesta de intervención. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (1), 197-205

Bernaldo, M. y Justicia, F. (2008). Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (2), 323-335.

Bernaldo, M. y Labrador F. (2008). Relaciones entre el estrés laboral, burnout y síntomas psicopatológicos en los servicios de urgencia extrahospitalaria del área 9 de Madrid. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 4, 53-61.

Buendía, J. y Ramos, F. (2001): Empleo, Estrés y Salud. Madrid: Pirámide.

Bravo, S. (2006). Eficacia de un manual de autoayuda guiada por la enfermera especialista en salud mental como complemento a la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de pacientes diagnosticados de bulimia nerviosa. *Nure Investigación*, 23. Disponible a 13 de Marzode: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/Proyecto_Nure_23.pdf

Carlin, M. y Garcés E. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de psicología*, 24 (1), 160-180.

Carmona, F., Sanz, L. y Marín, D. (2000). Síndrome de burnout y reactividad al estrés en una muestra de profesionales de enfermería de una unidad de cuidados críticos. Disponible en: <http://www.uninet.edu/cimc2000/abstracts/028/Burnout.htm> a fecha 31 de Febrero de 2012.

Carmona, F., Sanz, L. y Marín, D. (2002). Relaciones entre el síndrome de Burnout y el clima laboral en profesionales de enfermería. *Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental*. 3º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis* .Febrero. 238-239. (paper). Disponible en http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/1996/1/interpsiquis_2002_4834.pdf a 27 de Marzo de 2012.

Cogollo, Z., Batista, E., Cantillo, Ch., Jaramillo, A., Rodelo, D. y Meriño, G. (2010). Desgaste profesional y factores asociados en personal de enfermería de servicios de urgencias de Cartagena. Colombia. *Chia, Colombia*, 10 (1) 43-51.

Cooper, C. L. (1983). Identifying stressors at work. Recent research developments. *Journal of Psychosomatic Research*, 27 (5), 369-376.

Colon, M.Y., Caraccioli, Y. S., Pérez, G. J., Ortiz, L. R., Molina, L.I., López, O.V.,Oliva, M.M., Galo, L.F., Antunez, E.S. y Zavala Galindo, G.L.(2009). Síndrome de Burnout, en personal de salud. *Hospitales Nacionales. Revista Facultad de Ciencias Médicas (UNAH)*.Enero- Junio. Disponible en <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2009/pdf/RFCMVol6-1-2009-5.pdf> a 12 de Febrero de 2012.

Cherniss, C. (1980). *Staff burnout*. London: Sage Publications.

Cristiane, D., Benavides, A.M. y Blasco, R. (2006). Estrés y resiliencia en los cargos directivos. *7º Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis*. Febrero. (paper). Disponible a 22de Marzo de 2012: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/3833>

Dale, M.R. (1979). Preventing worker Burnout in child welfare. *Child Welfare*, 58 (7), 443-450.

Del Río, O., Perezagua, M.C. y Vidal, B. (2003). El síndrome de burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. *Enfermería en cardiología*, 28, 24-29.

Extremera, M., Rey, L., y Pena, M. (2010). La docencia perjudica seriamente la salud. *Boletín de psicología*, 100, 43-54. Disponible a 14 Marzo de 2012 en: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N100-3.pdf>

Fernández, O., Hidalgo, C., Martín, A., Moreno, S. y García, B., (2007). Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. *Emergencias*, 19, 116-121.

Fidalgo, M. (2006). Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout": definición y proceso de generación. *Instituto nacional de seguridad e higiene. NTP 704*. Disponible en: http://iaprl.asturias.es/opencms/es/instituto/riesgos_laborales/ergonomia/ergo03/ergo03.html

Flores, C.R. (2011). La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. *Emergencias*, 23 (1), 59-64.

Flórez, J. A. (2003). *Terapia integral para el médico quemado*. Barcelona: Edit. Menarini

Florez, J.A.(1994). *Síndrome de “estar quemado”*. Barcelona: Edika-Med S.L.

Freudenberg, H. (1974). Staff burnout. *Journal of Social, Issues*, 30 (1), 159-65.

Garnés, A. (2003). ¿Están quemados los médicos de urgencia de hospitales de Alicante? *Semergen*, 29 (2), 65-69.

Garrosa, E., Moreno, B., Arcenillas, V. y Morante, M. (2005). Burnout en profesores de primaria: personalidad y sintomatología. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*, 25, (1-2), 71-88.

Gil-Monte, P. (1991). Una nota sobre el concepto de “burnout”, sus dimensiones y estrategias de afrontamiento. *Información Psicológica*, 46, 4-7.

Gil-Monte, P. y Peiró J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.

Gil-Monte, P., Peiró, J. y Valcárcel, P. (1998). A model of burnout process development: An alternative from appraisal models of stress. *Comportamento Organizacional e Gestao*, 4,(1), 165-179.

Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11 (3), 679-689.

Gil, J. y López, F. (1999) .Estrés y salud. En M. Simon, (Ed.), *Manual de Psicología de la salud. Estrés, Conducta y Enfermedad*. Madrid: Pirámide.

Gil-Monte,P. (2001). Falta de reciprocidad en los intercambios sociales como antecedente del “síndrome de quemarse por el trabajo” (burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 11 (1), 21-31.

González, P. (2004). Estilos de afrontamiento y nivel de ansiedad. *5º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis*. Febrero. (paper). Disponible a 8 de Marzo de 2012 en: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/3115/1/interpsiquis_2004_15183.pdf

Gonzalez Trijueque, D. y Delgado Marina, S. (2008). Acoso laboral y trastornos de la personalidad: un estudio con el MCMI-II. *Clínica y Salud*, 19 (2) ,191-204.

Guerrero Barona, E. y Vicente-Castro, F. (2001). *Síndrome de burnout o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado*. Tesis Doctoral no publicada. Cáceres: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Extremadura.

Guerrero, E. (2003). Análisis pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario. *Anales de psicología*, 19 (1), 145-158.

Gutiérrez Rico, D.(2009). Síntomas de estrés en estudiantes de postgrado. *10º Congreso Nacional de Investigación en Educación. Septiembre*, (paper). Tomada el 27 de Febrero de 2012 de: http://lab.iiiipe.net/congresonacional/docs/area_16/0501.pdf

Grau, A., Suñer, R. y García, M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 9 (6), 463-70.

Hare, J., Pratt, C. y Andrews, D. (1988). Predictors of burnout in professional and paraprofessional nurses working in hospitals and nursing homes. *University of Wisconsin-Stout, Human Development, Family Living and Community Educational Services, Menomonie* 54751, 25 (2), 105-15. Tomado a 19 de Marzo de 2012 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3384571>

Ibáñez, N., Vilagerut, A., Abio, A. (2004). Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enfermería Clínica*, 14 (3), 142-151.

Jurado, S., Villegas, M., Méndez, M., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21, (3) 26-31.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Procesos cognitivos y estrés*. Barcelona: Martínez Roca.SA.

Lazarus, R. (2000) *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée Brouwer.

Loría-Castellanos, J., Márquez-Ávila, G. y Valladares-Aranda, M. (2010). Procedimientos realizados por residentes de la especialidad de urgencias en una sede de México. *Gaceta Médica México*, 146 (2), 103-107.

Martín-Arribas, M.C., Santiago-Santos, I, Rodríguez, F., Moreno, M.T., De Andrés, P. y Casadevall, A. (2006). Estrés relacionado con el trabajo y exposición laboral en enfermeras de la Comunidad de Castilla y León. *Enfermería Clínica*, 16 (3) ,119-26.

Mansilla Izquierdo, F. (2011). Programa de manejo y prevención del estrés laboral. *Interpsiquis.Febrero-Marzo*,1-21.(paper).Disponible a 22 de Marzo de 2012 en:<http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/1192/1/8cof143762.pdf>

Martín, P., Salanova, M. y Peiró, J. (2003). El estrés laboral: ¿Un concepto cajón-de-sastre? *.Proyecto social: Revista de relaciones laborales*, 10 (11), 167-185.

Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human behaviour*, 24, 16-22.

Maslach, C. (1978). Job burnout. How people cope. *Public Welfare*, 36 (2), 56-39.

Maslach,C. y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal Occupational Behavior*, 2, 99-113.

Maslach, C. y Jackson, S. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis. En G. Sanders y J. Suls, (eds), *Social Psychology of health and illness*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum

Maslach, C. y Jackson S. (1986). *MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual Research Edition*. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press.

Medina, G. y García F. (2002). Burnout, locus de control y deportistas de alto rendimiento. *Cuadernos de psicología del deporte*, 2 (2), 29-42.

Mingote Adam, J. (1998). Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continua*, 5, 493-507.

Mingote Adam, J., Moreno, B. y Gálvez, M. (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Medicina Clínica*, 123 (7) ,265-70.

Mingote, J., Pino, P., Huidobro, A., Gutiérrez, D., Miguel, I. y Gálvez, M. (2007). El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. *Medicina y seguridad del trabajo*, 53, (208), 29-51.

Moreira. F. y Álvarez M. (2002). Clima organizacional y estrés en una unidad de alto riesgo. *Emergencias*, 14, 6-12.

Moreno Jiménez, B., Garrosa Hernández, E., Benavides Pereira, A.M. y Gálvez Herrer,M. (2003). Estudios transculturales del burnout: Los estudios transculturales Brasil- España. *Revista Colombiana de psicología*, 12, 9-18.

