

TRABAJO FIN DE TÍTULO EN ENFERMERÍA

CURSO ACADÉMICO: 2012/2013.

¿SUFREN LOS ENFERMEROS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE FUERTEVENTURA QUEMAMIENTO POR EL TRABAJO?

Autor: Juan Luis Fernández Benítez.

Tutor: Carlos Borja Guerra Hernández.

Cotutora: Epifanía Natalia Medina Artiles.

Puerto del Rosario, Julio 2013.

El presente trabajo ha sido realizado por el alumno Juan Luis Fernández Benítez de la Titulación Grado en Enfermería de La Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, y ha estado autorizado por Don Carlos Borja Guerra Hernández y Dña. Epifanía Medina Artiles, profesor y profesora de dicha Facultad.

Nombre y apellidos del autor: Juan Luis Fernández Benítez

Dirección: E-mail: juan.fernandez118@alu.ulpgc.es

D. Carlos Borja Guerra Hernández y Dña. Epifanía Medina Artiles, Profesor y Profesora de La Universidad de Las Palmas de Gran Canaria,

DAN EL VISTO BUENO a la presente memoria titulada **“Sufren los enfermeros del servicio de Medicina Interna del hospital de Fuerteventura quemamiento por el trabajo”**, que ha sido realizada bajo nuestra supervisión por el estudiante del Curso de Adaptación al Grado en Enfermería D. Juan Luis Fernández Benítez y constituye su Trabajo Fin de Grado para optar al Título de Grado en Enfermería.

En Fuerteventura a 25 de junio de 2013.

Agradecimientos.

Son muchas las personas a quienes tengo que agradecer que este trabajo haya salido adelante pero, sin lugar a dudas, tengo que agradecer a mi tutor D. Carlos Borja Guerra Hernández que haya tenido que leer y corregir tantos correos con los trocitos de redacción que poco a poco han ido conformando el texto que aquí presento (gracias también al correo electrónico de la ULPGC por no considerar tantos correos míos como *spam*).

Del mismo modo agradecer a mi cotutora D^a. Epifanía Medina Artiles; quien ha tenido que sufrir mis preguntas y dudas en persona.

De la labor desempeñada por mi tutor y cotutora he aprendido algo más que investigar, leer, estudiar y redactar; he aprendido la necesidad de mimar los detalles, la pasión por la labor y la dedicación y entrega profesional. Muchas gracias por vuestra excelencia profesional.

Es digno de mencionar la labor desempeñada por Belinda Cabrera Rodríguez: resuelves nuestros problemas antes de pedirlo, gestionas el tedioso papeleo de alumnos y profesores y atiendes al público dulcemente; y todo eso sin perder la sonrisa. ¿Cómo lo haces?

Gracias a la Dirección de Enfermería del Hospital Virgen de la Peña de Fuerteventura por permitirme interrumpir la labor asistencial de los enfermeros con mis cuestionarios, y en especial a las supervisoras de unidad D^a. Candelaria Fajardo Fajardo y D^a Isabel Montero Fontes que se han encargado de distribuir y controlar los cuestionarios.

Muchas gracias a todos los enfermeros de la 3^a y 2^a Unidad que se han mostrado dispuestos sin reparos para proporcionarme la información con la que realizar este trabajo, ¡va por ustedes!

No puedo dejar de agradecer a los profesores del itinerario toda esa nueva información que nos han aportado y que se traduce en los conocimientos adquiridos para poder realizar trabajo enfermero con rigor científico.

Resumen.

El personal de enfermería es una población que desarrolla una actividad asistencial en constante contacto con el usuario, a quien ayuda en sus cuidados o los supe. Además, este personal también forma parte de un equipo sanitario multidisciplinar donde se realizan actividades independientes e interdependientes y, por encima de todo, ofrece unos cuidados de calidad hacia la comunidad donde el usuario es visto desde un punto de vista holístico, pudiendo atender a sus necesidades como la suma de sus componentes biológicos, psicológicos y sociales.

Esta labor ofrece al profesional enfermero una sensación de gran realización profesional, pero de igual modo, y de manera constante, ofrece fuentes estresoras en la actividad profesional que sitúa a la profesión como una de las más frecuentemente “quemadas”. Esta situación es especialmente peligrosa cuando afecta al clima laboral y asistencial.

Mi experiencia laboral dentro del Hospital Virgen de la Peña de Fuerteventura, donde he podido trabajar en todas sus unidades de asistencia, me ha permitido observar cómo el personal de enfermería percibe una unidad en concreto como la más estresante (hay quien se ha referido a ella como “el exilio”) y que coincide con la unidad donde se produce mayor fuga de enfermeros hacia otros servicios.

Objetivos: identificar los niveles del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (*Burnout*) en el equipo de enfermería de la 3ª Unidad (ahora conocida como Módulo B1), confrontar estos niveles con los obtenidos en un grupo control de similares condiciones laborales y, por último, determinar si existe relación con el fenómeno de fuga de enfermeros desde la 3ª Unidad.

Metodología: en este estudio se han valorado los niveles de *Burnout* existente en todos los enfermeros de cada unidad (grupo de estudio y grupo control) que cumplieran unos requisitos mínimos de continuidad laboral en el servicio correspondiente, mediante la utilización del *Maslach Burnout Inventory*, un cuestionario validado y frecuentemente utilizado para la detección del síndrome.

Para valorar el aumento o descenso de *Burnout* en función del tiempo trabajado en los distintos grupos, los enfermeros de cada unidad fueron divididos en subgrupos atendiendo a la longevidad laboral de manera ininterrumpida para en dicha unidad.

Resultados y conclusiones: los resultados obtenidos en este estudio a partir del *Maslach Burnout Inventory* nos indican niveles discretamente mayores de *Burnout* en los sujetos de la 3ª Unidad frente al grupo control. Estos niveles de *Burnout* aumentan considerablemente a medida que aumenta el tiempo trabajado en el servicio, hasta un punto crítico donde se produce una notoria fuga de enfermeros de la unidad.

Palabras Clave: Agotamiento Profesional, Enfermeras, Satisfacción Laboral, Despersonalización.

Abstract

Nurse staff is a population that is always in contact with patients, trying to help and take care of them. Nurses also work on a multidisciplinary team doing their own work which is dependant of other professionals. Moreover, nurses provide a multidimensional care of their patients focused on their biological, psychological and social aspects.

This type of job produces in nurses a feeling of high professional accomplishment; however, it also provides a situation of continue stress, that becomes nurses in a “*burned*” population. This situation is especially dangerous when it affects working and caring environment.

My professional experience within the Hospital Virgen de la Peña in Fuerteventura, where I have worked in all the nursing units that this Hospital has, has allowed me to realize how a plenty of nurses perceive a particular unit as the most stressful. This particular unit is also the unit with the highest nurse runaway to other units in the same hospital.

Aims: to identify the burnout level that exists in the 3rd Unit nurse staff (nowadays called Module B1) and to compare these burnout levels with those observed in a control group with the same working conditions and, finally, to find out if there is a relationship between burnout levels and runaway from the unit studied.

Methodology: in this study, we have investigated the burnout levels existing in nurses from two units (main group and control group), who were working continuously for more than six month in the same ward. For this purpose, we used the *Maslach*

Burnout Inventory which is a validated and frequently used test for the burnout diagnostic.

To evaluate the increase or decrease of Burnout levels with time worked in each ward, nurses in each unit were divided into subgroups taking into account the time that they worked uninterruptedly on this ward.

Results and conclusion: results obtained in this investigation show that burnout levels are higher in the nurse staff from the 3rd Unit than compared with the levels found in the control group. Burnout levels in nurses from the 3rd Unit grow up according nurses spend more time working on the ward until levels get a critical score that makes nurses runaway from this unit.

Keywords: Burnout, Nurses, Job Satisfaction, Depersonalization.

ÍNDICE.

CAPÍTULO PRIMERO.

- Memoria ReflexivaPag. 7 – 12

CAPÍTULO SEGUNDO.

1. Introducción.
 - 1.1. JustificaciónPag. 13
 - 1.2. Marco TeóricoPag. 13 - 19
 - 1.3. ObjetivosPag. 29 - 20
2. MetodologíaPag. 21 - 24
3. ResultadosPag. 25 – 31
4. DiscusiónPag. 32 - 34
5. ConclusionesPag. 35
6. Bibliografía Pag. 36 - 37

ANEXOS.

I. CAPÍTULO PRIMERO.

Memoria Reflexiva.

Actualmente llevo casi diez años en el ejercicio de la profesión de Enfermería ya que, tras acabar mis estudios de Diplomado Universitario en Enfermería en junio del año 2003 (promoción 2000-2003, plan de estudios 1999 –B.O.E. 4-II-2000-, Universidad de Cádiz, escuela universitaria en Algeciras). Comencé a trabajar como enfermero casi de inmediato. Inicialmente, empecé sustituyendo, por corto espacio de tiempo, a compañeros en una clínica geriátrica en Algeciras; pero rápidamente tuve que hacer la maletas para viajar al lugar que se convertiría en mi hogar, Fuerteventura. Aquí continué como enfermero pasando consulta de *Niño Sano* en el Centro de Salud de Gran Tarajal; convirtiéndose este en el punto de partida de un periplo que me ha llevado a trabajar en los diversos centros de salud a lo largo de la isla, así como sus consultorios, y a pasar por todos los servicios con los que cuenta el Hospital General Virgen de la Peña de Fuerteventura.

Guardo con especial cariño en mi memoria el tiempo trabajado en el servicio antiguamente conocido como 3ª Unidad, que consiste en la unidad de ingreso de las especialidades médicas y donde cada usuario parecía presentar necesidades de cuidados que iban más allá de la patología por la que ingresaban. Pero empecemos por el principio.

Mi relación con la labor de cuidar y asistir comenzó dos años antes de ingresar en la Universidad de Cádiz donde llevé a cabo mis estudios de Enfermería; ya que en 1998 entré como voluntario en Cruz Roja Española, en la delegación de Algeciras. Por su zona geográfica, la labor voluntaria me acercó a diferentes culturas en continuo paso por la zona del Estrecho de Gibraltar, con necesidades que varían de unos a otros en función de sus costumbres, creencias o dogmas. Siempre desde un punto de vista de ayuda y asistencial, y rodeado de profesionales enfermeros, psicólogos y médicos, fui tomando contacto con la experiencia de ayudar bajo algunos conceptos que más tarde se fundirían con el aprendizaje de los conocimientos universitarios de cuidar: Humanidad, Imparcialidad, Neutralidad y Universalidad. Una vez asimilados estos conceptos, pude ser capaz de discernir como una misma situación puede ser afrontada como un problema o como una situación normal en función de los componentes culturales, religiosos o

sociales de quien la percibe. Esto me permitiría posteriormente adoptar una actitud moldeable hacia los valores de a quien asistía y poder así ofrecer ayuda de calidad con independencia de fe, género o características sociales.

Además de solventar la brecha de la multiculturalidad, mis experiencias como voluntario también me mostraron la otra cara de todo aquello comúnmente tachado por la sociedad como bajo, mezquino o insidioso. Tuve la oportunidad de asistir a personas con problemas de drogodependencias, rehabilitación o personas socialmente desahuciadas que presentan un mayor desequilibrio entre sus necesidades y los recursos o apoyos con los que cuentan. Poco a poco fui entendiendo, de manera natural, el derecho universal a la dignidad y a la justicia.

Una vez matriculado en la Diplomatura de Enfermería, comencé a ahondar en un cuerpo de conocimientos procedentes de diversas disciplinas que iban encaminando mis acciones y labor hacia una excelencia profesional en que podía ofrecer unos cuidados y técnicas basados en conocimientos científicos y que se cimentaban sobre el conocimiento profundo de las posibles repercusiones que de mis acciones pueden derivar en la práctica profesional.

Dentro de la dimensión técnica y asistencial de la práctica interdependiente de Enfermería, el aprendizaje teórico supuso algo más que **qué hacer** y **cómo**; consistía en un conocimiento profundo del **porqué**, que, de forma natural, lleva al **cómo** y la comprensión de las alternativas, variables y la capacidad de replantear, desde un punto de vista científico y basado en conocimientos propios y de otras disciplinas, su necesidad, aplicabilidad y funcionalidad.

En el campo propio de Enfermería, gracias al plan de estudios al que se acogía la Universidad de Cádiz, tuve la suerte de ser formado en los conocimientos referentes a las filosofías que enmarcan los diferentes modelos enfermeros, aquellos modelos más representativos dentro de cada filosofía y pude conocer también el instrumento que, basado en los datos aportados por la NANDA, NIC y NOC, nos permiten proporcionar cuidados individualizados y universales a los usuarios, familias y comunidades: El Proceso de Atención de Enfermería, **PAE**. Este proceso se incluyó de manera exitosa en las prácticas universitarias e individualizado a cada bloque según la naturaleza de los cuidados a prestar, así pues, los cuidados a ofrecer variaban de manera significativa en servicios como obstetricia, salud mental, pediatría, etc.

Estos dos grupos de conocimientos se completan con otros que nos aportan conocimientos del complejo funcionamiento del ser humano tanto a nivel celular como orgánico, tanto biológico como psicológico y social, un ser variable y tridimensional sometido a un continuo Salud-Enfermedad y las vivencias que de esto se derivan.

La puesta en práctica de la información adquirida a través de las prácticas asistenciales incluidas en la diplomatura, fueron afianzando la adquisición de una praxis laboral profesional y universitaria que terminaron por culminar en la graduación y obtención del título universitario que me acredita para el desempeño de cuidados inherente a la titulación de Diplomado Universitario en Enfermería que ostento y que me proporciona las **competencias generales del título** (G1- G18) y **las competencias específicas del título** en lo que respecta a las incluidas en el Módulo I (E1 – E10) y Módulo II (E11 – E25; incluyendo en gran medida la competencia E13, por incluir el Proceso Enfermero en el plan de estudios, y excluyendo la competencia E14, que creo alcanzada en el Itinerario de Adaptación a Grado).

Tras la obtención del título, rápidamente comencé a desarrollar mi labor asistencial en la isla de Fuerteventura, en los diferentes servicios y programas de salud ofertados, tanto en Atención Primaria como Atención Especializada, por el Área de Salud de Fuerteventura. Una carrera profesional que está cerca de cumplir 10 años de labor asistencial y que me permiten convalidar la asignatura Practicum y justificar la adquisición de la competencia **E26_B**; que, junto con la competencia **E27** que considero alcanzada al completar y defender este Trabajo Fin de Grado, cierra el Módulo III de las **competencias específicas del título: Competencias Específicas en Prácticas Tuteladas y Trabajo Fin de Grado**.

En el año académico 2012 – 2013, comienzo a cursar el Itinerario de Adaptación a Grado para la titulación de Enfermería, con el objetivo de alcanzar aquellas competencias no alcanzadas en la diplomatura o a través de la experiencia profesional. Un año académico que refuerza e implementa algunos conocimientos propios de la profesión, y que aporta otros nuevos necesarios para el desarrollo de una Enfermería adaptada al nuevo plan de estudios, con un aumento notorio de competencias y responsabilidades dotando a la profesión de un mayor enriquecimiento dentro de la comunidad científica.

En esta vía, es de vital importancia afianzar el conocimiento y utilización del Proceso Enfermero como instrumento propio de la Enfermería para poder ofrecer unos cuidados rigurosos, de calidad e individualizados; dirigidos a los usuarios, familias o comunidades; así como el conocimiento de los principios en los que se basa, los modelos enfermeros con los que trabajar en función de la filosofía enfermera adaptada por cada profesional y las herramientas de que disponemos para llevarlo a cabo (diagnósticos, intervenciones y resultados). Considero que ya disponía de una pequeña parte de este conjunto de conocimientos, pero éstos han sido completados y perfeccionados en las clases de *Avances Teóricos y Metodológicos en Enfermería* de la Profesora D^a Epifanía Medina Artiles; gracias a quien considero alcanzadas las competencias **E13** y **E14**, que se recogen en el Módulo II de **competencias específicas del título: Competencias Específicas a Desarrollar en Ciencias de la Enfermería**.

Desarrollo mi profesión en una isla frecuentemente visitadas por turistas de diferentes naciones, entre quienes se encuentra un gran parte de población de habla anglosajona. He estudiado la lengua inglesa desde la educación primaria, educación secundaria, a través de la Escuela Oficial de Idiomas (Nivel Básico) y he tenido la posibilidad de practicar hablando con pacientes de procedencia inglesa que han ido pasando por el hospital. Aún así, el conocimiento de un idioma a nivel general crea lagunas cuando queremos usarlo en áreas específicas de los distintos saberes y disciplinas. Con la asignatura *Inglés* llevada a cabo por la Profesora D^a Ainhoa Betancor Perdomo, hemos realizado un repaso de la gramática básica del idioma y hemos profundizado en el conocimiento del inglés en el ámbito sanitario. Además, a través de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, he realizado un curso de inglés específico sanitario. Por todo ello, considero lograda la competencia **T30**.

Con respecto al resto de *Competencias Transversales Procedentes del Tunning*, puedo remontarme a mi experiencia profesional llevada a cabo en población de diversas culturas, costumbres o religiones; pero, además, a través de la asignatura *Terapias Complementarias en Enfermería* de la Profesora D^a María José Morales Gázquez, hemos descubierto diferentes terapias basadas en conocimientos y doctrinas que se cimientan en costumbres y creencias bien distintas de las nuestras, como por ejemplo, el Taoísmo Filosófico. En este caso, supone la adquisición de las competencias **T19** y **T29**; quedando al competencia T24 por adquirir.

Con respecto a las *Competencias Nucleares comunes a la ULPGC*, las considero alcanzadas gracias al Itinerario de Adaptación a Grado; y paso a justificar el modo en el que las he aprendidito de manera individual:

- **N1.** Esta competencia sólo podrá estar completamente justificada una vez completado el Trabajo Fin de Título, tras ser presentado y defendido debidamente; aún así, pienso que gracias a las clases de *Bases de Datos y Fuentes Documentales* presentadas por la Doctora D^a. Josefa Gil Pérez y las clases de *Comunicación y Manejo de las TICS* del Profesor D. Pedro Luis Sánchez Santiago, he adquirido los conocimientos suficientes para llevar a cabo una labor de investigación ajustada al proceso científico, extraer unas conclusiones libre de sesgos y poder difundir y comunicar los conocimientos que se deriven correctamente, de manera clara y demostrable, y utilizando los soportes y vías de comunicación adecuados.
- **N2.** Una vez adquiridos los conocimientos teóricos, prácticos y de competencias propias; hay que desarrollarlas en la práctica laboral donde la labor enfermera debe estar en continua comunicación y colaboración con el equipo multidisciplinar que conforma el servicio sanitario español. Esto implica el conocimiento de las competencias propias para no caer en el error de no llevarlas a cabo o de intromisión en competencias pertenecientes a otras disciplinas.

En mi práctica profesional, que justifica la convalidación de la asignatura Practicum, he podido desarrollar esta competencia, perfeccionada en este año lectivo al adquirir un mayor conocimiento sobre las competencias propias y profundizar en temas como la función investigadora y el **PE**.

- **N3.** El aprendizaje y correcta ejecución del **PE** nos permite una continua evolución en la mejoría de nuestra práctica asistencial y nos abre un campo de intervención propio que debemos desarrollar en pos de conseguir la excelencia de los cuidados ofrecidos. Además, hemos adquirido funciones como la revisión bibliográfica desde un punto de vista tanto formativo como crítico y la capacidad de desarrollar investigación y publicaciones para contribuir a la innovación, desarrollo y evolución de la Enfermería.
- **N4 y N5.** La labor de Enfermería siempre debe ser realizada bajo unos principios éticos básicos que garantizan el trato digno hacia la persona receptora de

cuidados. No existe, o no debe existir, una atención enfermera en la que no se utilice una visión bio-psico-social del ser humano, es decir, una perspectiva que trata al ser de manera holística respetando cada una de sus dimensiones. Todo esto se traduce en un respeto profundo del sujeto a cuidar, tanto en el aspecto biológico (donde ayudaremos, supliremos o paliaremos) como en lo psicológico y social, comprendiendo cuales son las preferencias del usuario en temas de creencias, dogma, cultura o hábitos sociales.

Pero no sólo basta con conocer y respetar, nuestros cuidados deben estar influenciados por aquellos aspectos sociales y psicológicos que los usuarios identifican como prioritarios o demorables, como importantes o triviales. Es decir, para aplicar unos cuidados de calidad, tenemos que entender y respetar los principios del destinatario de nuestra labor, incluso cuando estos supongan una contradicción con los valores del personal que realiza los cuidados. La integración multicultural supone una convivencia de distintas culturas no existiendo desigualdades entre ellas o injusticias para algunas.

En resumen, los cuidados proporcionados por la enfermería deben estar basados en principios que aseguren la autonomía, justicia e igualdad a todos los usuarios con independencia de raza, sexo, creencias o procedencia; y por este entendimiento considero adquiridas las competencias **N4** y **N5**.

Una vez finalizado y expuesto este Trabajo Fin de Título, considero haber obtenido las competencias necesarias para el desarrollo de la Ciencia Enfermera según lo establecido en la titulación de Grado de Enfermería, y considero haberlas obtenido a través de:

1. Diplomatura Universitaria de Enfermería (UCA)
2. Experiencia Laboral (S.C.S.)
3. Itinerario de Adaptación a Grado (ULPGC)
4. Trabajo Fin de Grado.

II. CAPÍTULO SEGUNDO.

1. Introducción

1.1. JUSTIFICACIÓN

Este trabajo de investigación busca determinar la existencia o no del fenómeno patológico conocido como *Burnout* (**BO**) o *Síndrome de Quemarse por el Trabajo* en un equipo de enfermería que conforma la plantilla de una unidad específica del Hospital General Virgen de la Peña en Fuerteventura, concretamente el Módulo de Hospitalización B1 (en adelante **Módulo B1** o **3ª Unidad**), que ofrece asistencias en especialidades médicas. El hecho de elegir esta población objetivo, y no otra, es fruto de una situación de continua fuga de personal desde este servicio (situación observada y experimentada por el autor de este Trabajo de Fin de Título) y la consiguiente carencia de enfermeros de larga estancia en la unidad. Esta situación quedará demostrada en este estudio al haber sido recogido el tiempo de prestación de servicios del personal activo en esta unidad y el tiempo de prestación de servicios del personal de una unidad de cualidades similares y que será tratado como grupo control. De esta forma se puede decir que en el **Módulo B1** del Hospital General Virgen de la Peña en Fuerteventura se cuenta con una plantilla continuamente cambiante, donde los trabajadores entran y salen y, por tanto, se minimiza el número de enfermeros con gran experiencia asistencial en dicho servicio.

De demostrar la existencia de este proceso patológico, resultado de la continua vivencia de estrés, obtendríamos el punto origen a tratar para evitar este proceso de migración de personal; así como un diagnóstico de uno de los síndromes más dañinos en el entorno profesional, tanto a nivel personal como organizacional, social y asistencial; y que merece ser tratado, corregido o minimizado.

1.2. MARCO TEÓRICO

BURNOUT

El *Síndrome de Burnout*, también traducido como Síndrome de Desgaste Profesional o Síndrome de Quemarse por el trabajo (Gil Monte P. R., 2001), se puede definir como una respuesta de estrés mantenido o crónico debida a factores laborales, emocionales e interpersonales dentro del ámbito laboral que desemboca en un

agotamiento físico, mental y emocional; pudiendo llevar a una actitud distante hacia el trabajo, usuarios y compañeros y, por tanto, a una sensación de ineficacia (María Noelia Thomaé, Enero 2006); (Montero Marín y García Campayo, 2010).

El síndrome fue identificado por primera vez, con el nombre de *staff burnout*, en 1969 por H.B. Bradley (natural de Bridgewater, Vermon) quien lo usó como metáfora del proceso psicosocial presente en oficiales de policía de libertad condicional (Bradley, 1969). Sin embargo, el *Burnout* no adquiere interés clínico hasta 1974, cuando el psicólogo estadounidense Herbert Freudenberger realiza un estudio sobre personal sanitario voluntario que, a causa de trabajar con jóvenes drogodependientes, sufrían un estado físico y psicológico semejante al descrito en la novela de Graham Greene, *A Burn-Out Case* (1960); a partir de la cual, presumiblemente, adopta Freudenberger el término *Burnout* (Freudenberger y Richelson, 1980). Freudenberger define entonces el término *Bournout* como: “(...) *deterioro y cansancio excesivo progresivo unido a una reducción drástica de energía (...) acompañado a menudo de una pérdida de motivación (...) que a lo largo del tiempo afecta las actitudes, modales y el comportamiento general*” (Freudenberger, *Stress and Burnout and their implications in the Work Enviroment*, 1998, p.5.16).

Además, Freudenberger es de los primeros en describir los síntomas del agotamiento profesional y publica su libro en 1980, convirtiéndose en referente de este fenómeno. En este libro Freudenberger describe los síntomas como una pérdida progresiva de energía y motivación en el trabajo y frente a los pacientes, niveles crecientes de ansiedad, agotamiento y agresividad hacia los pacientes en el peor de los casos: “*Sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales y fuerza espiritual del trabajador*” (Freudenberger, *Staff burn-out.*, 1974). Además, remarca que el personal con “**adicción al trabajo**” es el que más expuesto está, y que, tras aproximadamente un año de trabajo, es cuando empieza a observarse el *Burnout*.

En 1976, Christina Maslach (psicóloga social en la Universidad de California, Berkeley) adopta el término *Burnout* y lo expone, ente un congreso de la Asociación Estadounidense de Psicología, como un síndrome que afecta a tres realidades o dimensiones del plano laboral: agotamiento emocional, despersonalización o cinismo ante al trabajo y baja realización personal (Maslach, 1976).

El Agotamiento Emocional (AE) habla de la progresiva pérdida de satisfacción en lo referente a la realización de la actividad profesional. Se pierde interés en lo que se hace (Vega, Sanabria, Domínguez, Osorio, y Bejarano, 2009).

La Despersonalización (D) aparece como reacción a la primera dimensión citada. Se evita cualquier tipo de carga emocional y supone un mecanismo de defensa ante la desesperanza personal; que da, como resultado, un comportamiento frío y cínico hacia el cliente o paciente (Montero-Marín y García-Campayo, 2010); (Vega, Sanabria, Domínguez, Osorio, y Bejarano, 2009).

La Realización Personal (RP) es una dimensión de *Burnout* que decrece a medida que crecen las anteriores; y, a medida que esto ocurre, se va produciendo un empobrecimiento de la ilusión con la que se lleva a cabo la actividad laboral y un aumento de la sensación de que el trabajo propio no sirve para mejorar nada (Montero-Marín y García-Campayo, 2010); (Vega, Sanabria, Domínguez, Osorio, y Bejarano, 2009).

Para Maslach, las tres dimensiones han de estar presente dentro del síndrome ya que no son disolubles debido a que unas son consecuencias o causas de las demás (Maslach, 1976).

Es en 1981 cuando Maslach, junto con Susan Jackson, publica su famoso *Maslach Burnout Inventory* dentro del trabajo *The measurement of experienced burnout* (Maslach y Jackson, Maslach Burnout Inventory. Research Edition, 1981). El índice Maslach ha sufrido modificaciones y adaptaciones para diferentes ámbitos laborales; ya que, por ejemplo, posterior a su publicación, y a partir de diferentes trabajos de validación, se desprende la validez del cuestionario para el ámbito profesional en campos sanitarios. Sin embargo, también es cierto que este índice necesita ser adaptado para poder ser aplicado a otros tipos de actividades ocupacionales.

Por toda su trayectoria, Christina Maslach, se convierte en la persona más influyente en el estudio del síndrome de *Burnout*; y nos aporta, en base a toda su carrera, una definición concisa del mismo: "*síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas*" (Maslach, Burned-out. Human Relations , 1976). Se trata por tanto de un síndrome de origen tridimensional con consecuencias

distinguibles dentro de cada dimensión y un instrumento de medición revisado y adaptado a cada campo y validado numerosas veces en diferentes estudios.

MASLACH BURNOUT INVENTORY

Son muchos los modelos interpretativos para estudiar el *Burnout* publicados (Gil Monte y Peiró, 1999), así como los instrumentos de medición que han sido publicados y validados desde que este síndrome toma importancia clínica (Gil-Monte y Peiró, 1999) como el *Staff Burnout Scale* (Jones, 1980) o el *Burnout Measure* (Pines y Aronson, 1988), pero sin duda es el *Maslach Burnout Inventory* (**MBI**) es el más usado, tanto en ámbito sanitario como en cualquier otro gracias a las tres adaptaciones con las que cuenta y a las numerosas revisiones y validaciones a las que ha sido sometido.

La primera edición del MBI fue publicada en 1981 (Maslach y Jackson, Maslach Burnout Inventory. Research Edition, 1981) y revisada en 1986 (Maslach y Jackson, Maslach Burnout Inventory. (2ª Ed)., 1986). Más tarde se convertirá en la versión *MBI-Human Services Survey* o *MBI-HSS*, que se utiliza actualmente para el estudio de este fenómeno en personal sanitario (Maslach y Jackson, Maslach Burnout Inventory. (2ª Ed)., 1986), personal para el que se ideó el cuestionario. El **MBI-HSS** conserva la estructura del original, que se divide en las tres dimensiones ya mencionadas sobre las que se realizan cuestiones de la siguiente manera: 9 cuestiones en la categoría de *Agotamiento Emocional*, 8 preguntas para evaluar la *Realización Personal* y 5 ítems dentro del plano de la *Despersonalización*. Las preguntas no se encuentran separadas en función de la dimensión de *Burnout* a estudiar, si no que están todas mezcladas a lo largo del cuestionario. Todos los enunciados están orientados a la labor asistencial sanitaria y así se descubre con términos como **paciente**.

La siguiente versión del **MBI** deriva de la revisión del texto de 1986; ésta es la versión para profesionales de la educación y se denomina *MBI-Educators Survey* o *MBI-ES* (Maslach y Jackson, Maslach Burnout Inventory. (2ª Ed)., 1986). En general, se mantiene la misma estructura pero se cambia el término paciente por el de **alumno**.

Posteriormente, en 1996, se presenta otra versión del **MBI** para un grupo de profesionales más genérico, la labor a desarrollar no tiene que ser asistencial y no va ligado a especificidad laboral; de hecho ha sido utilizado para grupos de estudios donde se presenta múltiples ocupaciones. Se mantienen tres factores en el síndrome, ahora

bien, se transforman en *Eficacia Profesional*, que cuenta con 6 ítems; *Agotamiento*, con 5 cuestiones, y *Cinismo*, con 5 enunciados a cuestionar. En esta edición, se unen otros investigadores a la obra de Maslach y Jackson (Maslach, Jackson, y Leiter, 1996).

BURNOUT EN LA LABOR ENFERMERA

Con todo lo visto anteriormente parece indudable que el personal sanitario es uno de los posiblemente más afectados por el Síndrome de Desgaste Profesional; y, en mayor medida, aquel personal en contacto directo y constante con el paciente, como por ejemplo son los enfermeros/as y auxiliares de enfermería. En su publicación, Maslach y Jackson (Maslach y Jackson, Maslach Burnout Inventory. (2ª Ed)., 1986) presentan una puntuación de referencia para distintos grupos profesionales, con el fin de establecer una medición aproximada del **MBI**. El resultado del **MBI** para profesionales de la salud que establecen es de **moderado**, aunque no se concreta para cada estamento dentro del ámbito de sanidad (Maslach y Jackson, Maslach Burnout Inventory. (2ª Ed)., 1986).

Por otra parte, y en gran medida gracias al instrumento de medición que supone el **MBI-HSS**, son numerosos los estudios realizados sobre *Burnout* en grupos de enfermería; muchos de los cuales podemos encontrar en diferentes fuentes bibliográficas, tanto de habla hispánica como en otros idiomas. Estos estudios ponen de manifiesto, con rigor científico, una realidad que para el personal enfermero nos es tangible e indiscutible, el Síndrome de Desgaste Profesional en enfermería es un ente siempre presente y amenazante.

Autores como Chacón y Grau (1997) identifican factores que hacen de la enfermería la población más susceptible de ser “quemada”; estos factores son la sobrecarga de trabajo, largas jornadas de trabajo que incluyen nocturnidad, falta de reconocimiento profesional, escasa autonomía en toma de decisiones y un continuo contacto con pacientes frecuentemente con enfermedad, dolor y/o muerte (Chacón y Grau, 1997).

Otros autores, y de manera más general, identifican diferentes factores desencadenantes de este fenómeno. Si atendemos a Gil-Monte (2001), podemos clasificarlos en cuatro grupos, dentro de los cuales la labor enfermera puede sentirse identificada:

1. **Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto.** En este campo es importante matizar que la enfermera no realiza un trabajo físico de especial intensidad; pero la continua tarea de repartir medicación, controlar el estado de pacientes o usuarios, la necesidad de rápido pensamiento en determinadas situaciones y el trabajo de *papeleo* crea un ambiente laboral donde entran en conflicto la responsabilidad requerida y el estrés continuado.
2. **Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera.** De vital importancia son las relaciones interpersonales en el campo de la Enfermería, estas son un instrumento al servicio del profesional enfermero con el que obtener mucha información para el desempeño laboral y al mismo tiempo, una fuente continua de estrés, ya que estas relaciones se establecen con los usuarios, los compañeros enfermeros y con otros compañeros de diferentes disciplinas que no tienen porque compartir la misma visión que la Enfermería tiene de la figura *paciente*; es más, en muchos casos los enfermeros son el puente de comunicación entre usuarios y personal facultativo, razón por la cual ambas partes usan al personal de enfermería como destinatarios de sus disconformidades. Además, en cuanto al desarrollo de la carrera, en muchos casos el trabajo inherente del enfermero de **cuidar** difiere con el trabajo requerido por las instituciones sanitarias.
3. **Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales.** En el trabajo asistencial, se realiza gran cantidad de tareas con la ayuda de aparataje que está en continuo cambio y evolución, situación que imposibilita al trabajador acceder a una rutina de uso de un aparato, que será probablemente sustituido por otro (cuyo funcionamiento no siempre es mejor) en un futuro cercano. A pesar de ser los enfermeros quienes usan estos aparatos, son otros los que deciden cual mantener o cual sustituir; lejos de contar con la opinión del personal de enfermería, suelen primar otras razones como pueden ser partidas presupuestarias.
4. **Fuentes extraorganizacionales de estrés laboral.** Este campo habla de la relación trabajo-familia y también afecta a la profesión enfermera, ya que la mayor parte de enfermeros se disponen en plantillas de turno

rotatorios, con nocturnidad y/o con turnos de trabajos en días tanto laborales como festivos. Este tipo de turnos es poco compatible con horarios familiares, escolares, vacacionales, etc (Gil-monte, 2000); (Gil-Monte P. , 2003); (Ortega Ruiz y López Ríos, 2003).

Por tanto, se puede ver como la enfermería se convierte una población diana del *Burnout*; pero ¿Qué pasa después? ¿Qué cambios cabe esperar en el personal de enfermería?

Cuando el estrés va rompiendo los mecanismos de afrontamiento con los que los enfermeros cuentan para enfrentarse a situaciones estresantes, va apareciendo una actitud cínica hacia el usuario, llegándosele, incluso, a culpar de sus dolencias y todas sus demandas asistenciales son interpretadas de forma deshumanizada. Se instaura un comportamiento hostil y suspicaz hacia el paciente y actitudes agresivas o cambios de humor manifestados contra usuarios y compañeros. En el plano físico, el estrés mantenido, conduce a un estado psicossomático con consecuencias múltiples (problemas cardíacos y respiratorios, inmunológicos, digestivos, neuromusculares y sexuales).

Todo esto lleva a un descenso del nivel asistencial, aumento de los conflictos entre compañeros, escaso interés por la práctica asistencial y aumento del absentismo laboral. Se produce, pues, afectación en los contextos psico-somático, organizativo y ambiental (Gil-Monte P. , 2003); (Molina, Avalos y Jiménez, 2005).

1.3. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Determinar los niveles de *Quemamiento Profesional (Burnout, (BO))* presente en la plantilla de enfermería del Módulo B1 del Hospital General Virgen de la Peña en Fuerteventura y contrastarlos con los niveles del mismo síndrome obtenidos en el grupo control (plantilla de enfermería del **Módulo A1–o 2ª Unidad-** del mismo hospital). Para ello, usaremos una escala validada de medición del *BurnOut, Maslach Burnout Inventory (MBI)* (García García, Herrero Remuzgo y León Fuentes, 2007); (Gil-Monte y Peiró, 1999)
- Identificar la relación que pueda existir entre los niveles de **BO** hallados en el personal del Módulo B1 (**3ª U**) y el tiempo de prestación de servicios en dicha unidad de los diferentes sujetos que conforman la plantilla.

- Esclarecer si existe relación entre el *Burnout* y la fuga de enfermeros desde la 3ª Unidad.

Objetivos Específicos:

- Definir **qué es, cómo actúa, qué lo produce y qué consecuencias tiene** el *Burnout* o *Síndrome de Quemarse por el Trabajo* a través de una búsqueda bibliográfica.
- Obtener un instrumento de medición validado y adecuado a la población objetivo de dicho estudio, con objeto de conseguir unos datos fidedignos y libres de sesgos que nos lleve unos resultados inequívocos.
- Seleccionar una población de estudio que nos sirva de grupo control y, por tanto, que este formado por una plantilla de enfermeros con una práctica asistencial similar y que cuente con unos requisitos organizacionales semejantes en cuanto a distribución de plantilla, número de trabajadores, turnicidad y competencias profesionales.
- Realizar el cuestionario validado obtenido sobre el grupo objetivo y el grupo control; estableciendo, en ambos grupos, estratos o franjas temporales de asistencia laboral, separando cada grupo en subgrupos en función del tiempo trabajo en esa unidad e indicando el número de sujetos que pertenece a cada franja temporal.
- Determinar la potencial causa del desgaste profesional en la fuga de personal de la unidad objeto de estudio, a la luz de los resultados obtenidos.

2. Metodología.

TIPO DE ESTUDIO. El estudio a realizar es de carácter cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal; por tanto, estudiamos el fenómeno del *Burnout*, lo valoraremos y determinaremos su prevalencia, en una población sospechosa de padecer el trastorno y de forma transversal. Para ello vamos a utilizar el inventario propuesto por Maslach, en su versión *Human Services Survey* o **MBI-HSS** y traducido al castellano (Maslach, Jackson y Leiter, 1996).

INSTRUMENTO. Como ya se ha comentado, el instrumento a utilizar es el cuestionario MBI-HSS traducido al castellano (Anexo 1). Este cuestionario es válido para ambientes laborales socio-sanitarios (ya justificado en el marco teórico) y consta de 22 realidades a las que, el encuestado, responde con una de las seis alternativas que puntúan desde 0 hasta 6. Se medirán tres sub-escalas contenidas en el cuestionario: *Despersonalización*, *Agotamiento Emocional* y *Realización Personal*. El número de cuestiones difiere para cada sub-escala y se encuentran dispersos por el cuestionario, no asociados por subgrupos. En cuanto a la distribución de ítems dentro del cuestionario, las cuestiones 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20 permiten medir el *Agotamiento Emocional*, las cuestiones 5, 10, 11, 15 y 22 permiten medirla *Despersonalización*, y las cuestiones 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21 la *Realización Personal*.

Puntuaciones altas en las en las dos primeras dimensiones y bajas en la tercera suponen presencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, no obstante se utilizará la siguiente tabla como referente para medir el síndrome en este estudio.

Dimensión	Grado de Afectación		
	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento Emocional	≤ 18	19 – 26	≥ 27
Despersonalización	≤ 5	6 – 9	≥ 10
Realización Personal	≥ 40	34 – 39	≤ 33

Tabla 1. Tabla de puntuaciones de MBI (López Renués, 2011).

En la parte superior del cuestionario, se ha añadido una sección donde se solicita a la persona voluntaria el servicio en el que trabaja, para poder distinguir entre grupo de población diana y grupo control; y cuatro franjas temporales de servicios prestados de manera continuada en el servicio. Estas franjas son: de seis meses a un año, de un año trabajado en el servicio a tres, de tres a seis años y más de 6 años en último lugar. Esto permitirá concretar la tendencia de subida o bajada de los niveles de *Burnout* en función del tiempo trabajado en el servicio sin tener que estudiar cada caso de manera aislada. De igual manera, permite contabilizar el número de sujetos dentro de cada franja temporal en cada servicio, lo que posibilita una descripción del rango de longevidad laboral presente en cada unidad.

De manera intencionada se ha excluido al personal con menos de seis meses de actividad laboral continuada en el servicio; ya que las contrataciones con duración inferior a seis meses dan como resultado una continua movilidad de los trabajadores, que les lleva de servicio en servicio por todo el hospital, dado que la continuidad o no de permanencia en una misma unidad viene determinada por la necesidad asistencial existente en el momento de la contratación.

MUESTRA. La selección de sujetos para el estudio fue de tipo no aleatorio o de juicio, donde se seleccionaron a la totalidad de sujetos de la plantilla de enfermería de la unidad donde trabaja la población objetivo y de la unidad donde trabaja la población que conforma el grupo control; siempre que se cumpliera el criterio de haber trabajado en el servicio de manera continua durante más de seis meses. De esta forma, encontramos 13 sujetos en el grupo objeto de estudio (enfermeros del Módulo B1) y 12 sujetos en el grupo control.

Del mismo modo se seleccionó a 7 sujetos antiguos trabajadores del Módulo B1 que, llevando trabajado en dicha unidad un periodo de tiempo mayor a seis meses, solicitaron voluntariamente la continuación de su actividad laboral fuera de esta unidad.

Por tanto, la totalidad de la población encuestada ascendió a 32 sujetos.

Después de contar con el consentimiento de la Dirección de Enfermería, tras petición por escrito y muestra del cuestionario a utilizar; los sujetos seleccionados fueron informados de la naturaleza del **BO** y del cuestionario, si bien no se les informó del fin del estudio. Aceptando voluntariamente, los sujetos fueron sometidos al mismo

cuestionario, y esto fue así para todos los sujetos encuestados en los diferentes grupos. Todos los encuestados contaban en el momento de realizar el cuestionario con una contratación mínima de un año, lo que posibilita que se hayan mantenido trabajando de manera continua en el mismo servicio durante más de seis meses, lo cual, debido a las características propias de contratación del hospital donde se realiza el estudio, permite la renovación inmediata de contrato terminado el anterior. Por lo tanto, todos los trabajadores que conformaron la muestra disfrutaban, en el momento de realizar el cuestionario, de un cierto grado de estabilidad laboral.

De la totalidad de sujetos encuestados (32 enfermeros), 29 eran de sexo femenino (90,32%) y 3 de sexo masculino (9,37%). Entre los sujetos varones, 2 pertenecían al Módulo B1 (población objeto de estudio) y 1 al grupo de antiguos trabajadores. Por tanto, existe un 15,38 % de sujetos masculinos y 84,62% de sujetos femeninos en el grupo de estudio, frente a un 100% de población femenina en el grupo control. Aunque se aprecia una pequeña diferencia entre ambos grupos, la población estudiada es ampliamente femenina.

Tanto el grupo de estudio como el grupo control, contó con dos sujetos no expuestos a turnicidad y nocturnidad (estaban en turno fijo diurno de mañanas, que incluye fines de semana libres salvo ampliación de jornada debido a cambios en ley vigente), representando el 15,38% y el 16.66% del personal para los módulos B1 y A1, respectivamente. Por lo tanto, 11 enfermeros estaban sometidos a turnos y noches en el Módulo B1 (84, 62%) y 10 lo estaban en el grupo control Módulo A1 (83,33%). En el caso del grupo de antiguos trabajadores, cuatro de ellos se encontraban trabajando, en el momento de realizar la encuesta, en turno fijo de mañana (57,14%) y los tres restantes en turno rotatorio (42,86%).

PROCEDIMIENTO. En primer lugar se procedió a solicitar permiso a la Dirección de Enfermería del Hospital Virgen de la Peña en Fuerteventura, de manera verbal, para comenzar con la repartición del cuestionario. Se hizo necesaria una petición por escrito (Anexo 2) y la entrega de una copia del cuestionario para poder obtener el visto bueno y comenzar con la captación de sujetos.

Se repartió el cuestionario a las supervisoras de los módulos B1 y A1, en número suficiente, quienes los repartieron a la totalidad de enfermeros de sus respectivos servicios que cumplieran los requisitos citados. Se les explicó en qué consiste el

Burnout y cómo y para qué se utiliza el **MBI**, tanto a las supervisoras de unidad como a todo enfermero que lo requiriese.

Los sujetos antiguos trabajadores del Módulo B1 fueron captados de manera aislada, cada uno en su actual servicio. A estos sujetos se les entregó el cuestionario y se les dio la misma información que al resto de sujetos, pero se les pidió que rellenaran el formulario teniendo en cuenta como se sentían cuando trabajaban en el Módulo B1.

Tras la recogida de los formularios, ya contestados, se revisaron de manera ininterrumpida, sin atender de qué servicio provenía cada cual. Esta etapa sólo se llevó a cabo una vez recogido todos los cuestionarios para evitar sesgos o predicciones.

Finalmente, los datos obtenidos se transcribieron en gráficas y tablas para su posterior estudio, comparación, discusión y extracción de conclusiones.

3. Resultados.

A partir de los resultados obtenidos en este estudio, se han elaborado una serie de tablas donde éstos se presentan en función de la unidad de trabajo en las que fueron obtenidos, grupo de población a quien se refieren en función del tiempo trabajado para esa unidad y dimensión de *Burnout* en cada caso (Agotamiento Emocional (**AE**), Despersonalización (**D**) y Realización Profesional (**RP**)). Así mismo, en estas tablas se indica también la media aritmética de los resultados para cada grupo y dimensión, y la media total dentro de cada unidad para cada dimensión del Síndrome de Agotamiento Laboral. De esta forma, las diferentes tablas muestran los resultados obtenidos en función de cuantos grupos enfermeros encontramos en cada servicio y según su tiempo trabajado en los mismos. A continuación se muestran las mencionadas tablas:

- 3ª Unidad:

1. Entre 6 meses y 1 año trabajados en el servicio.

De 6 meses a 1 año		
AE	D	RP
12	6	27
19	7	37
31	7	26

Tabla 2. Medición de **AE**, **D** y **RP** en 3 sujetos hallados.

2. Entre 1 y 3 años trabajados en el servicio.

De 1 a 3 años		
AE	D	RP
37	25	41
28	15	42
21	2	32
23	5	37
27	5	39
10	13	28

Tabla 3. Medición de **AE**, **D** y **RP** en 6 sujetos hallados.

3. Entre 3 y 6 años trabajados en el servicio.

De 3 a 6 años		
AE	D	RP
22	4	36
32	16	32

Tabla 4. Medición de **AE**, **D** y **RP** en 2 sujetos hallados

4. Más de 6 años trabajados en el servicio.

Más de 6 años		
AE	D	RP
23	20	32
26	7	38

Tabla 5. Medición de **AE**, **D** y **RP** en 2 sujetos hallados.

5. Tabla de medias de cada grupo y total.

	TOTAL		
	AE	D	RP
6m-1ª	20.67	6.67	30
1a-3a	24.33	10.83	36.5
3a-6a	27	10	34
+6a	24.5	13.5	35
TOTAL	23.92	10.15	34.38

Tabla 6. Medias de las anteriores mediciones por cada franja temporal (de 6 meses a 1 año, de 1 a 3 años, de 3 a 6 años y más de 6 años) y media total.

- 2ª Unidad:

1. Entre 6 meses y 1 año trabajados en el servicio.

De 6 meses a 1 año		
AE	D	RP
28	16	42
1	2	47

Tabla 7. Medición de **AE**, **D** y **RP** en 2 sujetos hallados.

2. Entre 3 y 6 años trabajados en el servicio.

De 3 a 6 años		
AE	D	RP
18	11	46
7	2	44
13	7	45
10	1	42

Tabla 8.Medición de **AE**, **D** y **RP** en 4 sujetos hallados.

3. Más de 6 años trabajados en el servicio.

Más de 6 años		
AE	D	RP
5	4	47
17	13	39
18	5	45
8	8	43
24	11	39
18	1	41

Tabla 9.Medición de **AE**, **D** y **RP** en 6 sujetos hallados.

4. Tabla de medias de cada grupo y total.

	TOTAL		
	AE	D	RP
6m-1a	14.5	9	44.5
3a-6a	12	5.25	44.25
+6a	15	7	42.33
TOTAL	13.91	6.75	43.33

Tabla 10.Medias de las anteriores mediciones por cada franja temporal y media total.

- Ex trabajadores de la tercera unidad.

	TOTAL		
	AE	D	RP
3a-6a	21	12	35.25
+6a	15.67	5.67	36.33
TOTAL	18.71	9.28	35.71

Tabla 11.Tabla de medias obtenida (tablas de resultados en anexo 3) separados por franjas temporales y media total.

Tras la clasificación de resultados, y con el fin de clarificar y confrontar directamente los niveles de *Burnout* de la población objetivo de este estudio con los resultados obtenidos en el grupo control (2ª Unidad), se ha confeccionado una gráfica (Figura 1) que recoge los niveles totales (media aritmética en función de los resultados obtenidos en cada cuestionario y número de sujetos sometidos al cuestionario sin distinción del tiempo trabajado) de cada uno de los tres parámetros investigados en el Inventario de *Burnout* de Maslach. En la gráfica comparativa se muestran los resultados de cada dimensión del síndrome y, dentro de cada dimensión, encontramos tres barras

de diferentes colores que corresponden a los 3 grupos de sujetos estudiados: 3ª Unidad (azul), 2ª Unidad (magenta) y antiguos trabajadores de la 3ª Unidad (amarillo).

En la figura 1 se observa que los trabajadores de la 3ª Unidad mantienen unas puntuaciones medias más altas en las dimensiones de **AE** y **D** y menores en **RP**, en comparación a los niveles de la 2ª Unidad (Grupo Control); lo que confirma mayores niveles de *Burnout* en los enfermeros pertenecientes al Módulo B1 (Grupo de Estudio).

Del mismo modo, también se encuentran incluidos en la Figura 1 los resultados del grupo de ex trabajadores de la tercera unidad, siempre considerando el valor extraído como media aritmética de los resultados del total de sujetos para este grupo. Las puntuaciones de antiguos trabajadores de la 3ª Unidad se mantienen siempre entre los valores obtenidos para el grupo objeto de estudio y para el grupo control.

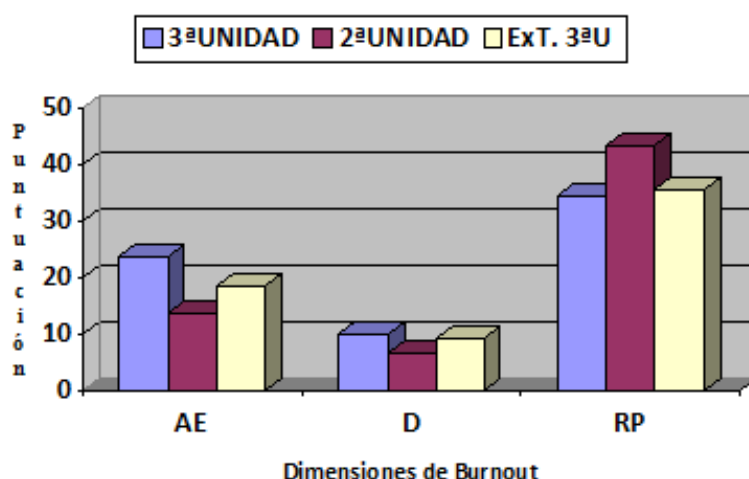


Figura 1: Resultado de las puntuaciones de *Burnout* en sus tres dimensiones (*Agotamiento Emocional*, AE; *Despersonalización*, D; *Realización Personal*, RP), de manera comparativa entre los tres grupos estudiados.

No obstante, podemos representar los resultados estableciendo gráficas para cada grupo de enfermeros en función de su tiempo trabajado en el servicio al que pertenece (Figura 2). De este modo, podemos comparar la tendencia de crecimiento o decrecimiento de las puntuaciones obtenidas según el tiempo trabajado. Es de destacar que para determinados intervalos de tiempo trabajado no existió población a estudiar.

Dimensiones de Burnout de los grupos de estudios en función de tiempo trabajado

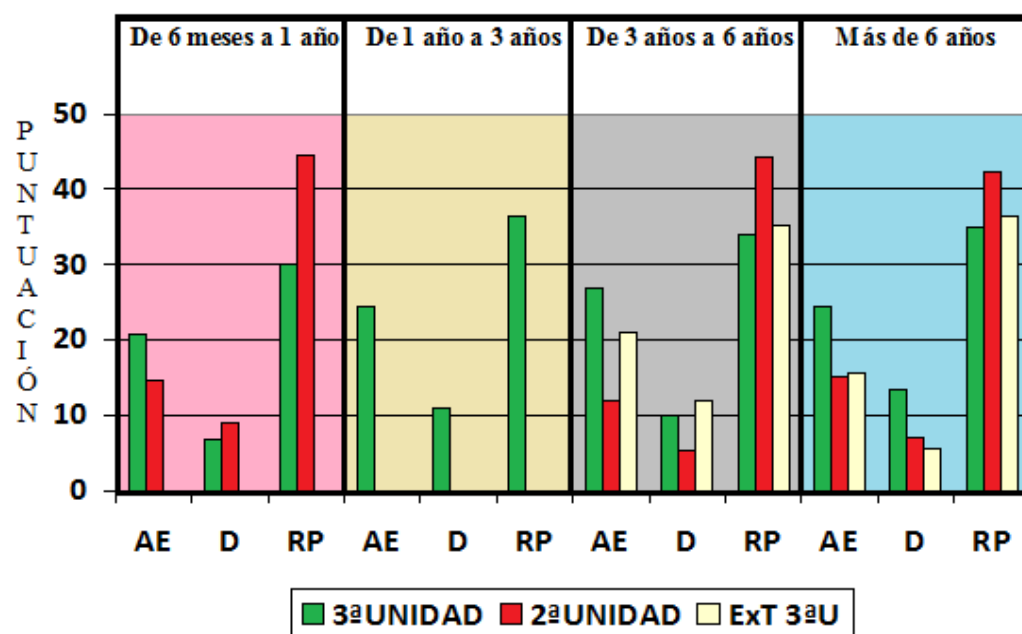


Figura 2: Figura 1: Resultado de las puntuaciones de *Burnout* en sus tres dimensiones (*Agotamiento Emocional*, AE; *Despersonalización*, D; *Realización Personal*, RP), de manera comparativa entre los tres grupos estudiados, para los sujetos encontrados dentro de cada franja temporal y grupo.

4. Discusión.

El primer aspecto a valorar es el nivel general de Desgaste Profesional que parece sufrir la totalidad de sujetos estudiados; y es que, si bien se observan algunas diferencias entre los distintos grupos –lo cual se discutirá a continuación-, vemos que los resultados generales se acercan a la puntuación comparativa previamente descrita por Maslach y Jackson (Maslach y Jackson, 1986) para los grupos médicos-sanitarios. Por lo tanto, se puede decir que existe una tendencia a un nivel de *Burnout* **moderado**. Sin embargo, es conveniente profundizar en los diferentes grupos estudiados por separado para concretar y discutir los resultados, que posteriormente serán enfrentados.

En la Tercera Unidad (Grupo objeto del Estudio) se han encontrado puntuaciones moderadas en las categorías de Agotamiento Emocional (**AE**) y Realización Personal (**RP**), pero se aprecia como aparece un alto nivel de Despersonalización (**D**). Dentro de esta unidad, se puede ver como los niveles de **AE** y **D** van aumentando en función del tiempo trabajado; si bien, al llegar a la franja de más de 6 años, se atenúa el **AE** pero se acentúa la **D**. Por otra parte, la dimensión de **RP**, si bien se mantiene baja en la primera franja temporal, es apreciable cómo mejora discretamente a partir del año trabajado y se mantiene más o menos constante en el tiempo dentro de un nivel moderado, siendo destacable que sufre su pico más alto en la franja temporal de entre uno y tres años para volver a bajar, posteriormente, de manera ligera.

Por tanto, se podría concluir que en la 3ª Unidad, el desgaste profesional aumenta muy discretamente en función del tiempo trabajado en el servicio, existiendo alguna ligera mejoría a partir del sexto año trabajado. Con todo esto, podemos decir que existe un nivel de *Baronet* **medio-alto** en la plantilla de enfermería de la 3ª Unidad.

En la 2ª Unidad (Grupo Control) se aprecia una escasa variación de los niveles en las diferentes dimensiones estudiadas en los diferentes grupos de trabajadores; es decir, se muestra un nivel bajo de **AE** en todas las franjas temporales, nivel alto de **RP** en todos los grupos y **D** media (o incluso media-baja) en general. De esta forma, podríamos concluir que existe un nivel **medio-bajo** o **bajo** de *Burnout* en la plantilla de enfermeros de la 2ª Unidad.

En el caso de los ex trabajadores de la Tercera Unidad, se evidencia un nivel **medio** o **medio-bajo** de *Burnout* tanto de manera general como de manera individualizada dentro de las tres dimensiones; aunque, y de manera anecdótica, se aprecia un nivel alto de **D** en la franja temporal de 3 a 6 años.

Con todo esto, se puede afirmar que; si bien, en la 3ª Unidad no existe un nivel muy alto de *Burnout*, sus enfermeros desarrollan un *Quemamiento Profesional* sensiblemente mayor que los enfermeros estudiados en el grupo control (2ª Unidad); y que estos últimos puntúan por debajo, incluso, que los antiguos miembros de la 3ª Unidad, que realizan el cuestionario en función de sus experiencias asistenciales en su antiguo puesto.

A partir de los resultados obtenidos en la 3ª Unidad podríamos concluir que:

1. Los enfermeros pertenecientes a esta unidad, se ven sometidos a un nivel de **DP** que aumenta a medida que aumenta el tiempo trabajado en el servicio. Tan solo, transcurridos unos años, se aprecia un receso en este aumento del **AE**, ahora bien, la **D** o cinismo se mantiene elevada aún pasados muchos años en servicio.
2. De entre las tres variables investigadas, es la **D** la dimensión más dañada, existiendo riesgo real de dar un trato frío y distanciado al usuario.
3. A medida que se avanza en las franjas temporales, se encuentra a menos sujetos a estudiar dentro de cada franja (aunque sólo hay tres sujetos encuestados en la franja de entre 6 meses y un año, esta franja solo recoge 6 meses; las siguientes recogen 2 y 3 años, por tanto existen más probabilidades de encontrar sujetos a estudiar en los últimos grupos). Es decir, hay menos representantes de cada grupo, en números relativos, a medida que se sube de franja temporal. Esta caída de personal es dramática en el salto entre las franjas segunda y tercera.
4. Esta progresiva pérdida de enfermeros en función del tiempo trabajado parece ir estrechamente relacionada con el nivel de *Burnout* sufrido; esto es, cuanto mayor es la franja temporal estudiada, también lo es el *Burnout* encontrado para este grupo y menor el número de sujetos pertenecientes a él. Sin embargo, aparece una excepción donde parece

confirmarse esta proporción: llegados a la franja de más de seis años trabajados, parece frenarse el aumento de **DP** y la huida de enfermeros del servicio (se encuentran dos sujetos a estudiar, igual que en la franja anterior).

Con respecto a la confrontación de resultados obtenidos en el grupo objetivo de estudio con los resultados obtenidos del grupo control se observa que:

1. Las variables presentadas en ambos grupos son similares (variables individuales, sociales y organizacionales).
2. Los dos grupos estudiados presentan turnos similares (turno diurno de mañana, 7 horas; turno diurno de tarde, 7 horas; turno de noche, 10 horas). Ambas unidades tienen turnos rotatorios para los enfermeros y dos enfermeros en turno fijo de mañana por cada unidad. Así mismo, existe la misma relación en el número de mañanas, tardes y noches trabajadas por cada enfermero de turno rotatorio en las dos unidades.
3. Ambos servicios son unidades de hospitalización, donde las enfermeras llevan a cabo una función asistencial.
4. Es en la Tercera Unidad donde se da mayor nivel de **DP** y donde menor número de enfermeros antiguos en servicio hay. En cambio, en la Segunda Unidad, los niveles de *Burnout* son más bajos y existe un alto número de enfermeros antiguos en la unidad.

Con respecto al grupo de antiguos trabajadores de la 3ª Unidad; es significativo el hecho de que solamente se encontrasen sujetos que trabajaron más de tres años en la unidad (personal no dependiente de contrataciones temporales), lo que confirma la fuga de personal de este servicio trascurrido unos años. No obstante, la calificación de **DP** que éstos reflejan tras su paso por la 3ª Unidad, es algo menor que la que muestran los enfermeros de larga duración que permanecen en la citada unidad; resultado, quizás, de no estar sometido a los posibles estímulos “quemantes” que dejaron atrás cuando salieron del servicio.

5. Conclusiones.

- En condiciones personales, organizacionales y asistenciales similares; los enfermeros de la 3ª Unidad (Grupo Objeto de Estudio) sufren mayor *quemamiento por el trabajo* que los enfermeros del Grupo Control.
- El estrés, acumulado a lo largo del tiempo trabajado en la 3ª Unidad, se hace crítico tras los tres años trabajados, produciéndose como resultado una clara fuga de personal.
- Una gran proporción de enfermeros utilizan el distanciamiento de las situaciones de estrés como mecanismo de defensa.
- Los enfermeros que se mantienen longevos en el servicio no disminuyen su despersonalización hacia el trabajo.
- En los enfermeros *fugados*, la percepción de quemamiento disminuye a medida que pasa más tiempo desde la salida de la 3ª Unidad.
- Existe una relación directa entre la actividad asistencial en la 3ª Unidad y la exposición a fuentes estresoras.
- Se hace necesario un estudio que profundice en la identificación de estímulos estresores que actúan sobre el personal del Módulo B1, para poder minimizarlos y así romper con el continuo éxodo de enfermeros desde este servicio.
- Podemos concluir que el *Burnout* es un factor limitante de la calidad en la actividad profesional de enfermería de manera general; que tiene mayor impacto en este caso estudiado por condicionar, de forma directa, la longevidad y experiencia del personal enfermero en un determinado servicio.

6. Bibliografía.

- Bradley, H. (1969). Community-based treatment for young adult offenders (en inglés). *Crime and delinquency* 15 (3) , 359-370.
- Chacón, R., y Grau, J. (1997). Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos en Cuba. *Revista Cubana de Oncología*, 13 (2) , 118-125.
- Freudenberger, H. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues* , 159-165.
- Freudenberger, H. (1998). Stress and Burnout and their implications in the Work Enviroment. En J. Stellman, *ILO Encyclopaedia of Occupational Health and Safety* (pp 5-16). Geneva: Iternational Labor Organization.
- Freudenberger, H., y Richelson, G. (1980). *Burn Out: The High Cost of High Achivement. What it is and how to survive it*. Norvell, Massachusetts: Anchor Press.
- García García, J. M., Herrero Remuzgo, S., y León Fuentes, J. L. (2007). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de Psicología*, 25 (2) , 157-174.
- Gil Monte, P. R. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *psicopediahoy* , 3 (9).
- Gil Monte, P. R., y Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio de quemarse por el trabajo. *Anales de la Psicología*, 15 (2) , 261-268.
- Gil Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo(síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrónica InterAção Psy*. 1(1) , 19-33.
- Gil Monte, P. R. (2000). Aproximmaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2) , 101-102.
- Gil Monte, P. R., y Peiró, J. M. (1999). Validez Factorial del Maslach Burnout Inventory en una encuesta multiocupacional. *Psicothema*, 11(33) , 670-689.
- Jones, J. W. (1980). *The Staff Burnout Scale for Health Proffesionals*. Parh Ridge, Illinois: London House.
- López Renués, R. (2011). Síndrome de desgaste profesional en el equipo de enfermería de un centro de rehabilitación psicosocial. *Enfermería Cintífica Altoaragonesa*, 6, 19.
- María Noelia Thomaé, E. A. (Enero 2006). Etiología y prevención del síndrome de burnout en trabajadores de la salud. *Revista de Postgrado de la VI Cátedra de Newdicina. Universidad Nacional del Nordeste, Facultad de Medicina*, 153, 18-21.

- Maslach, C. (1976). *Burned-out. Human Relations*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C., y Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. (2ª Ed). Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C., y Jackson, S. (1981). *Maslach Burnout Inventory. Research Edition*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C., Jackson, S., y Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory* (3ª ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Molina, J. M., Avalos, L., y Jiménez, M. (2005). Burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 15,15 .
- Montero Marín, J., y García Campayo, J. (2010). *A new and broader definition of burnout: Validation of the "burnout clinical subtyp questionnaire (BCSQ-36)*. Zaragoza: BMC Public Health.
- Ortega Ruiz, C., y López Ríos, F. (2003). *El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas*. *IJCHP*, 4 (1) .
- Pines, A., y Arongson, E. (1988). *Carrer Burnout: Causes and cures*. New York: The Free Press.
- Vega, N. V., Sanabria, A., Domínguez, L. C., Osorio, C., y Bejarano, M. (Septiembre de 2009). *Síndrome del desgaste Profesional*. Recuperado el 18 de Febrero de 2013, de scielo: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2011-75822009000300002&script=sci_arttext

Anexos.

Anexo 1.

INDICE DE BURNOUT DE MASLACH

UNIDAD:							
TIEMPO TRABAJADO EN ESTA UNIDAD (de manera continuada):		DE 6 MESES A AÑO	DE 1 A 3 AÑOS	DE 3 A 6 AÑOS	MÁS DE 6 AÑOS		
		Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana
		0	1	2	3	4	5
1	AE	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente defraudado.					
2	AE	Al final de la jornada me siento agotado.					
3	AE	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.					
4	RP	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.					
5	D	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.					
6	AE	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.					
7	RP	Siento que trato con efectividad los problemas que tienen mis pacientes.					

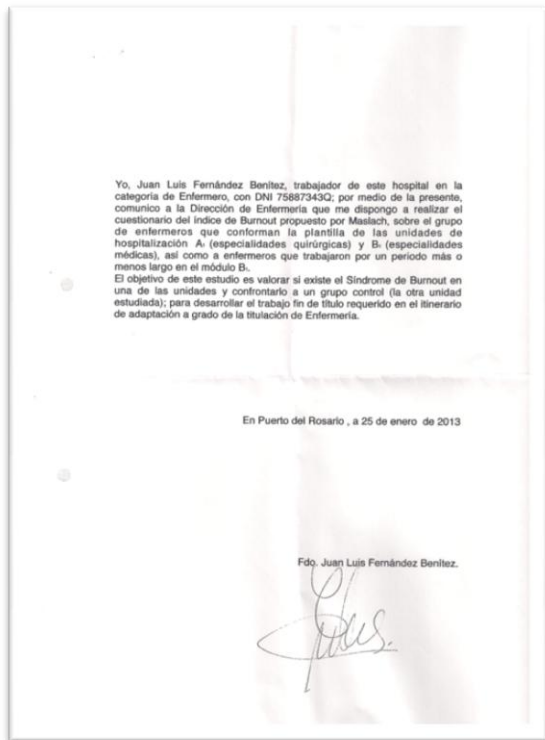
			Num ca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
			0	1	2	3	4	5	6
8	AE	Siento que mi trabajo me está desgastando.							
9	RP	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10	D	Siento que me he hecho más duro con la gente desde que hago este trabajo.							
11	D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	RP	Me encuentro con mucha vitalidad en mi trabajo.							
13	AE	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	AE	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	D	Siento que realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16	AE	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							

			Nunca	Alguna vez al año o menos	Alguna vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
			0	1	2	3	4	5	6
17	RP	Tengo facilidad para crear un clima agradable para mis pacientes.							
18	RP	Me siento estimulado después de trabajar junto con los pacientes.							
19	RP	Creo que consigo muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	AE	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	RP	Siento que se trata de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22	D	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

INSTRUCCIONES

- La encuesta es anónima por lo que no se debe registrar datos personales en ella. Es necesario indicar en que unidad se trabaja y la franja temporal en la que se encuentra, en función del tiempo trabajado de manera continua en dicha unidad. Nos referimos al tiempo trabajado de manera continua cuando no existe una interrupción de más de un mes en esa unidad.
- Esta escala no mide la profesionalidad laboral, por favor sea sincero/a en las respuestas. Mediante esta encuesta se mide el Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (D), Realización Personal (RP). A través de estas variables, se mide el nivel de *Burnout*.
- La escala plantea enunciados sobre los sentimientos y emociones en relación al trabajo, no sobre los actos.
- El objetivo de este estudio es valorar el nivel de *Burnout* de un colectivo, no de los individuos. Ya dentro del colectivo, este estudio pretende investigar los diferentes grados de agotamiento laboral en función del tiempo de exposición.

Anexo 2.



Anexo 3.

De 3 a 6 años		
AE	D	RP
9	12	37
16	12	39
23	11	37
36	13	28

Tabla 12. Medición de **AE**, **D** y **RP** en 4 sujetos hallados de ex-trabajadores de la 3ª Unidad.

Más de 6 años		
AE	D	RP
20	10	40
11	2	41
16	5	28

Tabla 13. Medición de **AE**, **D** y **RP** en 3 sujetos hallados de ex-trabajadores de la 3ª Unidad.