Ortega, C. y López F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, (1), 137-160.

Parraga, J. (2005). *Eficacia del programa I.R.I.S. Para reducir el síndrome de burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios*. Tesis Doctoral no publicada. Cáceres: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Extremadura.

Patrón Hernández, R., Corbalán Berná, F.J. y Limiñana Gras, R.M. (2007). Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. *Anales de psicología* 23 (1), 118-124.

Peiró, J. (1999). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Pirámide.

Pineda, A.M., González, M.C., Undebeytia, L. y Eugenia, M.A. (2005). Factores psicosociales que inciden en el estrés laboral de una Unidad de Urgencias. *Hygia*, 60, 23-28

Pines, A. y Kafry D. (1978) *Coping with burnout*. Convención anual de la Asociación Americana de Psicología .Toronto.

Pines, A., Aronson, E. y Kafry, D. (1981). Burnout: From tedium to personal growth. En C Cherniss (Ed.), *Staff Burnout : Job stress in the human services*. Nueva York: For the free press.

Ríos, M., Peñalver, F. y Godoy, C. (2008). Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 19 (4) ,169-78.

Ríos, M. y Godoy, C. (2011). *Burnout y salud percibidos en una muestra de enfermería de urgencias. Servicio de Urgencias. Hospital Morales Meseguer. Murcia.* (Inédito). Disponible en a 7 de Marzo de 2012: http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2007/noviembre/burnout.pdf

Rodríguez, C., Oviedo, A., Vargas, M., Hernández, V. y Pérez M. (2009). *Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de dos Hospitales del Estado de México, Fundamentos en Humanidades Universidad Nacional de San Luis, 10 (1), 179-193.*

Rubio, J. (2003) *Fuentes de estrés, Síndrome de Burnout y Actitudes disfuncionales en Orientadores de Instituto de Enseñanza Secundaria.* Tesis Doctoral no publicada. Cáceres: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Extremadura.

Sayalero, M. y Blanco, M. (2001). La ansiedad, la ira y el estrés asistencial en el ámbito hospitalario: un estudio sobre sus relaciones y la eficacia del tratamiento. *Ansiedad y Estrés, 7 (2-3), 247-257.*

Sandín, B. (1995). *El estrés. Manual de psicopatología (2), 4-52.* Madrid: McGraw-Hill

Sandín, B. (2002). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 3, (1), 141-157.*

Seisdedos, N. (1997). *MBI. Inventario de burnout de Maslach.* Madrid: TEA.

Selye, H. (1956). *The stress of life.* New York: McGraw-Hill.

Soledad Popp, M. (2003). Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva. *Interdisciplinaria*, 25 (1), 5-27.

Schwartzmann, L.(2004). Estrés Laboral. Síndrome de Desgaste (quemado), Depresión ¿Estamos hablando de lo mismo? *Ciencia y Trabajo*, Oct-Dic, 6 (14), 174-182.

Ticona, S., Paucar, G. y Llerena, G. (2010). Nivel de estrés y estrategias de afrontamiento en estudiantes de la facultad de enfermería – UNSA Arequipa. *Enfermería Global*, 19, 1-18.

Torres Pereira, J.(2010). *Aspectos psicológicos en cuidadores formales de ancianos: carga y afrontamiento del estrés: (un estudio en población sociosanitaria)*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Huelva.

Tudela, P. y Módol, J.M. (2003). Urgencias Hospitalarias. *Medicina Clinica*, 120, (18), 711-6. Disponible a 21 de Febrero de 2012 en:

<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v120n18a13047704pdf001.pdf>

5. ANEXOS

Anexo 1

Cuestionario sociodemográfico y laboral de elaboración propia

Instrucciones:

En el siguiente cuestionario se recoge información sociodemográfico y laboral. Para completar el cuestionario deberá de responder a cada uno de los siete ítems. Para ello tendrá que seleccionar una única opción en cada ítem, marcando con un X o contestando con una cifra numérica en los casos de los ítem nº: 1 y 4.

1	Edad								
		años.							
2	Sexo								
	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer							
3	Categoría profesional								
	<input type="checkbox"/> Enfermera/o	<input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería							
4	Años de antigüedad en el servicio								
		años.							
5	Situación laboral								
	<input type="checkbox"/> Fija	<input type="checkbox"/> Interina	<input type="checkbox"/> Eventual						
6	Nivel de satisfacción laboral								
	<input type="checkbox"/> Nulo	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Medio	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Muy alto				

Anexo 2

Maslach Burnout Inventory (MBI) (Mansilla Izquierdo.2011).

Instrucciones:

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de los sentimientos que tiene hacia él. Deberá responder cada uno de ellos expresando la frecuencia con que tiene de cada uno de ellos, marcando con un X la casilla correspondiente. Los resultados serán totalmente anónimos y tiene como fin conocer las condiciones de trabajo.

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

Leyenda: 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.

Anexo 3

Inventario de síntomas del estrés (Barraza y Gutiérrez, 2011).

Instrucciones: Señale la frecuencia con que siente o percibe, en su caso particular, cada uno de los siguientes síntomas cuando se encuentra estresado/a, encerrando en un círculo la opción correspondiente; para responder tome en cuenta la siguiente escala de valores: Nunca (N), Casi Nunca (CN), Algunas Veces (AV), Casi Siempre (CV).

Síntomas físicos				
Trastornos en el sueño (insomnio, pesadillas, etc.)	N	CN	AV	CS
Palpitaciones cardiacas	N	CN	AV	CS
Opresión en el pecho	N	CN	AV	CS
Sudor en las palmas de las manos	N	CN	AV	CS
Dificultad para tragar o para respirar	N	CN	AV	CS
Sequedad en la boca	N	CN	AV	CS
Tensión muscular	N	CN	AV	CS
Problemas Digestivos (indigestión, diarrea o estreñimiento)	N	CN	AV	CS
Migraña o dolor de cabeza	N	CN	AV	CS
Fatiga o cansancio crónico	N	CN	AV	CS
Rechinar los dientes	N	CN	AV	CS
Necesidad frecuente de orinar	N	CN	AV	CS
Dolor en el cuello o en la parte baja de la espalda	N	CN	AV	CS
Hiperventilación (respiración rápida)	N	CN	AV	CS
Falta de aire o sensación de sofocación	N	CN	AV	CS
Risa nerviosa	N	CN	AV	CS
Rubor facial	N	CN	AV	CS
Comerse las uñas	N	CN	AV	CS
Parálisis (no poder moverse)	N	CN	AV	CS
Manos temblorosas	N	CN	AV	CS
Síntomas Psicológicos				
Depresión.	N	CN	AV	CS
Disminución de la memoria	N	CN	AV	CS
Temor, Miedo o Pánico,	N	CN	AV	CS
Inquietud y Nerviosismo,	N	CN	AV	CS
Preocupación excesiva	N	CN	AV	CS
Pensamiento catastrófico (todo va a salir mal)	N	CN	AV	CS
Dificultad para concentrarse	N	CN	AV	CS
Lentitud de pensamiento	N	CN	AV	CS
Tics nerviosos	N	CN	AV	CS
Pensamiento reiterativo	N	CN	AV	CS
Sensación de inseguridad	N	CN	AV	CS
Crisis de angustia o ansiedad	N	CN	AV	CS
Irritabilidad, enojo o furia constante o descontrolada	N	CN	AV	CS

Pensamiento desorientado	N	CN	AV	CS
Sensación de tener la mente vacía	N	CN	AV	CS
Bloqueo mental	N	CN	AV	CS
Síntomas comportamentales				
Deseos de gritar, golpear o insultar.	N	CN	AV	CS
Cambios de humor constantes	N	CN	AV	CS
Comer en exceso o dejar de hacerlo	N	CN	AV	CS
Tomar bebidas de contenido alcohólico	N	CN	AV	CS
Fumar con mayor frecuencia	N	CN	AV	CS
Tendencia a ir de un lado a otro sin razón	N	CN	AV	CS
Retraimiento o aislamiento de los demás	N	CN	AV	CS
Apatía en la forma de vestir o arreglarse.	N	CN	AV	CS

Anexo 4

Consentimiento informado:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/ D.^a con DNI N°

acepta que los datos obtenidos de sus cuestionarios, test y escalas psicológicas realizados de forma voluntaria puedan ser analizados y tabulados estadísticamente de forma totalmente anónima y confidencial por parte de ISABEL DIAZ SUAREZ con DNI 71895253J, para estudios experimentales, con fines científicos y/o proyecto fin de Master. Dichos datos quedan a única y exclusiva disposición del interesado.

En Oviedo a de de 2012.

Anexo 5

Permiso Gerencia

Nombre y apellidos: Isabel Díaz Suárez

Domicilio: Urb./ La Moratina Nº 66 Grado 33820 Asturias

Teléfono de contacto: 675733816

Titulación: DUE

Situación Actual:

Solicito autorización para el acceso al Servicio de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias con el fin de realizar el proyecto de investigación, dentro del programa del Master oficial de urgencias y cuidados críticos de la Universidad de Oviedo con el fin de obtener datos de los trabajadores de dicho servicio para realizar así mi proyecto, “**Valoración del Burnout del servicio de urgencias generales**”, tutorizado por la Dr. Carmen Ana Valdés Sánchez.

Me comprometo a usar los datos exclusivamente para los fines expresados.

En Oviedo a de de

Firmado

Firmado

SR GERENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS