



UNIVERSIDAD DE LEÓN

**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS
PROGRAMA DE DOCTORADO CIENCIAS DE LA SALUD**

TESIS DOCTORAL

BURNOUT EN TRABAJADORES DEL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

**JUAN JOSÉ PÉREZ ÁLVAREZ
LEÓN 2014**



**universidad
de león**

**UNIVERSIDAD DE LEÓN
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS
PROGRAMA DE DOCTORADO CIENCIAS DE LA SALUD**

TESIS DOCTORAL

**BURNOUT EN TRABAJADORES DEL
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE
LEÓN**

D. JUAN JOSÉ PÉREZ ÁLVAREZ

**DIRECTORES: DR. D. JUAN JOSÉ GARCÍA VIÉITEZ
DR. D. JULIÁN JOSÉ SUSPERREGUI LESACA
DRA. D^a M^a NÉLIDA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ**

LEÓN 2014

**A mi padre:
mi amigo, mi ejemplo y mi modelo.
Allá donde estés, "lo logré Papa"**

AGRADECIMIENTOS

El estrés laboral y más concretamente, el Burnout en el personal sanitario es una auténtica epidemia que crece y crece cada día. La cada vez más creciente presión asistencial, las políticas sanitarias consecuentes a la crisis económica y la deshumanización del personal sanitario hacen que los estudios de este tipo de patologías tengan cada vez mayor importancia. Y conocer el Burnout del personal de nuestras instituciones puede contribuir a intentar paliar sus devastadoras consecuencias en el cuidado y tratamiento de los usuarios.

Cuando inicié esta aventura algunos de mis familiares y amigos me decían si estaba loco, que para que quería seguir estudiando. Otros me animaron vehementemente y algunos simplemente me dijeron "adelante, cuenta conmigo para lo que necesites". Cuando comienzas un camino como este la ilusión no te permite ver todos los obstáculos que tienes que salvar para conducir la nave a buen puerto A todos ellos quiero mostrarles mi gratitud:

A mi familia, MUY ESPECIALMENTE A MIS HIJAS QUE SON LO MEJOR DE MI, por su paciencia y por comprenderme cuando, a veces, ni yo mismo me comprendía.

A mis directores de tesis, Juan García Vieitez, Julen Susperregui y Nélida Fernández por su profesionalidad, por su búsqueda de lo excelente, por sus molestias, por todo lo que me han aportado como investigador y como persona y porque sin su infinita ayuda no lo hubiera logrado.

A Ángela Calle que fue la primera persona que "me comió el coco" para que hiciera el doctorado. Pese a nuestros comienzos gracias por haber sido conmigo "una SEÑORA".

A mis amigos que han sabido entenderme cuando tuve que anteponer la "obligación" a la "devoción".

A la dirección del CAULE cuya autorización y apoyo ha sido imprescindible para la realización de esta tesis.

A todo el personal trabajador del CAULE que colaboró en la realización del cuestionario utilizado para esta tesis.

Y muy especialmente a la "Teórica de Salientes" por su constante apoyo y su nunca suficientemente agradecida ayuda y colaboración, sin duda serás "la más grande".

GRACIAS

ÍNDICES

ÍNDICE GENERAL

	Página
ÍNDICE GENERAL.....	i
ÍNDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
LISTADO DE ABREVIATURAS.....	xiii
1. INTRODUCCIÓN.	3
1.1. EL ESTRÉS.....	3
1.1.1. DEFINICIÓN.....	3
1.1.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.	3
1.1.3. FISIOPATOLOGÍA DEL ESTRÉS.....	5
1.1.4. SIGNOS Y SÍNTOMAS.	6
1.1.5. TIPOS DE ESTRÉS.....	6
1.1.6. HOMEOSTASIS-ALOSTASIS.....	7
1.2. EL ESTRÉS LABORAL.	10
1.2.1. DEFINICIÓN.....	10
1.2.2. TIPOS DE ESTRÉS LABORAL.	13
1.2.3. CAUSAS DEL ESTRÉS LABORAL.	14
1.2.4. PRINCIPALES EFECTOS DEL ESTRÉS LABORAL.	15
1.2.5. EL ESTRÉS LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO.	16
1.3. SÍNDROME DE BURNOUT.	17
1.3.1. DEFINICIÓN.....	17
1.3.2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL SÍNDROME DE BURNOUT.	19
1.3.3. MARCO CONCEPTUAL.....	22
1.3.4. DESARROLLO DEL PROCESO DE BURNOUT.	24
1.3.5. DESENCADENANTES Y FACILITADORES DEL BURNOUT.	25
1.3.6. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.	28
1.3.7. MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT.....	29
1.3.7.1. Modelos etiológicos basados en la Teoría socio-cognitiva del Yo.....	30
1.3.7.1.1. Modelo de Competencia Social de Harrison (1983).....	30
1.3.7.1.2. Modelo de Pines (1993).....	31
1.3.7.1.3. Modelo de autoeficacia de Cherniss (1993)	31
1.3.7.1.4. Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993).....	31
1.3.7.2. Modelos etiológicos basados en las Teorías del Intercambio Social.....	32
1.3.7.2.1. Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993).....	32
1.3.7.2.2. Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993)	33
1.3.7.3. Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional.....	33
1.3.7.3.1. Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988)	34
1.3.7.3.2. Modelos de Cox, Kuk y Leiter (1993).....	34
1.3.7.3.3. Modelo de Winnubst (1993).....	35

	Página
1.3.7.4. Modelos etiológicos basados en la Teoría Estructural	35
1.3.7.4.1. Modelo de Gil-Monte y Peiró (1997)	35
1.3.8. CONSECUENCIAS DEL BURNOUT.....	36
1.3.9. RESILIENCIA.....	37
2. OBJETIVOS.....	43
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	45
2.2. OBJETIVO SECUNDARIO.....	45
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	49
3.1. CONTEXTO.....	51
3.2. TIPO DE ESTUDIO.....	51
3.3. MARCO DE MUESTREO.....	51
3.4. TEMPORALIZACIÓN DEL ESTUDIO.....	52
3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	52
3.6. DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO MUESTRAL.....	52
3.7. INSTRUMENTOS DE MEDIDA.....	53
3.7.1. CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG.....	55
3.7.2. TEST DE CAGE CAMUFLADO.....	59
3.7.3. MASLACH BURNOUT INVENTORY O TEST DE MASLACH.....	61
3.7.4. CUESTIONARIO HAD-HOC.....	64
3.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	65
4. RESULTADOS.....	69
4.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, LABORALES DE SALUD Y ESTRÉS PERCIBIDOS.....	72
4.1.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	72
4.1.1.1. Sexo.....	72
4.1.1.2. Estado civil.....	73
4.1.1.3. Categoría profesional.....	78
4.1.1.4. Antigüedad en la profesión.....	79
4.1.1.5. Antigüedad en el puesto actual.....	83
4.2. RESULTADOS DEL CAGE.....	88
4.3. SUBESCALAS DEL BURNOUT.....	90
4.3.1. SUBESCALA AGOTAMIENTO EMOCIONAL (A. E.).....	90
4.3.2. SUBESCALA DESPERSONALIZACIÓN (D.P.).....	98
4.3.3. SUBESCALA REALIZACIÓN PERSONAL (R.P.).....	105
4.4. RESULTADOS DE BURNOUT.....	111
4.5. REALIZACIÓN DE TURNOS.....	118
4.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	122
5. DISCUSIÓN.....	129
6. CONCLUSIONES.....	145

7. BIBLIOGRAFÍA.....	149
	Página
8. ANEXOS.....	161
ANEXO I CARTA INFORMATIVA Y SOLICITUD A LA DIRECCIÓN DEL CENTRO.....	165
ANEXO II SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS	167
ANEXO III CARTA DE PRESENTACIÓN E INSTRUCCIONES PARA LA RECOGIDA Y ENTREGA DE CUESTIONARIOS	169
ANEXO IV MODELO DE CUESTIONARIO ENTREGADO	171

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Distribución de los cuestionarios (enviados, recibidos) por categoría profesional.....	71
Tabla 2. Distribución de la muestra por sexo y categoria profesional	73
Tabla 3. Distribución de la muestra por estado civil en la categoría profesional médicos	74
Tabla 4. Distribución de la muestra por estado civil en la categoría profesional enfermeras	75
Tabla 5. Distribución de la muestra por estado civil en la categoría profesional TCAE	75
Tabla 6. Distribución de la muestra por estado civil en la categoría profesional administrativo.....	76
Tabla 7. Distribución de la muestra por estado civil en la categoría profesional celadores.....	76
Tabla 8. Distribución de la muestra por estado civil en la categoría profesional mantenimiento.....	77
Tabla 9. Distribución de la muestra por antigüedad en la profesión.....	79
Tabla 10. Distribución de la muestra por antigüedad en la profesión y sexo	80
Tabla 11. Distribución de la muestra por antigüedad en la profesión y sexo en la categoría profesional médicos.....	81
Tabla 12. Distribución de la muestra por antigüedad en la profesión y sexo en la categoría profesional enfermeras	82
Tabla 13. Distribución de la muestra por antigüedad en la profesión y sexo en la categoría profesional TCAE.....	82
Tabla 14. Distribución de la muestra por antigüedad en la profesión y sexo en la categoría profesional celadores	82
Tabla 15. Distribución de la muestra por antigüedad en el puesto de trabajo actual	83
Tabla 16. Distribución de la muestra por antigüedad en el puesto de trabajo actual y sexo	84
Tabla 17. Distribución de la muestra por antigüedad en el puesto de trabajo actual y sexo en la categoría profesional médicos.....	85
Tabla 18. Distribución de la muestra por antigüedad en el puesto de trabajo actual y sexo en la categoría profesional enfermeras	86
Tabla 19. Distribución de la muestra por antigüedad en el puesto de trabajo actual y sexo en la categoría profesional TCAE.....	86

Tabla 20. Distribución de la muestra por antigüedad en el puesto de trabajo actual y sexo en la categoría profesional celadores	87
Tabla 21. Distribución de la muestra por antigüedad en el puesto de trabajo actual y sexo en la categoría profesional mantenimiento	87
Tabla 22. Relación entre el consumo de alcohol (CAGE 1=consumo de riesgo; 2=consumo perjudicial; 3=dependencia alcohólica), la presencia de burnout (A=alto; M=medio; B=bajo), la alteración por realización de turnos (Turno: 0=nula; 1=media; 2=alta; 3=muy alta) y el sexo (F=femenino; M=masculino) en la categoría profesional enfermeras	88
Tabla 23. Relación entre el consumo de alcohol (CAGE 1=consumo de riesgo; 2=consumo perjudicial; 3=dependencia alcohólica), la presencia de burnout (A=alto; M=medio; B=bajo), la alteración por realización de turnos (Turno: 0=nula; 1=media; 2=alta; 3=muy alta) y el sexo (F=femenino; M=masculino) en la categoría profesional TCAE	89
Tabla 24. Relación entre el consumo de alcohol (CAGE 1=consumo de riesgo; 2=consumo perjudicial; 3=dependencia alcohólica), la presencia de burnout (A=alto; M=medio; B=bajo), la alteración por realización de turnos (Turno: 0=nula; 1=media; 2=alta; 3=muy alta) y el sexo (F=femenino; M=masculino) en la categoría profesional celadores.....	89
Tabla 25. Relación entre el consumo de alcohol (CAGE 1=consumo de riesgo; 2=consumo perjudicial; 3=dependencia alcohólica), la presencia de burnout (A=alto; M=medio; B=bajo) y el sexo (F=femenino; M=masculino) en la categoría profesional médicos	90
Tabla 26. Distribución de la muestra en la subescala A.E. por sexo.....	91
Tabla 27. Distribución de la muestra en la subescala A.E. por sexo en la categoría profesional médicos	92
Tabla 28. Distribución de la muestra en la subescala A.E. por sexo en la categoría profesional enfermeras	93
Tabla 29. Distribución de la muestra en la subescala A.E. por sexo en la categoría profesional TCAE	95
Tabla 30. Distribución de la muestra en la subescala A.E. por sexo en la categoría profesional administrativos	95
Tabla 31. Distribución de la muestra en la subescala A.E. por sexo en la categoría profesional tecnicos especialistas.....	96
Tabla 32. Distribución de la muestra en la subescala A.E. por sexo en la categoría profesional celadores.....	96
Tabla 33. Distribución de la muestra en la subescala A.E. por sexo en la categoría profesional mantenimiento.....	98
Tabla 34. Distribución de la muestra en la subescala D.P. por sexo	99

	Página
Tabla 35. Distribución de la muestra en la subescala D.P. por sexo en la categoría profesional médicos	100
Tabla 36. Distribución de la muestra en la subescala D.P. por sexo en la categoría profesional enfermeras	101
Tabla 37. Distribución de la muestra en la subescala D.P. por sexo en la categoría profesional TCAE.....	102
Tabla 38. Distribución de la muestra en la subescala D.P. por sexo en la categoría profesional celadores	103
Tabla 39. Distribución de la muestra en la subescala D.P. por sexo en la categoría profesional administrativos	104
Tabla 40. Distribución de la muestra en la subescala D.P. por sexo en la categoría profesional técnicos especialistas	105
Tabla 41. Distribución de la muestra en la subescala D.P. por sexo en la categoría profesional mantenimiento.....	105
Tabla 42. Distribución de la muestra en la subescala R.P. por sexo	106
Tabla 43. Distribución de la muestra en la subescala R.P. por sexo en la categoría profesional médicos	107
Tabla 44. Distribución de la muestra en la subescala R.P. por sexo en la categoría profesional enfermeras	108
Tabla 45. Distribución de la muestra en la subescala R.P. por sexo en la categoría profesional TCAE	109
Tabla 46. Distribución de la muestra en la subescala R.P. por sexo en la categoría profesional celadores.....	110
Tabla 47. Puntos de corte para determinar las escalas de burnout en relación con sus tres subescalas	111
Tabla 48. Distribución de la muestra en burnout por sexo.....	112
Tabla 49. Distribución de la muestra en burnout por sexo en la categoría profesional médicos	114
Tabla 50. Distribución de la muestra en burnout por sexo en la categoría profesional enfermeras	115
Tabla 51. Distribución de la muestra en burnout por sexo en la categoría profesional TCAE	116
Tabla 52. Distribución de la muestra en burnout por sexo en la categoría profesional celadores.....	117
Tabla 53. Distribución de la muestra en burnout por sexo en la categoría profesional mantenimiento.....	118
Tabla 54. Distribución de la muestra en grado de afectación por la realización de turnos por sexo en la categoría profesional enfermeras	120

	Página
Tabla 55. Distribución de la muestra en grado de afectación por la realización de turnos por sexo en la categoría profesional TCAE	121
Tabla 56. Distribución de la muestra en grado de afectación por la realización de turnos por sexo en la categoría profesional celadores.....	122
Tabla 57. Resultados de la prueba chi-cuadrado para burnout y sus tres subescalas en función de la categoría profesional	123
Tabla 58. Resultados de las pruebas de normalidad para burnout y sus tres subescalas.....	124
Tabla 59. Resultados de la prueba de Kruskal-Wallis para burnout y sus tres subescalas.....	125
Tabla 60. Resultados de la prueba de Mann-Whitney para la subescala D.P. en función de la categoría profesional	125
Tabla 61. Rangos promedio de la prueba de Kruskal-Wallis para la subescala D.P....	126

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Distribución de la muestra por sexo en %	72
Figura 2. Distribución de la muestra por estado civil en %	74
Figura 3. Distribución de la muestra por estado civil en mujeres en %	77
Figura 4. Distribución de la muestra por estado civil en hombres en %	78
Figura 5. Distribución de la muestra por categoría profesional en %	79
Figura 6. Distribución de la muestra por antigüedad en la profesión en %	80
Figura 7. Distribución de la muestra por antigüedad en el puesto de trabajo actual en %	84
Figura 8. Distribución de la muestra en la subescala A.E. en el sexo masculino en %	91
Figura 9. Distribución de la muestra en la subescala A.E. en el sexo femenino en %	91
Figura 10. Distribución de la muestra en la subescala A.E. en el sexo masculino en la categoría profesional médicos en %	92
Figura 11. Distribución de la muestra en la subescala A.E. en el sexo femenino en la categoría profesional médicos en %	93
Figura 12. Distribución de la muestra en la subescala A.E. en el sexo masculino en la categoría profesional enfermeras en %	94
Figura 13. Distribución de la muestra en la subescala A.E. en el sexo femenino en la categoría profesional enfermeras en %	94
Figura 14. Distribución de la muestra en la subescala A.E. en el sexo masculino en la categoría profesional celadores en %	97
Figura 15. Distribución de la muestra en la subescala A.E. en el sexo femenino en la categoría profesional celadores en %	97
Figura 16. Distribución de la muestra en la subescala D.P. en el sexo masculino en %	99
Figura 17. Distribución de la muestra en la subescala D.P. en el sexo femenino en %	99
Figura 18. Distribución de la muestra en la subescala D.P. en el sexo masculino en la categoría profesional médicos en %	100
Figura 19. Distribución de la muestra en la subescala D.P. en el sexo femenino en la categoría profesional médicos en %	101
Figura 20. Distribución de la muestra en la subescala D.P. en el sexo masculino en la categoría profesional enfermeras en %	102

	Página
Figura 21. Distribución de la muestra en la subescala D.P. en el sexo femenino en la categoría profesional enfermeras en %	102
Figura 22. Distribución de la muestra en la subescala D.P. en el sexo masculino en la categoría profesional celadores en %	103
Figura 23. Distribución de la muestra en la subescala D.P. en el sexo femenino en la categoría profesional celadores en %	104
Figura.24. Distribución de la muestra en la subescala R.P. en el sexo masculino en %	106
Figura 25. Distribución de la muestra en la subescala R.P. en el sexo femenino en %	107
Figura 26. Distribución de la muestra en la subescala R.P. en el sexo masculino en la categoría profesional médicos en %	108
Figura. 27. Distribución de la muestra en la subescala R.P. en el sexo femenino en la categoría profesional médicos en %	108
Figura 28. Distribución de la muestra en la subescala R.P. en el sexo masculino en la categoría profesional enfermeras en %	109
Figura 29. Distribución de la muestra en la subescala R.P. en el sexo femenino en la categoría profesional enfermeras en %	109
Figura 30. Distribución de la muestra en la subescala R.P. en el sexo masculino en la categoría profesional celadores en %	110
Figura 31. Distribución de la muestra en la subescala R.P. en el sexo femenino en la categoría profesional celadores en %	111
Figura 32. Distribución de la muestra en burnout en %	112
Figura 33. Distribución de la muestra en burnout en el sexo masculino en %	113
Figura 34. Distribución de la muestra en burnout en el sexo femenino en %	113
Figura 35. Distribución de la muestra en burnout en la categoría profesional médicos en %	114
Figura 36. Distribución de la muestra en burnout en el sexo masculino en la categoría profesional enfermeras en %	115
Figura 37. Distribución de la muestra en burnout en el sexo femenino en la categoría profesional enfermeras en %	115
Figura 38. Distribución de la muestra en burnout en la categoría profesional TCAE en %	116
Figura 39. Distribución de la muestra en burnout en la categoría profesional celadores en %	117
Figura 40. Distribución de la muestra en grado de afectación por la realización de turnos en %	119

Figura 41. Distribución de la muestra en grado de afectación por la realización de turnos en el sexo masculino en %	119
Figura 42. Distribución de la muestra en grado de afectación por la realización de turnos en el sexo femenino en %	120

Listado de Abreviaturas

ACTH	Hormona corticotropa (Adrenal Cortico Tropic Hormone)
ADMON	Administrativo
A.E.	Agotamiento emocional
CAULE	Complejo Asistencial Universitario de León
D.P.	Despersonalización
DNI	Documento Nacional de Identidad
GHQ	Cuestionario de Salud General de Golberg
INE	Instituto Nacional de Estadística
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
MBI	Maslach Burnout Inventory
MBI-ES	Maslach Burnout Inventory Educator Survey
MBI-GS	Maslach Burnout Inventory General Survey
MBI-HSS	Maslach Burnout Inventory Human Service Survey
R.P.	Realización Personal
SACYL	Sanidad Castilla y León
SBO	Síndrome de Burnout
TCAE	Técnico en cuidados de enfermería
UE	Unión Europea
VPP	Valor Parcial Predictivo



LO QUE MAS ME SORPRENDE DEL HOMBRE OCCIDENTAL ES QUE PIERDE SU SALUD PARA GANAR DINERO, DESPUÉS PIERDE EL DINERO PARA RECUPERAR LA SALUD.

Y POR PENSAR ANSIOSAMENTE EN EL FUTURO NO DISFRUTAN EL PRESENTE, POR LO QUE NO VIVEN NI EL PRESENTE NI EL FUTURO. Y VIVEN COMO SI NO TUVIESEN QUE MORIR NUNCA.....Y MUEREN COMO SI NUNCA HUBIERAN VIVIDO

DALAI LAMA



En principio la investigación
necesita más cabezas que medios
Severo Ochoa

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. EL ESTRÉS.

1.1.1. DEFINICIÓN.

El estrés forma parte de nuestra vida cotidiana hasta el punto que puede considerarse como *el malestar de nuestra civilización*, afectando tanto a la salud y al bienestar personal como a la satisfacción laboral y colectiva.

El uso del término estrés se ha popularizado sin que la mayoría de las personas tengan claro en qué consiste el mismo. Al revisar la amplia literatura sobre el tema, se encuentran multitud de definiciones, algunas de las cuales lo abordan indistintamente desde la perspectiva del estrés como estímulo, como respuesta o como consecuencia.

En los últimos años han ido cobrando auge las teorías interaccionistas del estrés que plantean que la respuesta de estrés es el resultado de la interacción entre las características de la persona y las demandas del medio. Es decir, se considera que un individuo en una situación estresante depende tanto de las demandas del medio como de sus propios recursos para enfrentarse a él (Lazarus y Folkman, 1986), o avanzando un poco más, de las discrepancias entre las demandas del medio externo o interno, y la manera en que el sujeto percibe que puede dar respuesta a esas demandas. La respuesta de estrés es una respuesta automática del organismo a cualquier cambio ambiental, externo o interno, mediante la cual se prepara para hacer frente a las posibles demandas que se generan como consecuencia de la nueva situación, (Labrador, 1996). Por tanto, ello no es algo *malo* en sí mismo, al contrario; facilita el disponer de recursos para enfrentarse a situaciones que se suponen excepcionales. Dado que se activan gran cantidad de recursos (incluye aumento en el nivel de activación fisiológica, cognitiva y conductual) supone un desgaste importante para el organismo.

1.1.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

El concepto de estrés proviene de la década de los treinta cuando un joven estudiante de medicina en Praga, Hans Selye (1936) observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad propia, presentaban síntomas comunes y generales: cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, astenia, etc. Esto llamó mucho la atención a Selye, quien le denominó el *Síndrome de estar enfermo*.

Selye (1936), en su post doctorado desarrolló sus famosos experimentos del ejercicio físico extenuante con ratas de laboratorio que comprobaron la elevación de las hormonas adrenales, la atrofia del sistema linfático y la presencia de úlceras gástricas. Al conjunto de estas alteraciones orgánicas el doctor Selye denominó *estrés biológico*. Selye (1936) consideró entonces que varias enfermedades desconocidas como las cardíacas, la hipertensión arterial y los trastornos emocionales o mentales no eran sino la resultante de cambios fisiológicos producidos como consecuencia de un prolongado estrés en los órganos de choque mencionados y que estas alteraciones podrían estar determinadas genética o constitucionalmente. Progresivamente fue incorporando a sus teorías que no sólo los agentes físicos son agentes estresores, sino que en el caso de los humanos, las demandas de carácter social y las amenazas del entorno del individuo que requieren de capacidad de adaptación provocan estrés.

El estrés es la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona. El resultado fisiológico de este proceso es un deseo de huir de la situación que lo provoca o enfrentarse a ella violentamente. El estrés es un estímulo que nos agrede emocional o físicamente. Si el peligro es real o percibido como tal, el resultado es el mismo. Es en definitiva, la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un sujeto que busca adaptarse y reajustarse a presiones tanto internas como externas. *El estrés es lo que uno nota cuando reacciona a la presión, sea del mundo exterior sea del interior de uno mismo. El estrés es una reacción normal de la vida de las personas de cualquier edad. Está producido por el instinto del organismo de protegerse de las presiones físicas o emocionales o, en situaciones extremas, del peligro* (Selye, 1936).

En principio, se trata de una respuesta normal del organismo ante las situaciones de peligro. En condiciones apropiadas los cambios provocados por el estrés resultan muy convenientes, pues nos preparan de manera instantánea para responder oportunamente y poner nuestra vida a salvo. Sin embargo lo que en situaciones apropiadas puede salvarnos la vida, se convierte en un enemigo mortal cuando se extiende en el tiempo.

1.1.3 FISIOPATOLOGÍA DEL ESTRÉS.

En la descripción de la enfermedad, se identifican por lo menos las siguientes tres fases en el modo de producción del estrés:

1) Reacción de Alarma:

El organismo, amenazado por las circunstancias se altera fisiológicamente por la activación del hipotálamo y la hipófisis ubicadas en la parte inferior del cerebro, y por las glándulas suprarrenales localizadas sobre los riñones en la zona posterior de la cavidad abdominal.

El cerebro, al detectar la amenaza o riesgo, estimula al hipotálamo quien produce *factores liberadores* que constituyen sustancias específicas que actúan como mensajeros para zonas corporales también específicas. Una de estas sustancias es la hormona denominada ACTH que funciona como un mensajero fisiológico que viaja por el torrente sanguíneo hasta la corteza de la glándula suprarrenal, quien bajo el influjo de tal mensaje produce la cortisona u otras hormonas llamadas corticoides.

A su vez otro mensaje que viaja por la vía nerviosa desde el hipotálamo hasta la médula suprarrenal, activa la secreción de adrenalina. Todas estas hormonas son las responsables de las reacciones orgánicas en toda la economía corporal.

2) Estado de Resistencia:

Cuando un individuo es sometido en forma prolongada a la amenaza de agentes lesivos físicos, químicos, biológicos o sociales el organismo si bien prosigue su adaptación a dichas demandas de manera progresiva, puede ocurrir que disminuyan sus capacidades de respuesta debido a la fatiga que se produce en las glándulas del estrés. Durante esta fase suele

ocurrir un equilibrio dinámico u homeostasis entre el medio ambiente interno y externo del individuo.

Así, si el organismo tiene la capacidad para resistir mucho tiempo, no hay problema alguno, en caso contrario sin duda avanzará a la fase siguiente.

3) Fase de Agotamiento:

La disminución progresiva de la respuesta del organismo frente a una situación de estrés prolongado conduce a un estado de gran deterioro con pérdida importante de las capacidades fisiológicas y con ello sobreviene la fase de agotamiento en la cual el sujeto suele sucumbir ante las demandas pues se reducen al mínimo sus capacidades de adaptación e interrelación con el medio.

1.1.4. SIGNOS Y SÍNTOMAS.

El estrés afecta órganos y funciones de todo el organismo. Los síntomas más comunes son:

- *Síntomas mentales*: tensión, irritabilidad, problemas de concentración, cansancio excesivo, problemas de sueño, preocupación, tristeza.
- *Síntomas físicos*: boca seca, aumento de la frecuencia cardíaca, malestar estomacal, deseo frecuente de orinar, palmas de las manos sudorosas, dolor de espalda, tensión muscular que puede causar contracturas y dolor, mareos, problemas para respirar.

1.1.5. TIPOS DE ESTRÉS

- Estrés agudo

Es la forma más común. Consiste en demandas y presiones ocasionadas por sucesos recientes o por anticipaciones del futuro próximo. Los síntomas de estrés agudo son:

- Tensión y contracturas musculares, dolor de espalda.
- Problemas digestivos como diarrea, estreñimiento, acidez de estómago, reflujo gastroesofágico, síndrome del intestino irritable.

- El exceso de activación da lugar a hipertensión, aumento de la frecuencia cardiaca, manos sudorosas, dolores de cabeza, manos y pies fríos, mareo, falta de aire y dolor en el pecho.

- Estrés agudo episódico

Este tipo de estrés define a aquellas personas que sufren estrés agudo con frecuencia. Son personas que tienen demasiado trabajo, demasiados compromisos y demasiadas cosas por hacer. Los problemas surgen en sus vidas una y otra vez, siempre tienen prisa, pero siempre llegan tarde y sus vidas resultan desordenadas y caóticas. Es habitual que estas personas se muestren irritables, ansiosas y tensas. A menudo se describen a sí mismas como nerviosas.

- Estrés crónico

Es el estrés que se produce cuando una persona se encuentra durante mucho tiempo en una situación estresante, se produce cuando una persona no encuentra el modo de salir de una situación desagradable; es el estrés de las demandas y presiones de una situación que parece no acabar nunca.

1.1.6. HOMEOSTASIS-ALOSTASIS.

McEwen introdujo, en 2001, el término alostasis para complementar nuestro uso de la palabra estrés. Este autor quiere reflejar con este término lo que puede ser considerado como la manera eficaz del cuerpo de tratar con las circunstancias medioambientales y los estímulos a que se exponen los individuos todos los días. Las demandas de este sistema es a lo que él se refiere como la carga alostática. Él considera que la alostasis se produce por un rápido e intrincado sistema organizado de comunicación en el cerebro, el sistema nervioso autónomo, y otros sistemas del cuerpo a través de las hormonas liberadoras. Esto enlaza al cerebro, que sensorializa la situación nueva o amenazante, el sistema endocrino (qué moviliza el resto del cuerpo), y el sistema inmunológico que es esencial para nuestra defensa interior. Una imagen clásica de la alostasis es aquella en la que un animal huye de su depredador. Hasta donde respecta a los seres humanos, esta es parte de nuestra respuesta a las demandas cotidianas que enfrentamos. Por ejemplo, pronunciar su primer discurso público, el maestro primerizo enfrentándose a un aula de niños desobedientes y el músico de concierto delante del público; todos ellos van a influir en el proceso de alostasis.

La alostasis es la capacidad de lograr la estabilidad a través de producir cambios, y dicha capacidad es crítica para la supervivencia. A través de la alostasis nuestro sistema nervioso autónomo, el eje hipotálamo hipofisario adrenal, el sistema cardiovascular, el sistema inmune y el metabolismo protegen nuestro cuerpo, preparando al mismo para afrontar tanto el estrés interno como el externo. Pero la hiperactividad crónica de estos sistemas, aunque necesaria para la adaptación, tiene un efecto a largo plazo que se denomina carga alostática; en otras palabras, el efecto a largo plazo de las respuestas de estrés desreguladas las podemos denominar carga alostática.

Los sistemas alostáticos nos permiten responder con diferentes estados físicos y psíquicos (conciencia, vigilia, ejercicio, posición corporal) y afrontar situaciones tales como ruidos, peligros, dificultades socioculturales, muchedumbres, aislamiento, infecciones, etc. La respuesta corporal ante un desafío enciende una respuesta alostática, que inicia una reacción adaptativa compleja y que finaliza cuando la amenaza cesa. Esta respuesta tiene dos efectores fundamentales que son el sistema nervioso autónomo y el eje hipotálamo hipofisario adrenal, además, diversos mediadores celulares que son señales biológicas que coordinan la respuesta corporal: ¿Qué tienen que ver las glándulas suprarrenales y las hormonas que ellas producen con el estrés?, ¿cuáles son los vínculos, estructurales y bioquímicos, entre las glándulas suprarrenales y el cerebro?, ¿cómo se comunica el cerebro?, ¿cuándo percibe un estado de alarma, con los otros sistemas del cuerpo?. Ahora sabemos que esta vía involucra al hipotálamo, la pituitaria, las glándulas adrerrenales y el sistema nervioso autónomo (el sistema simpático y parasimpático).

Alostasis es el proceso por el cual el cerebro percibe una situación nueva o amenazante. Se activan los sistemas endocrinos, el sistema nervioso autónomo, y el sistema inmunológico para la defensa interior. Para responder a una amenaza, los animales necesitan el aumento del flujo de oxígeno hacía los músculos, particularmente a los grandes músculos de las piernas y otras partes del cuerpo. La aceleración de la respiración trae más oxígeno para ser transportado por la sangre y el aumento de la velocidad de bombeo del corazón incrementa la entrega de ese oxígeno al torrente sanguíneo y a los tejidos del cuerpo. Los vasos sanguíneos de la piel se contraen para que haya el menor sangrado posible en caso de una lesión. Para proveer el combustible suficiente para el ejercicio, las

hormonas liberan carbohidratos en el torrente sanguíneo. Bajo una tensión aguda, mejora la respuesta del sistema inmunológico.

El procesamiento en el cerebro de las señales provenientes del sistema sensorial le permite a este determinar lo que es una amenaza o un desafío, y cuál es la respuesta apropiada. Es obvio que la alimentación por parte de las vías sensoriales, como la visión, el tacto, y el sonido, es importante para mantener la información necesaria para una respuesta del cerebro. La respuesta al estrés comienza profundamente en el cerebro, en el sistema límbico, que involucra a la amígdala y al hipotálamo que, a través de un factor liberador cortical, estimula a la glándula pituitaria para que libere ACTH que a su vez estimula la glándula suprarrenal para liberar el cortisol. Las suprarrenales también responden al sistema nervioso autónomo, liberando la adrenalina. Estas vías constituyen la piedra angular de la homeostasis y de la carga isostática. Cuando el eje funciona, tenemos la energía y el foco para lidiar con una crisis o una situación de alta demanda. Cuando la tensión es constante, el sistema puede permanecer activo con niveles altos o bajos de esteroides en sangre, y el resultado podría llevar a problemas de salud mentales como la depresión, debilidad en la cognición, comportamiento pobre, ataques de asma o un resfriado que no se quita. Tanto el cortisol como la adrenalina pueden afectar tejidos del cuerpo, tales como los vasos sanguíneos, contribuyendo a la enfermedad coronaria y los ataques cardíacos; el metabolismo de las grasas que lleva a la obesidad. Esta vía influye también en el sistema inmunológico que puede mejorar la respuesta inmune, o si el sistema permanece continuamente activo, suprimir la función inmune. Ello probablemente sea la causa del porqué muchas personas bajo estrés crónico son más susceptibles a las infecciones.

El cerebro también es vulnerable al cortisol. La secreción anormal de cortisol puede llevar al cerebro a aumentar la actividad celular en dos áreas importantes, el hipocampo y la amígdala. En el caso del hipocampo, el exceso de esteroides puede causar atrofia de las células del cerebro e incluso daño permanente. El hipocampo y la amígdala son cruciales, no sólo en las situaciones estresantes, (el miedo, las emociones, la regulación de inmunidad), sino también por su influencia en funciones superiores del cerebro, como el aprendizaje y la memoria.

El hipocampo parece estar involucrado principalmente en la formación de la memoria, en lugar de su almacenamiento. Los recuerdos

emocionales pueden formarse instantáneamente, en parte, porque el hipocampo actúa como un censor de la realidad, comparando el mundo exterior, de la forma que es recogido por los sistemas sensoriales, con la representación que el cerebro tiene de éste. Un cambio súbito provocará que el hipocampo se ponga en acción y también involucrará a la amígdala, si hay miedo o incluso si es una emoción positiva fuerte. La amígdala y el hipocampo trabajan juntos para formar recuerdos conscientes de los eventos. La amígdala, que se haya adyacente al hipocampo, puede activarse directamente por causa del miedo o lo que creemos sea una situación peligrosa. LeDoux (1996) lo describe como el *bajo camino en la respuesta del cerebro*. Su respuesta nos incita a escapar primero y hacer las preguntas después.

Uno de los efectos del exceso de esteroides es que pueden actuar recíprocamente sobre receptores específicos en el hipocampo. Sabemos que los niveles normales de las hormonas del estrés no destruyen la memoria, pero niveles elevados por largos períodos de tiempo pueden dañarla. Así, los individuos que responden a los estímulos del estrés, de forma que producen demasiado cortisol, están en riesgo de que al envejecer pierdan la función del hipocampo en relación con la memoria

La interacción entre las vías del estrés, el cortisol, y la corteza frontal es importante en nuestra comprensión del comportamiento y de los desórdenes mentales. Se ha descubierto que la región promotora del gen transportador de la serotonina modera la influencia de los eventos estresantes de la vida en la depresión en los monos y en los humanos. Los individuos con una o dos copias de la cadena larga del gen transportador de la serotonina exhiben mayores síntomas de depresión que aquellos individuos homocigóticos de la cadena larga.

1.2. EL ESTRÉS LABORAL.

1.2.1. DEFINICIÓN.

El estrés laboral es uno de los principales problemas para la salud y la seguridad a los que nos enfrentamos en Europa. Casi el 25% de los trabajadores se ven afectados por él y algunos estudios indican que entre un 50% y un 60% de las bajas laborales están relacionadas con el mismo.

Ello representa un enorme coste tanto en sufrimiento humano como en perjuicios económicos.

El estrés en el trabajo se puede definir como las reacciones nocivas físicas o emocionales que aparecen cuando las exigencias del trabajo sobrepasan las capacidades del trabajador, los recursos o sus necesidades.

Si se aplica el concepto de estrés al ámbito del trabajo, este se puede ajustar como un desequilibrio percibido entre las demandas profesionales y la capacidad de la persona para llevarlas a cabo, el cual es generado por una serie de fenómenos que suceden en el organismo del trabajador con la participación de algunos estresores los cuales pueden llegar hasta afectar la salud del trabajador.

Según un estudio realizado, por la Agencia Europea para la seguridad y la salud en el tiempo, en 2005 el estrés es el segundo problema de salud más común en el trabajo y afecta al 22% de los trabajadores. El mundo del trabajo, en constante evolución, impone cada vez mayores demandas a los trabajadores debido a la racionalización y la externalización, la creciente necesidad de flexibilidad de las funciones y cualificaciones, el aumento de los contratos temporales, la creciente inseguridad en el trabajo y la intensificación de éste (que supone una mayor carga de trabajo y más presión), y el desequilibrio entre la vida laboral y familiar.

La reducción del estrés laboral y los riesgos psicosociales no es sólo una obligación moral, sino también un imperativo legal. Justifican asimismo la reducción del estrés sólidos argumentos económicos. Se calcula que, en el año 2002, el coste económico anual del estrés laboral en la UE fue de 20.000 millones de euros.

Los efectos del estrés varían según los individuos. La sintomatología e incluso las consecuencias del estrés son diferentes en distintas personas (Peiró y Salvador, 1993).

Las personas afectadas de estrés laboral suelen acudir en primera instancia a su médico con quejas como ansiedad, dolor o depresión. En el año 2001, si tenemos solo en cuenta los datos del sistema nacional de salud, en España, se consumieron casi 35 millones de envases de fármacos inductores del sueño, ansiolíticos o antidepresivos.

El estrés en el trabajo puede afectar a cualquier persona de cualquier nivel. Puede aparecer en cualquier sector y en una organización de cualquier tamaño. Además, afecta a la salud y la seguridad de las personas, pero también a la salud de las organizaciones y de las economías nacionales.

Cobra vital importancia las características contextuales, es decir, el entorno de trabajo, para determinar la respuesta del individuo al grado de presión o ambigüedad del contexto presente. Es decir, cuando una situación tiene mucha *fuerza* el comportamiento debe de ser muy pautado, con lo que las variables personales tiene poca importancia. Situación que no se da cuando el proceso no está perfectamente definido y se presta a la interpretación del trabajador, siendo las características del individuo más determinantes que su conducta.

¿Existen profesiones más estresantes que otras? Obviamente, sí. La naturaleza de cada trabajo exige una mayor o menor cantidad de recursos a los trabajadores, independientemente de sus diferencias individuales. Unos trabajos exigen prisa, inmediatez, otros exigen precisión, exactitud, otros exigen un gran esfuerzo físico, otros un gran esfuerzo mental, otros acarrear una gran responsabilidad, pues las consecuencias de un error pueden ser vitales.

Ahora bien, además de tener en cuenta la profesión, el contexto laboral, debemos tener en cuenta las diferencias individuales. Así, dos personas en un mismo puesto de trabajo pueden responder de manera muy diferente.

Cualquier situación puede en un momento determinado resultar susceptible de desencadenar una situación de estrés en un trabajador, incluso aquellas situaciones que a priori y objetivamente puedan no parecer estresantes (si un individuo interpreta una situación como un peligro o una amenaza potencial surgirá la reacción de estrés).

Así, confeccionar un listado de situaciones laborales estresantes es harto complicado, no obstante, la Comisión Europea confeccionó en el año 2000 un amplio informe en el que se recogían como situaciones estresantes en el ambiente laboral las siguientes:

- Exceso y falta de trabajo

- Tiempo inadecuado para completar el trabajo de modo satisfactorio para nosotros y para los demás
- Ausencia de una descripción clara del trabajo, o de la cadena de mando
- Falta de reconocimiento o recompensa por un buen rendimiento laboral
- No tener oportunidad de exponer las quejas
- Responsabilidades múltiples, pero poca autoridad o capacidad de tomar decisiones
- Superiores, colegas o subordinados que no cooperan ni nos apoyan
- Falta de control o de satisfacción del trabajador por el producto terminado fruto de su trabajo
- Inseguridad en el empleo, poca estabilidad de la posición
- Verse expuesto a prejuicios en función de la edad, el sexo, la raza, el origen étnico o la religión
- Exposición a la violencia, a amenazas o a intimidaciones
- Condiciones de trabajo físico desagradables o peligrosas
- No tener oportunidad de servirse eficazmente del talento o las capacidades personales
- Posibilidad de que un pequeño error o una inatención momentáneos tengan consecuencias serias o incluso desastrosas
- Cualquier combinación de los factores anteriores

1.2.2. TIPOS DE ESTRÉS LABORAL.

Según Slipack (1996), los tipos de estrés laboral existen dos tipos de estrés laboral:

El episódico: es aquel que se presenta momentáneamente, es una situación que no se posterga por mucho tiempo y luego que se enfrenta o resuelve desaparecen todos los síntomas que lo originaron, un ejemplo de este tipo de estrés es el que se presenta cuando una persona es despedida de su empleo.

El crónico que se puede presentar cuando una persona se encuentra sometida a las siguientes situaciones:

- 1) Ambiente laboral inadecuado
- 2) Sobrecarga de trabajo
- 3) Alteración de ritmos biológicos
- 4) Responsabilidades y decisiones muy importantes

1.2.3. CAUSAS DEL ESTRÉS LABORAL.

El estrés laboral aparece cuando por la intensidad de las demandas laborales o por problemas de índole organizacional, el trabajador comienza a experimentar vivencias negativas asociadas al contexto laboral (Doval et al., 2004).

Por otra parte es necesario tener en cuenta que el origen del estrés laboral según Melgosa (1999), puede considerarse como de naturaleza externa o interna, por lo que se puede decir que cuando los agentes externos o ambientales son excesivamente fuertes hasta los individuos mejor capacitados pueden sufrir estrés laboral y cuando un trabajador es muy frágil psicológicamente aun los agentes estresantes suaves le ocasionaran trastornos moderados.

González Cabanach en 1998, (citado en Doval et al., 2004) distingue que algunos de los factores estresantes en el contexto laboral son:

- Factores intrínsecos al propio trabajo
- Factores relacionados con las relaciones interpersonales
- Factores relacionados con el desarrollo de la carrera profesional
- Factores relacionados con la estructura y el clima organizacional

En muchas ocasiones el estrés laboral puede ser originado por varias causas y una muy importante es el temor a lo desconocido, ya que muchas veces el trabajador se enfrenta a situaciones inciertas que le generan desconfianza y la sensación de no estar preparado para enfrentar un problema en la organización, por lo que este tipo de situaciones no permiten que exista un desarrollo pleno de la persona por el miedo a equivocarse.

Santos (2004) menciona que el avance tecnológico en el área industrial ha incorporado como factor estresante la monotonía, haciendo énfasis que este fenómeno no es perceptible fácilmente por los individuos en su trabajo.

1.2.4. PRINCIPALES EFECTOS DEL ESTRÉS LABORAL.

Las repercusiones del estrés mal manejado en las personas pueden ser de muy distinta índole, aunque en los últimos tiempos hay una corriente que hace mayor incidencia en la repercusión a nivel fisiológico por el gran deterioro que provocan estos efectos en los individuos impidiéndoles realizar sus actividades cotidianas.

Así podemos destacar como principales efectos negativos del estrés laboral:

Área cardiovascular:

- Descompensación en la tensión arterial (hiper o hipotensión)
- Alteración en la frecuencia cardíaca (generalmente taquicardia)
- Mayor propensión al síncope

Área digestiva:

- Hiperacidez gástrica.
- Trastornos en la motilidad intestinal (estreñimiento o diarrea)

Área psíquica:

- Trastornos del sueño.

- Trastornos de la afectividad (depresión, irritabilidad)
- Trastornos de la sexualidad (impotencia, anorgasmia, eyaculación precoz)
- Trastornos cognitivos (alteraciones en la memoria y en la fijación de conocimientos)
- Disminución de la autoestima.

Área neurológica:

- Parestesias.
- Movimientos involuntarios.
- Paresias.

Área Osteomioarticular:

- Contractura muscular.
- Sensación de cansancio.

1.2.5. EL ESTRÉS LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO.

El estrés laboral en el ámbito sanitario destaca por encima de otros ámbitos laborales por la presión a que están sometidos.

Nuestros profesionales sanitarios están continuamente expuestos al sufrimiento y dolor de pacientes y familiares. Si a esto le añadimos la saturación de tareas, la falta de recursos y la responsabilidad que exige el cargo, el resultado puede ser un cóctel muy estresante.

De todos los entornos afectados, el estrés laboral sanitario destaca por encima del resto. Numerosos estudios revelan que el nivel de estrés de estos profesionales es, en general, sustancialmente más elevado que el de otro tipo de profesiones. Aunque en general se sienten satisfechos ayudando a paliar el sufrimiento de los pacientes, también les supone un fuerte desgaste emocional que puede afectar negativamente a su salud.

Factores organizacionales ligados al estrés laboral sanitario:

- *Conflicto de rol*: Relacionado con una alteración en la calidad del trato al paciente por escasez de recursos o los recortes sanitarios. Ésta situación puede generar un conflicto entre los valores que formaron al profesional y la situación real a la que debe enfrentarse.
- *Ambigüedad de rol*: Dificultad para tomar decisiones frente a la variedad e incertidumbre de las situaciones a las que hacer frente. Este factor adquiere un mayor peso a medida que aumenta la urgencia de la acción.
- *Sobrecarga de rol*: Saturación de tareas. El exceso de pacientes o la escasez de personal, son elementos que pueden generar una gran cantidad de estrés.
- *Recursos inadecuados*: Escasez de recursos, tanto humanos, como materiales pueden llevar a un aumento de la carga laboral del trabajador. Además, los recursos anticuados o de baja calidad pueden ser una fuente adicional de frustración y suponer un esfuerzo extra para el profesional.
- *Escasa participación*: La escasa o nula participación en la toma de decisiones puede ser otra de las fuentes de estrés laboral en el ámbito sanitario. Esto puede producir una caída en la autoestima y la motivación del profesional.
- *Clima laboral*: La rivalidad entre compañeros de trabajo, los tratos de favor, la falta de apoyos o continuas quejas de pacientes o familiares, pueden suponer un aumento de los niveles de ansiedad y estrés.

1.3. SÍNDROME DE BURNOUT

1.3.1. DEFINICIÓN.

En 1974, el psiquiatra Herbert Freudenberger que trabajaba como asistente voluntario en la Free Clinic de Nueva York para toxicómanos, observó que tanto él como el resto de voluntarios que trabajaban con él, al cabo de un periodo más o menos largo, entre uno y tres años, sufrían una

progresiva pérdida de energía, desmotivación, falta de todo interés por el trabajo hasta llegar al agotamiento, junto con varios síntomas de ansiedad y de depresión (Mingote, 1998; Moreno et al., 2001). Freudenberger (1974) describió cómo estas personas se vuelven menos sensibles, poco comprensivas y hasta agresivas en relación con los pacientes, con un trato distanciado y cínico con tendencia a culpar al paciente de los propios problemas que padece. Según Leiter (1991) el trabajo de estas personas se caracterizaba por no tener horarios fijos con un número de horas muy elevado, contexto social muy exigente, alta implicación personal y salario muy bajo.

Para describir este patrón conductual, Freudenberger (1974) eligió la palabra *burnout* (*estar quemado, consumido, apagado*), la misma que se utilizaba para referirse a los efectos del consumo crónico de las sustancias tóxicas de abuso.

En el año 1976 la psicóloga Cristina Maslach estudiaba la respuesta de los empleados de profesiones de ayuda a personas.

El término burnout se empezó a utilizar a partir de 1977, tras la exposición de Maslach ante una convención de la Asociación Americana de Psicólogos, en la que conceptualizó el síndrome como el *desgaste profesional* de las personas que trabajan en diversos sectores de servicios humanos, siempre en contacto directo con los usuarios, especialmente personal sanitario y profesores. El síndrome sería la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral y tendría repercusiones de índole individual, pero también afectaría a aspectos organizacionales y sociales (Martínez, 2010).

García (1991) comenta que el *burnout* es un problema característico de los trabajos de *servicios humanos*, es decir, de aquellas profesiones que deben mantener una relación continua de ayuda hacia el *cliente*. Profesionales, sin duda, más expuestos a riesgos psico-emocionales.

El término burnout hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, máxime cuando esta es catalogada de ayuda (médicos, enfermeros, profesores) y su origen se basa en cómo estos individuos interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales ante situaciones de crisis.

Entre las consecuencias del síndrome se describen siguiendo a Orłowski y Gulleoge (1986) alteraciones emocionales y conductuales, psicosomáticas y sociales, pérdida de la eficacia laboral y alteraciones leves de la vida familiar. Siguiendo a Flórez (1994) además se justificaría el alto nivel de absentismo laboral entre estos profesionales, tanto por problemas de salud física como psicológica, siendo frecuente la aparición de situaciones depresivas hasta la automedicación, ingesta de psicofármacos y aumento del consumo de medicamentos, alcohol y otras drogas.

1.3.2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL SÍNDROME DE BURNOUT.

Veamos cómo se ha desarrollado el concepto de burnout desde su origen hasta hoy.

Freudenberger (1974) define *burnout* como, sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador. Describe un estado de fatiga o frustración dado por la devoción a una causa, modo de vida o relación que no produce la recompensa deseada.

Maslach (1976) lo describe cómo el proceso gradual de pérdida de responsabilidad personal, y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo.

Spaniol y Caputo (1979) definieron el *burnout* como el síndrome derivado de la falta de capacidad para afrontar las demandas laborales o personales.

Edelwich y Brodsky (1980) plantean una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo. Estos autores proponen cuatro fases por las que pasa todo individuo que padece burnout: entusiasmo, estancamiento, frustración, en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales, con lo que esta fase sería el núcleo central del síndrome; y apatía, que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración.

Cherniss (1980) desde otra perspectiva, lo muestra como un proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo.

Maslach y Jackson (1981) más tarde lo definieron como respuesta al estrés laboral crónico que conlleva la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, el desarrollo de actividades y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actividades de despersonalización), y la aparición de procesos de devaluación del propio rol profesional. Entienden que el *burnout* se configura como un síndrome tridimensional caracterizado por: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal.

Pines et al. (1981) lo asemejan a un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente.

Brill (1984) conceptúa un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien.

Cronin-Stubbs y Rooks (1985) proponen una respuesta inadecuada, emocional y conductual a los estresores ocupacionales.

Smith et al. (1986) concluyen que el *burnout* describe un frágil patrón de síntomas, conductas y actitudes que es único para cada persona, haciendo muy difícil que se pueda aceptar una definición global del síndrome.

Hiscott y Connop (1989) sencillamente entienden el *burnout* como un indicador de problemas de estrés relacionados con el trabajo.

Shirom (1989) lo define como consecuencia de la disfunción de los esfuerzos de afrontamiento, de manera que al descender los recursos personales aumenta el síndrome, por lo que la variable de afrontamiento sería determinante en la comprensión del *burnout*.

Leiter (1991) lo asemeja a una crisis de autoeficacia, distanciando así el *burnout* del estrés laboral.

Moreno et al. (1991) hablan de un tipo de estrés laboral que se da principalmente en aquellas profesiones que suponen una relación interpersonal intensa con los beneficios del propio trabajo.

Burke y Richardsen (1993) proponen un proceso que ocurre a nivel individual como una experiencia psicológica envuelta de sensaciones, actitudes, motivos y expectativas, y es una experiencia negativa que da lugar a problemas de *discomfort*.

Leal (1993) resalta una sintomatología depresiva que surge ante lo que el individuo siente como fracaso de sus intervenciones, pérdida de autoestima por la vivencia de que su trabajo y esfuerzo que no son útiles.

Schaufeli y Buunk (1996) interpretan el *burnout* en términos de comportamiento negativo en la organización, que afectaría no solamente al individuo, sino también a ésta.

Gil-Monte y Peiró (1997) defienden una respuesta al estrés laboral crónico y una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes, y que tiene un cariz negativo para el sujeto al implicar alteraciones, problemas y disfunciones psico-fisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la institución.

Mingote (1998) realiza una síntesis de los factores comunes a la mayoría de las definiciones de *burnout*: a) predominan los síntomas disfóricos, y sobre todo, el agotamiento emocional, b) destacan las alteraciones de conducta referentes al modelo asistencial o despersonalización de la relación con el cliente, c) se suelen dar síntomas físicos de estrés psico-fisiológico, como cansancio hasta el agotamiento, malestar general, junto con técnicas paliativas reductoras de la ansiedad residual, como son las conductas adictivas, que a su vez, median en deterioro de la calidad de vida, d) se trata de un síndrome clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, aunque se dé en individuos considerados presuntamente *normales*, y e) se manifiesta por un menor rendimiento laboral, y por vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional.

Gil-Monte y Peiró (1999) desde la perspectiva psicosocial, consideran el síndrome de *burnout* como un proceso en el que intervienen componentes cognitivo-aptitudinales (baja realización personal en el

trabajo), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización).

Peris (2002) enfatiza un trastorno caracterizado por la sobrecarga, y/o desestructura de tareas cognitivas por encima del límite de la capacidad humana. Cuando el estrés laboral sobrepasa las capacidades del individuo a la hora de afrontarlas, puede llegar un periodo de agotamiento extremo que impida realizar las tareas asignadas de un modo correcto. Si además de este bajo rendimiento ocurre un agotamiento emocional, un aumento del sentimiento de despersonalización o cinismo, y baja el sentimiento de eficacia profesional, estaríamos ante el denominado síndrome de *burnout*, *estar quemado* o *desgaste psíquico*.

Garcés (2004) señala que el *burnout* puede ser similar al estrés laboral o consecuencia de éste.

Jaoul et al. (2004) describieron el *burnout* como un síndrome defensivo (mecanismo de defensa) que se manifiesta en las profesiones de ayuda. El riesgo en estas profesiones es que suelen tener una misión ambiciosa y un ideal utópico. La confrontación entre los ideales, conscientes o no y la realidad laboral pueden conducir a *burnout*.

Aranda (2006) indica que la palabra *burnout* es un término anglosajón que significa estar quemado, desgastado, exhausto, donde se pierde la ilusión por el trabajo.

Molina y Avalos (2007) definen el síndrome de *burnout* como la paradoja de la atención en salud: el profesional de salud se enferma en la misma medida que éste sana a los pacientes.

Maslach y Leiter (2008) relacionan el *burnout* especialmente con las características del trabajo, incluyendo alto volumen de trabajo, conflicto y ambigüedad de rol, baja previsibilidad, falta de participación y apoyo social, y experiencia de injusticia.

1.3.3. MARCO CONCEPTUAL.

No existe una definición unánimemente aceptada sobre el síndrome de *burnout*, pero sí un consenso en considerar que aparece en el individuo como respuesta al estrés laboral crónico. Se trata de una experiencia

subjetiva interna que agrupa sentimientos, actitudes y comportamientos que tienen un cariz negativo para el sujeto dado que implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la organización y que tiene peculiaridades muy específicas en áreas determinadas del trabajo, profesional, voluntario o doméstico, cuando éste se realiza directamente con colectivos de usuarios, bien sean enfermos de gran dependencia, o alumnos conflictivos.

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

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

Desde la perspectiva psicosocial, Maslach y Jackson (1981), lo conceptualizan como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellos sujetos cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad.

Agotamiento emocional, es la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos en el ámbito afectivo. Es, por tanto, un agotamiento de los recursos emocionales propios; es decir, emocionalmente agotado por el contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.

Despersonalización, implica el desarrollo de sentimientos negativos y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva que les culpen de sus problemas (por ejemplo, al paciente le estaría bien merecida la enfermedad).

Falta de realización personal en el trabajo, se define como la tendencia de esos profesionales a evaluarse negativamente, con especial

incidencia en la habilidad para la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden.

Actualmente el burnout es una enfermedad descrita en el Manual de referencia CIE 10 PCS (Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad, 2013), como *Z73.0 Problemas relacionados con el desgaste profesional (sensación de agotamiento vital)* dentro de la categoría más amplia *Z73 Problemas para afrontar la vida* lo que lleva a denotar la importancia de este padecimiento a nivel mundial.

1.3.4. DESARROLLO DEL PROCESO DE BURNOUT.

Con respecto a la concepción del desarrollo del proceso, entre los estudios que abordan el síndrome de *burnout* desde una perspectiva psicosocial se establecen diferencias al considerar el orden secuencial en el que aparecen y se desarrollan los síntomas que lo integran (baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización). Las diferencias radican en el síntoma que presentan como primera respuesta al estrés percibido, en la secuencia de progreso del síndrome a través de los diferentes síntomas, y en la explicación de los mecanismos de carácter cognitivo que emplea el sujeto en el proceso de quemarse. Establecer el desarrollo correcto del proceso de quemarse es necesario para su identificación y prevención, así como para poder desarrollar estrategias adecuadas de intervención. Nos referiremos al modelo de desarrollo propuesto por Gil-Monte y Peiró (1997).

Este modelo mantiene que el proceso de desarrollo del *burnout* se inicia con la aparición de bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y paralelamente altos sentimientos de agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen a esos sentimientos se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional.

Este proceso de desarrollo del síndrome se aprecia desde la perspectiva evolutiva de la relación del sujeto con el medio laboral, a través de cuatro etapas diferenciadas, aunque no estancas:

- Fase de entusiasmo: en la que el trabajador tiene unas expectativas irreales de lo que puede ocurrir.

- Fase de estancamiento: supone una paralización tras la constatación de la realidad de las expectativas y una pérdida del idealismo y entusiasmo iniciales.
- Fase de frustración: constituye el inicio en sí del síndrome y se caracteriza por el cuestionamiento del valor del trabajo en sí mismo y el descenso de la motivación, iniciándose los sentimientos de baja realización personal por el trabajo y agotamiento emocional.
- Fase de apatía: o núcleo central de la instauración del síndrome se caracteriza por indiferencia y falta de interés en la que se establece un sentimiento de vacío total que puede manifestarse en forma de distanciamiento emocional y de desprecio. Es decir, se consolidan los sentimientos de baja realización personal y el agotamiento emocional y se establece como estrategia negativa de afrontamiento la despersonalización.

1.3.5. DESENCADENANTES Y FACILITADORES DEL BURNOUT.

El desarrollo del *burnout* puede ser entendido como el resultado de un proceso de interacción mediante el cual el sujeto busca ajustarse a su entorno laboral, y en el que los factores ambientales son elementos desencadenantes de importancia fundamental, y las variables personales actúan como facilitadoras o inhibidoras.

Desencadenantes

Refiriéndonos a los desencadenantes podemos establecer cuatro categorías para el análisis de los estresores laborales:

- *Ambiente físico y contenido del puesto*

Podemos incluir: nivel de ruido, vibraciones y características de iluminación, temperatura y condiciones climatológicas, condiciones higiénicas, toxicidad de los elementos que se manejan, disponibilidad de espacio físico, etc.; además de las demandas estresantes del puesto como los turnos rotatorios, el trabajo nocturno, estar expuesto a riesgos y peligros o la sobrecarga laboral, junto a las generadas por los contenidos del puesto en los que se incluyen la oportunidad del sujeto para emplear las habilidades adquiridas, la variedad de tareas que debe realizar, la

retroinformación sobre el desempeño o la identidad de las tareas que realiza.

- *Desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera*

El denominado estrés de rol está integrado básicamente por dos disfunciones del rol: ambigüedad y conflicto de rol.

La ambigüedad de rol es el grado de incertidumbre que el sujeto que desempeña un rol tiene respecto al mismo y puede estar producido por un déficit de información.

El conflicto de rol ocurre cuando no se pueden satisfacer simultáneamente expectativas de rol contradictorias.

Dentro de este mismo apartado se incluyen también los efectos que sobre el *burnout* tienen las relaciones interpersonales, cualitativas o cuantitativas, que los profesionales establecen con los compañeros, supervisores, subordinados y usuarios o clientes, y el desarrollo de la carrera profesional y las posibilidades de promoción.

- *Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales*

Considerando los estresores relacionados con las nuevas tecnologías, cabe concluir que estas pueden facilitar o dificultar el desempeño de la tarea dependiendo de cómo el sujeto se ajuste al sistema tecnológico, y consecuentemente presentará una mayor o menor incidencia en la aparición del síndrome de *burnout*.

Por otro lado, entre los aspectos organizacionales que pueden incidir en el desarrollo del *burnout* debemos considerar, entre otros, las dimensiones estructurales de la organización (centralización, complejidad y formalización), la falta de participación en la toma de decisiones y la falta de apoyo social percibido.

- *Fuentes extra organizacionales: relación trabajo-familia*

La relación trabajo-familia es otro factor a considerar en tanto que son dos entornos a los que el profesional se siente vinculado y con los que interacciona, por lo que pueden aparecer influencias provenientes de

cualquiera de ellos que condicionen la relación con el otro. En este sentido, el propio profesional es el nexo entre ambos elementos, por tanto repercutirán las vivencias, sentimientos, actitudes y conductas que se den en estos medios, como la excesiva dedicación al trabajo, tensiones y agotamiento, frustraciones y conflictos familiares y laborales, afectos y desafectos, etc.

Facilitadores

Gil-Monte y Peiró (1997) identifica como facilitadores del *burnout* aquellas variables de carácter personal que tienen una función facilitadora o inhibidora de la acción que los estresores ejercen sobre el sujeto. En la medida en que estos facilitadores estén presentes aumentará o disminuirá el grado de estrés laboral percibido y consecuentemente afectarán al desarrollo del *burnout* en una u otra dirección.

- *Variables de carácter demográfico*

Dentro de este grupo de variables se encuentran: el sexo, la edad, el estado civil, la existencia o no de hijos, la antigüedad en el puesto y la antigüedad en la profesión.

- *Variables de personalidad*

La mayoría de los investigadores entienden que el síndrome de *burnout* se da más en sujetos empáticos, sensibles, humanos, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles de identificarse con los demás. Por otro lado los sujetos con un patrón tipo A, baja autoconfianza y locus de control externo experimentan con mayor frecuencia el síndrome, mientras que los sujetos con personalidad resistente lo experimentan menos.

- *Estrategias de afrontamiento*

Las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales también presentan efectos facilitadores del *burnout*. Los resultados de los trabajos experimentales muestran que los sujetos que emplean habitualmente estrategias de carácter activo o centradas en el problema, reflejan menos sentimientos de *burnout* que los sujetos que emplean estrategias de evitación/escape o centradas en la emoción.

- *Apoyo social en el trabajo*

La falta de apoyo social en el trabajo es una variable del contexto laboral que puede facilitar los efectos del estrés laboral sobre el *burnout*, tal como se ha observado en colectivos profesionales de enfermería y trabajadores sociales, sobre todo como moduladores en los sentimientos de agotamiento emocional y actitud de despersonalización.

1.3.6. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.

Entre los aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout descritos en la literatura no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores si bien existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables.

La edad aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo éstos los primeros años de carrera profesional dado que sería el período en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas.

Según *el sexo* sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los sanitarios por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer.

El estado civil, aunque se ha asociado el síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime: parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables.

En este mismo orden *la existencia o no de hijos* hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor

capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar.

La rotación de turno laboral y el horario laboral de estos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería donde esta influencia es mayor.

Sobre *la antigüedad profesional* tampoco existe un acuerdo. Algunos autores (Fernández-Sánchez et al., 2010) encuentran una relación positiva con el síndrome manifestado en dos períodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome. Naisberg y Fenning (1991) encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos burnout presentaron y por ello siguen presentes.

Es conocida la relación entre burnout y *sobrecarga laboral* en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente. Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout, si bien si es referida por otros autores (Olmedo et al., 2001).

También *el salario* ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de burnout en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura.

1.3.7. MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT.

La etiología del burnout ha suscitado mucha polémica, ya que, como hemos visto, se le han atribuido causas muy diversas, diferente grado de importancia de las variables antecedentes-consecuentes, y distintos factores implicados. Esto ha dado lugar al desarrollo de múltiples modelos explicativos.

Una de las clasificaciones más utilizada y actualizada es la de Gil-Monte y Peiró (1997). Estos categorizan los modelos etiológicos en cuatro tipos de líneas de investigación: Teoría socio cognitiva del Yo, Teoría del intercambio social, Teoría organizacional y Teoría estructural: (tomado de Martínez, 2010)

1.3.7.1. Modelos etiológicos basados en la Teoría socio-cognitiva del Yo.

En estos modelos las causas más importantes son

- 1) Las cogniciones influyen en la forma de percibir la realidad, pero a la vez estas cogniciones se modifican por sus efectos y consecuencias observadas.
- 2) El empeño para la consecución de objetivos y las consecuencias emocionales de las acciones están determinadas por la autoconfianza del sujeto.

Es evidente que estos modelos etiológicos dan gran importancia a las variables del self, como ser, la autoconfianza, autoeficacia, auto concepto, etc.

1.3.7.1.1. Modelo de competencia social de Harrison (1983)

Este autor se basa en la competencia y eficacia percibida para explicar la *competencia percibida* como función del síndrome de burnout. Éste explica que gran parte de los profesionales que empiezan a trabajar en servicios de asistencia tienen un grado alto de motivación para ayudar a los demás y de altruismo, pero ya en el lugar de trabajo habrá factores que serán de ayuda o de barrera que determinarán la eficacia del trabajador. En el caso que existan factores de ayuda junto con una alta motivación, los resultados serán beneficiosos; ya que aumenta la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social. Sin embargo, cuando hay factores de barrera, que dificultan el logro de metas en el contexto laboral, el sentimiento de autoeficacia disminuirá. Si estas condiciones se prolongan en el tiempo puede aparecer el síndrome.

Entre los factores de ayuda y de barrera se mencionan: la existencia de objetivos laborales realistas, el nivel de ajuste entre los valores del

sujeto y la institución, la capacitación profesional, la toma de decisiones, la ambigüedad del rol, disponibilidad y disposición de los recursos, retroalimentación recibida, sobrecarga laboral, ausencia o escasez de recursos, conflictos interpersonales, disfunciones del rol, etc.

1.3.7.1.2. Modelo de Pines (1993)

Pines (1993), señala que el fenómeno del síndrome de burnout radica cuando el sujeto pone la búsqueda del sentido existencial en el trabajo y fracasa en su labor. Estos sujetos les dan sentido a su existencia por medio de tareas laborales humanitarias. Este modelo es motivacional, y plantea que sólo se queman aquellos sujetos con alta motivación y altas expectativas. Un trabajador con baja motivación inicial puede experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no llegará a desarrollar el síndrome.

1.3.7.1.3. Modelo de autoeficacia de Cherniss (1993)

Para Cherniss (1993), la consecución independiente y exitosa de las metas aumenta la eficacia del sujeto. Sin embargo, la no consecución de esas metas lleva al fracaso psicológico; es decir, a una disminución de la autoeficacia percibida y, por último, al desarrollo del burnout.

Por otro lado, los sujetos con fuertes sentimientos de autoeficacia percibida tienen menos probabilidad de desarrollar el burnout, porque experimentan menos estrés en situaciones amenazadoras, ya que éstos creen que pueden afrontarlas de forma exitosa.

1.3.7.1.4. Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)

Thompson et al. (1993) destacan cuatro factores implicados en la aparición del burnout, y señalan que la autoconfianza juega un papel fundamental en ese proceso. Los cuatro factores son:

- 1) Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto.
- 2) El nivel de autoconciencia.
- 3) Las expectativas de éxito personal.
- 4) Los sentimientos de autoconfianza.

Estos autores plantean que tras reiterados fracasos en la consecución de las metas laborales junto con altos niveles de autoconciencia, de las discrepancias percibidas o anticipadas entre las demandas y recursos, se tiende a utilizar la estrategia de afrontamiento de *retirada mental o conductual* de la situación amenazadora. Un patrón de retirada serían las conductas de despersonalización. Estas estrategias tienen como objetivo reducir las discrepancias percibidas en el logro de los objetivos laborales.

1.3.7.2. Modelos etiológicos basados en las Teorías del Intercambio Social.

Estos modelos plantean que cuando el sujeto establece relaciones interpersonales se pone en marcha el proceso de comparación social. A partir de dicha comparación pueden generarse percepciones de falta de equidad o falta de ganancia, lo que conllevaría a aumentar el riesgo de padecer burnout.

Los modelos que siguen esta línea de investigación son: el Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993) y el Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freedy (1993).

1.3.7.2.1. Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993)

Este modelo se desarrolló para explicar la aparición del burnout en enfermeras. A partir de este contexto plantea dos tipos de etiología del burnout: uno de ellos se refiere a los procesos de intercambio social con los pacientes, y pone el énfasis en los mecanismos y procesos de afiliación y comparación con los compañeros de trabajo.

Según Buunk y Schaufeli (1993), existen tres fuentes de estrés que están relacionadas con los procesos de intercambio social:

- 1) La incertidumbre: Es la ausencia o falta de claridad sobre los propios sentimientos y pensamientos sobre cómo actuar.
- 2) La percepción de equidad: Hace referencia al equilibrio percibido sobre lo que se da y lo que se recibe en el curso de sus relaciones.
- 3) La falta de control: Se explica como la posibilidad/capacidad del trabajador para controlar los resultados de sus acciones laborales.

Respecto a los mecanismos y procesos de afiliación social y comparación con los compañeros de trabajo, los autores explican que los profesionales de enfermería no buscan apoyo social de los compañeros ante situaciones estresantes, por temor a ser catalogados como incompetentes.

1.3.7.2.2. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freedy (1993)

La teoría de Conservación de Recursos es una teoría motivacional basada en la idea de que cuando la motivación básica del trabajador se ve amenazada o negada lleva al estrés que, a su vez, puede producir el burnout. Según esta teoría, para reducir los niveles de burnout se deben aumentar los recursos de los empleados y, así, eliminar la vulnerabilidad a perderlos. También se debe intentar modificar de manera positiva las cogniciones y percepciones, con el fin de disminuir los niveles de estrés percibido y, por consecuencia, del burnout. Por lo tanto, las estrategias de afrontamiento que recomiendan estos autores para prevenir el desarrollo de Burnout son las de tipo *activo*.

La idea básica del modelo es que los trabajadores se esfuerzan por aumentar y mantener sus recursos, que es lo que ellos valoran. Entonces, el burnout aparecería si esos recursos están amenazados, perdidos, o cuando el sujeto invierte en sus recursos; pero no recibe lo que espera. De acuerdo con la teoría, la exposición prolongada a las situaciones de demandas profesionales hace que el trabajador llegue a estados de agotamiento emocional y físico, lo que es el componente central de burnout.

1.3.7.3. Modelos etiológicos basados en la Teoría organizacional.

Estos modelos se caracterizan por basarse en la función de los estresores del contexto organizacional y de las estrategias de afrontamiento que utilizan los trabajadores ante el burnout. Según estos modelos, las variables como las funciones del rol, el apoyo percibido, la estructura, el clima y la cultura organizacional junto a la forma de afrontar las situaciones amenazantes, están implicadas en la aparición del síndrome. Así pues, las causas varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. Por ejemplo, el burnout se puede originar por agotamiento emocional en una organización burocrática mecánica y de comunicación vertical; mientras que en

organizaciones con burocracias profesionalizadas (hospitales) puede aparecer el burnout por disfunciones de rol y conflictos interpersonales.

1.3.7.3.1. Modelo de Fases de Golembiewski et al. (1983).

Este modelo propone una progresión secuencial en el tiempo, en la que la ocurrencia de un componente precipita el desarrollo de otro. Así, en la secuencia, la despersonalización es la primera fase del burnout, le seguiría la realización personal disminuida y, por último, el incremento del agotamiento emocional. Golembiewski et al. (1983) subrayan la importancia de las disfunciones del rol -pobreza, conflicto y ambigüedad del rol en un proceso en el que los trabajadores disminuyen el grado de responsabilidad laboral ante la tensión del estrés laboral. En la primera fase, se desencadena el estrés por la sobrecarga laboral y pobreza del rol, provocando sentimientos de pérdida de autonomía y de control. Esto, a la vez, genera sentimientos de irritabilidad, fatiga y una disminución de la autoimagen positiva. En la segunda fase, el sujeto desarrolla estrategias de alejamiento para afrontar la situación amenazante del contexto laboral. Este tipo de estrategia puede ser constructiva o no, dependiendo de su naturaleza (sin eliminar la empatía o con cinismo). Si se desarrollan actitudes de despersonalización (cinismo), aparece el burnout. Las siguientes fases se caracterizarán por baja realización personal, para desembocar en agotamiento emocional.

1.3.7.3.2. Modelos de Cox et al. (1993)

Este modelo sugiere, desde un enfoque transaccional del estrés laboral, que el burnout es un acontecimiento particular que se da en las profesiones humanitarias, y que el agotamiento emocional es la dimensión esencial de este síndrome. La despersonalización es considerada una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento, y la baja realización personal es el resultado de la evaluación cognitiva del estrés al que se enfrenta el trabajador. En este punto también intervienen los distintos significados que el sujeto le atribuye al trabajo o las posibles expectativas frustradas en el ámbito laboral

Otro antecedente del burnout es lo que Cox et al. (1993) denominan *salud de la organización*. Éste se refiere al ajuste entre la coherencia e

integración de los sistemas psicosociales de la organización (estructuras, políticas, procedimientos, cultura, etc.).

1.3.7.3.3. Modelo de Winnubst (1993)

Este modelo adopta la definición de burnout propuesta por Pines y Aronson (1988), y plantea que surge de las interrelaciones entre el estrés, la tensión, el apoyo social en el contexto de la estructura y la cultura de la organización. Por lo tanto, la etiología del burnout estaría influida por los problemas derivados de la estructura, el clima y cultura organizacional. Para Winnubst (1993), la cultura de la organización está determinada por su estructura y, por lo tanto, los antecedentes del burnout variarán en función del tipo de cultura organizacional e institucionalización del apoyo social. Paralelamente, al estar estrechamente relacionado el apoyo social con la estructura organizacional, este es un factor fundamental que afecta la percepción del sujeto respecto la estructura organizacional y, por lo tanto, es una variable esencial sobre la cual intervenir para prevenir o disminuir los niveles de burnout. Este autor, al igual que Golembiewski et al. (1983) defiende que el burnout puede afectar a todo tipo de profesionales, y no sólo a aquellos que trabajan en áreas de salud o de servicios de ayuda.

1.3.7.4. Modelos etiológicos basados en la Teoría estructural

Estos modelos tienen en cuenta los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales para explicar la etiología del burnout de manera integral. Se caracterizan, porque se basan en los modelos transaccionales. Dichos modelos plantean que el estrés es consecuencia de una falta de equilibrio de la percepción entre las demandas y la capacidad de respuesta del sujeto.

1.3.7.4.1. Modelo de Gil-Monte y Peiró (1997)

Este modelo explica el burnout teniendo en cuenta variables de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento. Plantea que este síndrome es una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad del rol), y surge como producto de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante es inadecuada. Esta respuesta implica una variable mediadora entre el estrés percibido y

sus consecuencias, por ejemplo, la falta de salud, baja satisfacción laboral, pasividad, evitación, etc.

1.3.8. CONSECUENCIAS DEL BURNOUT.

La mayoría de las consecuencias del burnout son de carácter emocional. Esto se explica porque los estudios realizados se han basado en la definición operativa de Maslach (1976), en la que 12 de los 22 ítems de su escala apuntan al factor emocional, en general, los relacionados con la depresión, como sentimientos de fracaso, pérdida de autoestima, irritabilidad, disgusto, agresividad. Los síntomas cognitivos han sido menos estudiados, pero son de gran importancia pues en el comienzo del desarrollo del síndrome hay una incoherencia entre las expectativas laborales y lo real, lo que lleva a una frustración y depresión de índole cognitiva, que es una de las características del síndrome. También la segunda dimensión que atribuye Maslach y Leiter (1996) al burnout, el cinismo, tendría alguna relación con lo cognitivo, manifestado por la autocrítica radical, la desvalorización personal que puede conducir al *auto sabotaje*, la desconfianza y la desconsideración hacia el trabajo.

En cuanto al área conductual, que ha sido menos estudiada, la consecuencia más importante es la despersonalización. Las consecuencias del síndrome en este aspecto se pueden sintetizar en:

- 1) la pérdida de acción proactiva, y
- 2) las soluciones que llevan al consumo aumentado de estimulantes, abusos de sustancias y, en general, hábitos dañinos para la salud.

La persona llega a manifestar desordenes fisiológicos con síntomas como cefaleas, dolores musculares (sobre todo dorsal), dolores de muelas, náuseas, pitidos aurales, hipertensión, úlceras, pérdida de la voz, pérdida de apetito, disfunciones sexuales y problemas de sueño. En general pueden aparecer y/o aumentar los trastornos psicossomáticos y la fatiga crónica.

En otro orden, las consecuencias sociales se relacionan con la organización del trabajo que desarrolla el sujeto, siendo la más importante su reacción tendente al aislamiento y su desprecio de cualquier forma de interacción social. También se ha observado que las personas con altos niveles de burnout tienen menos satisfacción con la pareja y las conductas

en el hogar son de irritación, disgusto y tensión. Esta situación incide especialmente en el deterioro de las interacciones personales.

1.3.9. RESILIENCIA.

El término resiliencia tiene su origen en el idioma latín, en el vocablo *resilio*, que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar.

La incorporación de este concepto a las ciencias sociales y de la salud es relativamente reciente. Inicialmente, la resiliencia fue definida como la habilidad para desarrollar una adaptación exitosa en un individuo expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes.

En la literatura contemporánea (D'Alessio, 2011), se denomina resiliencia a la habilidad individual para prosperar ante el desafío de una experiencia estresante y/o traumática. La resiliencia se considera un proceso dinámico de desarrollo que permite una adaptación positiva para lograr un funcionamiento competente frente a un trauma y/o estrés severo y prolongado (Zieher, 2007).

El cerebro es el órgano ejecutor central del sistema biológico responsable de la resiliencia y el encargado de regular los mecanismos neurobiológicos, cognitivos y psicológicos del individuo vinculados con la respuesta al estrés y la resiliencia, el cerebro deberá ser considerado como un sistema altamente dinámico que tiene la capacidad de modificar permanentemente su estructura y función según las necesidades percibidas.

Esta propiedad del cerebro y del SNC (Sistema Nervioso Central) en general, que ha sido estudiada en profundidad durante los últimos quince años, se conoce como plasticidad o neuroplasticidad. Los cambios plásticos incluyen mecanismos estructurales (sinaptogénesis, arborización dendrítica y neurogénesis) y neuroquímicos (mediadores celulares de las respuestas fisiológicas). Para ello, un importante número de neurotransmisores, neuropéptidos, citoquinas y hormonas se pone en juego con el propósito de mediar las respuestas biológicas inducidas por el estrés. La evidencia empírica sugiere que los determinantes de la resiliencia son complejos e incluyen factores sociales, psicológicos y biológicos (genéticos y epigenéticos). En los individuos resilientes, las variables constitucionales, biológicas y genéticas interactúan con las variables ambientales y las conductas aprendidas para resolver determinadas situaciones adversas,

evitando o previniendo un trastorno psiquiátrico (Cicchetti y Blender, 2007).

Podemos entonces considerar a la resiliencia como una función o propiedad compleja de los sistemas biológicos, que opera en los diferentes niveles o sistemas de organización de los seres vivos (desde el nivel molecular y celular hasta el nivel social y de adaptación ambiental). La resiliencia permite al organismo adaptarse a las situaciones y a los cambios permanentes; por un lado, mantiene la homeostasis de las funciones biológicas principales, y por el otro, hace posible que el sistema regrese a un estado previo de funcionamiento fisiológico y adaptativo, cuando un factor estresante provoca daño o alteración (Charney, 2004).

El cerebro es el órgano central en la elaboración y la ejecución de la respuesta al estrés, y por lo tanto, el responsable de la puesta en marcha y del control regulatorio de los mecanismos de resiliencia. Dichos mecanismos se disparan en respuesta a los cambios inducidos por el estrés.

El cerebro permite al organismo percibir un conjunto de estímulos intero y exteroceptivos y responder a posteriori a los distintos tipos de estímulos estresantes (ambientales y biológicos), determinando tanto respuestas fisiológicas como conductas complejas propias del ser humano.

Todas estas respuestas comandadas por el cerebro (alostasis) tienen la función adaptativa de mantener el equilibrio dinámico. Sin embargo, ante la exposición crónica y frecuente a diferentes estresores, es decir, ante situaciones de sobrecarga alostática, en individuos susceptibles se produciría una disregulación de las respuestas centrales, favoreciendo una hiperactivación de los mediadores del estrés, con repercusiones neurobiológicas, neuroplásticas, cognitivas y conductuales (Charney, 2004).

El hipocampo es una estructura altamente sensible a la acción deletérea de diferentes noxas (vasculares, traumáticas, degenerativa, etc.) y también a las consecuencias nocivas del estrés prolongado. Su elevada susceptibilidad está en relación directa con su alta capacidad plástica; *el hipocampo es el tejido cerebral que ha demostrado poseer mayor plasticidad*. Los fenómenos plásticos incluyen la potenciación a largo plazo, la remodelación dendrítica, el recambio sináptico y la neurogénesis (McEwen, 2001).

El estrés induce alteraciones en la plasticidad del hipocampo, disminuye la neurogénesis y, como se ha comprobado experimentalmente, la exposición prolongada a mediadores del estrés (glucocorticoides) reduce el número de células proliferativas en el giro dentado del hipocampo.

Los cambios plásticos estructurales y funcionales propios del cerebro sano permiten la adaptación frente al estrés, posibilitando la recuperación de las funciones afectadas, lo que implica resiliencia (plasticidad adaptativa).

La recuperación de la neurogénesis en el giro dentado junto con la remodelación dendrítica hipocampal constituyen los principales cambios estructurales que han sido vinculados a funciones de resiliencia, estos cambios estructurales se ven alterados durante el estrés prolongado, lo que afectaría negativamente la resiliencia neuronal.

Un número considerable de distintos neurotransmisores, hormonas y neuropéptidos han sido reconocidos por formar parte de la respuesta neuroquímica al estrés extremo. Mientras que algunos de estos mediadores están involucrados en funciones de plasticidad adaptativa y por lo tanto están relacionados con la resiliencia, otros podrían aumentar el riesgo de daño (Cicchetti y Blender, 2007).



La más larga caminata
comienza con un paso

Proverbio hindú

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS.

2.1. OBJETIVO GENERAL.

Conocer la prevalencia del síndrome de burnout (SBO) y de sus tres subescalas o dimensiones: agotamiento emocional (A.E.), despersonalización (D.P.) y realización personal (R.P.) en personal sanitario y no sanitario con relación directa con pacientes en el Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE), así como identificar las características socio demográficas y laborales que se asocian con dicho síndrome.

2.2. OBJETIVO SECUNDARIO.

Conocer los hábitos nocivos para la salud (consumo, sin prescripción facultativa, de fármacos inductores del sueño, alcoholismo, tabaquismo) en personal trabajador del CAULE relacionados con la realización de turnos de trabajo de atención continuada.



La sabiduría se preocupa de ser lenta en sus discursos y diligente en sus acciones.

Confucio

MATERIAL Y MÉTODOS

3. MATERIAL Y MÉTODOS.

3.1. CONTEXTO.

El Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE) es un hospital perteneciente a Sanidad Castilla y León (SACYL) y englobado dentro del grupo de hospitales con categoría B que cuenta con una dotación de 800 camas que ha surgido como consecuencia de la fusión en el año 1991 del antiguo hospital Virgen Blanca, perteneciente al extinto Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) y los Hospitales Princesa Sofía y San Antonio Abad pertenecientes a la Diputación Provincia de León.

3.2. TIPO DE ESTUDIO

Transversal, de prevalencia y asociación cruzada entre variables

3.3. MARCO DE MUESTREO.

En el año 2009 el CAULE contaba con una plantilla de 3641 trabajadores según información facilitada por el departamento de retribuciones. En esta relación se incluyen todas las categorías profesionales, incluidos órganos directivos. Sin embargo, y debido a que el estudio se centra en la determinación del síndrome de burnout y para ello es condición indispensable que los trabajadores mantuvieran un contacto directo con los pacientes, del presente estudio se excluyeron aquellos profesionales que no cumplían esta premisa.

Así se determinó que la población a estudio estaba compuesta por los profesionales del CAULE distribuidos en las categorías siguientes:

•Facultativos especialistas de área (FEA o médicos)	561
•Médicos residentes	134
•Enfermeras	1126
•Técnicos especialistas (Técnicos)	90

• Auxiliares de enfermería (TCAE)	796
• Celadores	330
• Administrativos	325
• Personal de mantenimiento (Mantenimiento)	82
• Personal de servicios	176
• Directivos	21

3.4. TEMPORALIZACIÓN DEL ESTUDIO.

Para la realización del presente estudio al ser de carácter transversal y de prevalencia se estableció el día 1 de marzo de 2009 como fecha de comienzo, siendo esta la fecha de entrega de los cuestionarios al personal seleccionado, y el 30 de abril de 2009 como fecha límite para la recogida de los mismos. A partir de ese momento se iniciaría el periodo de análisis.

3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

Teniendo en cuenta que como condición indispensable se estableció que los trabajadores tuvieran contacto directo con los pacientes se han contemplado como criterios de inclusión los siguientes:

Formar parte de la plantilla de trabajadores del CAULE.

Estar incluido en nómina del CAULE tanto el 1 de marzo como el 30 de abril de 2009.

Y como criterio de exclusión no estar en contacto directo con los pacientes independientemente de la categoría profesional que tuviera.

3.6. DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO MUESTRAL

La determinación del tamaño muestral, se realizó en función de la población global (3641 trabajadores) mediante muestreo estratificado, considerando como estratos las categorías profesionales. La distribución de muestra en cada estrato se realizó en función del porcentaje de la población global para cada categoría profesional. En las de menor tamaño (porcentaje poblacional inferior al 2,5%), técnicos especialistas, personal de mantenimiento y directivos, se consideró un tamaño de 15 individuos.

La precisión del estudio en nuestro caso es de 0,075 con una confianza del 5%. La asignación aleatoria en la que se asignó los individuos que debían formar parte de cada estrato se efectuó con el paquete estadístico SPSS, procediéndose a continuación a la correlación de los números aleatorios obtenidos con el listado alfabético del primer apellido de los trabajadores de cada categoría profesional.

Así queda determinado el tamaño muestral de 543 trabajadores distribuidos de la siguiente manera por categoría profesional:

- Facultativos especialistas de área (FEA o médicos) 78
- Médicos residentes 19
- Enfermeras 155
- Técnicos especialistas (Técnicos) 15
- Auxiliares de enfermería (TCAE) 110
- Celadores 46
- Administrativos 45
- Personal de mantenimiento (Mantenimiento) 15
- Personal de servicios 25
- Directivos 15

3.7. INSTRUMENTOS DE MEDIDA.

Para el presente estudio, previa solicitud a la Gerencia del centro del correspondiente consentimiento para la realización del mismo (Anexo I y II), se diseñó un cuestionario específico (Anexo IV) que fue remitido a 543 trabajadores. El cuestionario estaba formado por:

- Datos personales del encuestado en el que se preguntaba por sexo, estado civil, categoría profesional, antigüedad en la profesión, antigüedad en el puesto de trabajo actual. No se incluía ni el nombre ni el servicio a fin de mantener en todo momento el anonimato del encuestado.
- El cuestionario de salud general de Goldberg.
- El test de CAGE camuflado.
- El Maslach Burnout Inventory o Test de Maslach.
- Un cuestionario had-hoc destinado a investigar hábitos nocivos del encuestado (consumo de fármacos inductores del sueño, tabaquismo, etc.) relacionado con la alteración de los ritmos circadianos producidos como consecuencia de la realización de turnos laborales.

Con el fin de comprobar que el tiempo empleado en contestar todo el cuestionario no superaba los 20 minutos tal como se especificaba en la carta de presentación (anexo III) se distribuyó este cuestionario entre 15 alumnas de enfermería que realizaban prácticas en esa fecha en el quirófano del CAULE. Pudimos comprobar que el tiempo medio empleado en contestar fue 15 minutos, oscilando entre los 13 y los 18 minutos.

Con el fin de reducir al máximo las no respuestas, adjunto al cuestionario, en la carta de presentación (Anexo III) se hacía una manifestación de intenciones en la que se enmascaraba el objetivo principal a estudio que no es otro que la determinación del grado de burnout de los trabajadores del centro y su comparación con el estudio anterior llevado a cabo en el mismo centro por Ramos et al. en el año 1998. Así al personal encuestado se le informaba en la citada carta de presentación que, como

consecuencia de la globalización poblacional en tiempos de crisis económica se pretendía hacer un estudio de la adecuación de la transculturalidad de la atención sanitaria.

Se advertía que en todo momento el estudio era anónimo y que se garantizaba la confidencialidad tanto de las respuestas como de los datos obtenidos.

La entrega del cuestionario se hizo de manera personalizada en sobre cerrado, en el que iba incluido el cuestionario, la carta de presentación y las instrucciones para la realización y depósito del mismo. En el sobre de entrega era el único lugar donde figuraba el nombre del encuestado, quedándose este en propiedad de cada trabajador seleccionado.

Para garantizar esa confidencialidad se diseñó una estrategia basada en una serie de acciones que consistían en lo siguiente:

- El nombre del encuestado, DNI o número de afiliación de la seguridad social no figurarían como variables del cuestionario.
- El nombre del encuestado, DNI o número de afiliación de la seguridad social no podían ser anotados en el cuestionario ni en el momento de la entrega ni con posterioridad. Para la recepción se habilitaron contenedores de cartón donde podían ser depositados de forma anónima.
- Como único distintivo identificativo de cada cuestionario, a fin de tener registro de los entregados en relación con los recibidos, cada cuestionario tenía asignado un número de control.
- En los listados donde figuraba el nombre del encuestado asociado al número aleatorio por el paquete estadístico solo se podía hacer constar si había entregado o no el cuestionario, sin que se pudiesen correlacionar sus datos con las variables del estudio.

A continuación pasaremos a desarrollar en más profundidad los test y cuestionario utilizados en el instrumento de medida.

3.7.1. CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG (GHQ)

El intento de los médicos y profesionales de la salud en general de evaluar objetivamente los niveles de salud, fue lo que motivó a David Goldberg a elaborar un cuestionario de auto percepción de salud general (o cuestionario de salud auto percibida), así como posteriormente, a decenas de autores a modificarlo, adaptarlo y perfeccionarlo.

El General Health Questionnaire (GHQ) o Cuestionario de salud general de Goldberg es un cuestionario elaborado por este autor, en el Hospital Universitario de Manchester, Inglaterra, en la década del 70, (Goldberg, 1978) con el fin de evaluar el grado de salud general, o con la intención de crear un instrumento de *screening* de los problemas afectivos (Casey, 1990) centrándose para ello en la detección del malestar psicológico más que en la identificación de categorías psicopatológicas más concretas. Este cuestionario fue elaborado por Goldberg con la intención de identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, por lo cual se considera que, en realidad, lo que mide es salud mental y no el estado de salud general que tendría que incluir la autopercepción de sintomatología física.

El cuestionario inicial consistía en 60 preguntas. Posteriormente se han elaborado versiones más cortas de 30, 28 y 12 ítems respectivamente que han mostrado igual utilidad según diferentes estudios de validación efectuados (Goldberg y Hiller, 1979; Jacobsen et al., 1995).

Esta técnica fue concebida como un cuestionario auto administrado dirigido a la situación actual del examinado. El origen de los ítems de esta escala se fundamenta en estudios previos sobre enfermedades mentales y la experiencia clínica del grupo de trabajo de Goldberg. Recorre cuatro áreas psiquiátricas fundamentales: depresión, ansiedad, inadecuación social e hipocondría. Algunos de los ítems fueron tomados de la Escala de ansiedad manifiesta de Taylor, del Inventario de personalidad de Eysenc y del Inventario multifacético de personalidad de Minnesota. El resultado ha sido un test con unas adecuadas propiedades psicométricas, con una buena sensibilidad y especificidad, fácil de administrar y que no requiere formación cualificada para su realización. Propiedades todas ellas

deseables para un procedimiento de screening o cribado. Por ello se ha convertido en un instrumento usual en los estudios epidemiológicos.

Como muestra de su popularidad baste decir que hasta el año 1988 había sido traducida a más de 38 idiomas (Goldberg y Williams, 1988).

Para la calificación del GHQ existe un método, que es el método original de Goldberg y consiste en asignar a cada una de las cuatro posibles respuestas a cada pregunta un 0 a las 2 primeras respuestas de cada enunciado y un 1 a las 2 últimas. De esta manera el autor obtenía un puntaje total, que era indicativo de disturbios mentales más severos, mientras mayor fuese su valor. En esta forma de calificación se establece un punto de corte o *cut-off-score* por encima del cual se consideran *casos*, o personas con disturbios psiquiátricos, y por debajo del cual se consideran *no casos*, o personas sanas. Así vemos con frecuencia en la literatura que los autores establecen los puntos de corte de sus muestras de estudio, al contrastar los resultados del GHQ con los obtenidos en otras pruebas, generalmente escalas de depresión, de ansiedad o ambas. En nuestro estudio el punto de corte se estableció en 7 puntos en base a lo que señalan la mayoría de estudios de este tipo.

Este cuestionario ha sido considerado por algunos autores como instrumento para evaluar bienestar psicológico, pero es preferible retomar la intención original del autor al llamarlo Cuestionario de salud general o de salud mental, como ha sido universalmente aceptado. En realidad el bienestar psicológico es un determinante de la salud y a la vez un componente de ella (por eso aceptamos su inclusión en un cuestionario de salud general), pero no son categorías sinónimas. En la literatura revisada hemos encontrado autores que emplean el GHQ como indicador de otras categorías tales como *dimensión psicológica de la calidad de vida en el ámbito de salud* (Naughton y Wiklund, 1993). Pudiéramos decir que coinciden con Goldberg al considerarlo como la expresión mental de la salud, o Cuestionario de salud mental.

En general, este cuestionario ha sido recomendado tanto en la investigación epidemiológica como en el trabajo clínico, siempre que se pretenda evaluar un estado general de salud mental o bienestar. La mayoría de los autores reconocen que la mejor utilización del GHQ es precisamente en estudios epidemiológicos, poblacionales en los que se requiera una evaluación de la salud mental desde la perspectiva de la medicina a nivel

primario, preventivo (Beusing y Verhaak, 1994; Ezoë y Morimoto, 1994). Siguiendo a Garmendia (2007) podemos decir que existe una abundante literatura acerca de la aplicación del GHQ en estudios epidemiológicos, de screening, con la intención de evaluar salud mental a nivel de población general, así como en ciertos grupos específicos de población tales como los jóvenes estudiantes, los ancianos, las mujeres embarazadas y puérperas, y los familiares y cuidadores de enfermos crónicos. También ha sido empleado para evaluar la asociación de la salud mental con algunos elementos psicosociales tales como los problemas psicosociales en la mujer y la familia, la migración, el apoyo social, el status socioeconómico, las condiciones sociopolíticas adversas, y las situaciones sociales y ambientales especiales. Muy interesante ha sido la aplicación el GHQ en los estudios acerca del desempleo y otras situaciones del ámbito laboral en su repercusión sobre la salud y el bienestar humanos. También ha sido aplicado para estudiar la repercusión sobre la salud mental y el bienestar, de situaciones estresantes de diversa índole, tales como accidentes, desastres naturales, estrés postraumático vinculado a situaciones de guerra y otras situaciones de estrés relacionadas con la vida militar. Algunos autores lo han utilizado en grupos de pacientes, tales como pacientes cardiovasculares, endocrinos, cancerosos, neurológicos, reumatológicos, asmáticos; así como también en pacientes quirúrgicos, gineco-obstétricos, pacientes con fatiga crónica, con trastornos alimentarios, en alcohólicos y en otras toxicomanías, y también para evaluar la prevalencia de disturbios psicológicos en población hospitalaria.

El análisis de los ítems de esta escala nos indica que ella se refiere a indicadores de salud mental auto percibida y, en este sentido, ofrece también una evaluación de este aspecto del bienestar psicológico, aunque no contempla otros como son la evaluación cognitiva sobre la propia vida que incluye la satisfacción con el logro de metas; ni los aspectos de la esfera emocional, evaluando la presencia de aspectos positivos y negativos y su relativo predominio, que es, a nuestro juicio, lo que determina la presencia de un determinado nivel de bienestar. Por esta razón no la consideramos una escala de bienestar psicológico, sino sólo de un componente de éste.

En nuestro estudio nos hemos centrado exclusivamente en la valoración de la subescala ansiedad-insomnio ya que son dos signos que pueden tener una relación directa con el estrés laboral en el personal

sanitario, que corresponde a las preguntas desde la B1 a B7 del cuestionario general específico.

3.7.2. TEST DE CAGE CAMUFLADO.

Desde hace tiempo se ha demostrado que los cuestionarios de screening son mejores que los test de laboratorio para detectar problemas con el alcohol en poblaciones no seleccionadas. El cuestionario CAGE fue originalmente desarrollado por Ewing y Rouse en 1968 para detectar bebedores habituales (Edwing, 1984). En 1974, Mayfield publicó el primer estudio de validación y posteriormente su fiabilidad y validez ha sido bien documentada en diferentes medios (hospital, otras áreas clínicas...) y poblaciones (Malet et al., 2005; Aalto et al., 2006; Dervaux et al., 2006). Representa, por tanto, un método eficaz de screening en el abuso de alcohol.

El cuestionario CAGE original consta de cuatro preguntas y su nombre procede de las iniciales de las palabras que en inglés representan más impacto en cada una de las siguientes preguntas.

C: *¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos? Have you felt the need to Cut down drinking?.* Busca intentar reducir el consumo de alcohol y revela los problemas individuales que surgen del abuso.

A: *¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber? Have you ever felt Annoyed by criticism of drinking?* Encubre las consecuencias sociales negativas del consumo abusivo de alcohol y es el menos sensible y específico de los ítems.

G: *¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber? Have you had Guilty feelings about drinking?* Los sentimientos de culpa pertenecen a la dimensión psicopatológica del consumo excesivo de alcohol y son realmente frecuentes en estos trastornos.

E: *¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior? Do you ever take a morning Eye opener (a drink first thing in the morning to steady your nerves or get rid of a hangover)?* Es casi patognomónico de dependencia (especificidad alrededor del 100% y alto valor parcial

predictivo (VPP), en torno a 84% en algunos estudios). No tiene prácticamente falsos positivos.

Las tres primeras preguntas del cuestionario CAGE son consistentes y complementarias con los criterios de abuso y dependencia (Malet et al., 2005). Los datos de algún estudio sugieren que estos tres ítems tienen las mismas propiedades que todo el cuestionario, a pesar del punto de corte considerado.

Según el número de respuestas afirmativas, en general se considera que cuanto mayor es, mayor será también la dependencia. De este modo:

- **0-1** Bebedor social.
- **2** Consumo de riesgo. Sensibilidad >85% y especificidad alrededor del 90% para el diagnóstico de abuso/dependencia.
- **3** Consumo perjudicial.
- **4** Dependencia alcohólica.

El valor predictivo depende de la prevalencia de alcoholismo en la población en la que se aplica. Por eso el cuestionario es especialmente útil en las situaciones en las que la probabilidad de abuso es alta, como servicios de urgencias, clínicas de enfermedades de transmisión sexual y centros de salud para estudiantes. Una respuesta positiva para al menos dos preguntas se ve en la mayoría de los pacientes con alcoholismo, mientras que en las cuatro cuestiones se ve en aproximadamente el 50%. En comparación, alrededor del 80% de los sujetos no alcohólicos tiene una respuesta negativa a las cuatro preguntas y ninguno responde de forma afirmativa a más de dos cuestiones.

Como inconveniente principal señalar que es relativamente insensible para detectar consumos de alto riesgo en poblaciones como las mujeres, con más susceptibilidad para el daño hepático pero que no han desarrollado los estigmas sociales ni psicológicos que incluye el CAGE. Tampoco distingue entre consumo actual y pasado.

Por su parte el cuestionario que hemos utilizado *CAGE camuflado* está formado por un total de once preguntas de respuestas sí o no, entre las que se incluyen tres de las preguntas del CAGE original (las números 3,6 y

10) y otra serie de ellas destinadas a *camuflar* la verdadera intención del cuestionario que no es otra que determinar el grado de dependencia alcohólica en los individuos estudiados. Estas preguntas están incluidas a continuación del Cuestionario general de salud de Goldberg mencionado anteriormente.

3.7.3. MASLACH BURNOUT INVENTORY O TEST DE MASLACH.

La medida del síndrome de burnout más conocida y usual es el Maslach Burnout Inventory (MBI) creado por Maslach y Jackson en 1981. Este cuestionario mide la intensidad y la frecuencia del burnout. Diversos autores reconocen que es el instrumento que más ha aportado a la conceptualización del síndrome (Cordes y Dougherty, 1993; Gil-Monte y Peiró, 1999; Schaufeli et al., 1999; Maslach y Leiter, 2001; Halbesleben y Buckley, 2004) y ha sido aceptado como un estándar para medir el burnout.

Consta de 22 ítems divididos en tres subescalas que se ocupan de cada uno de los tres síntomas señalados por las autoras en su definición. La investigación empírica del MBI ha permitido llegar a una conceptualización inductiva que ha sido un aporte relevante para conocer mejor el burnout e identificar los elementos comunes que componen el síndrome (Arthur, 1990; Halbesleben y Buckley, 2004).

El Maslach Burnout Inventory (MBI) es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de preguntas sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo.

Es el instrumento que ha generado un mayor volumen de estudios e investigaciones, formado por 22 ítems cuyas respuestas se valoran con una escala tipo Likert. El sujeto valora, mediante un rango de 6 adjetivos que van de *nunca* a *diariamente*, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems.

La factorización de los 22 ítems se agrupa en la mayoría de los trabajos en 3 factores denominados agotamiento emocional (A.E.), despersonalización (D.P.) y realización personal en el trabajo (R.P.).

Estos factores han sido obtenidos con muestras de diferentes colectivos profesionales y constituyen las tres subescalas del MBI.

La subescala de agotamiento emocional (emotional exhaustion) (A.E.) está formada por 9 ítems que refieren la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo; la subescala de despersonalización (despersonalization) (D.P.) está formada por 5 ítems que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención; y la subescala de realización personal en el trabajo (personal accomplishment) (R.P.) está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo. Tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional.

Mientras que en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado, en la subescala de realización personal en el trabajo bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse. En cuanto al resultado, tanto el constructo de quemarse como cada una de sus dimensiones son consideradas como variables continuas, y las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala.

Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría *alto*, entre el percentil 75 y el 25 en la categoría *medio* y por debajo del percentil 25 en la categoría *bajo*.

Subescala de agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. La conforman los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La puntuación máxima es de 54 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

Subescala de despersonalización. Está formada por 5 ítems, que son los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. La puntuación máxima es de 30 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la despersonalización y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

Subescala de realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. La realización personal está conformada por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. La puntuación máxima es de 48 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la realización personal, porque en este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de burnout. Es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de burnout como una variable continua con diferentes grados de intensidad. Se considera que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33, medias entre 34 y 66 y altas entre 67 y 99. Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de burnout, puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización y baja en realización personal definen el síndrome.

Aunque también el punto de corte puede establecerse según los siguientes criterios: en la subescala de agotamiento emocional (A.E.) puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de burnout, el intervalo entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de burnout bajos o muy bajo. En la subescala de despersonalización (D.P.) puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, de 6 a 9 medio y menor de 6 bajo grado de despersonalización. Y en la subescala de realización personal (R.P.) puntuaciones de 0 a 30 puntos indicaría baja realización personal, de 34 a 39 intermedia y superior a 40 sensaciones de logro.

La conceptualización del burnout propuesta por el MBI es un constructo multidimensional, que se refiere a dimensiones variadas, pero relacionadas en un sólo constructo teórico (Buzzetti, 2005). Maslach y Peiter (2001) argumentan que esto provee una representación holística de un fenómeno complejo, sin embargo muchas investigaciones concluyen que es necesario proveer argumentos teóricos para saber por qué los tres factores están relacionados (Buzzetti, 2005) y qué ítems componen dichos factores (Gil-Monte y Peiró, 1999).

Sin embargo, la estructura trifactorial propuesta por los autores del MBI no ha estado exenta de problemas psicométricos lo que ha impedido su consolidación, mostrando varias debilidades. Entre ellas se pueden

observar problemas de consistencia interna, por entregar valores relativamente bajos, en especial para la escala de despersonalización (Gil-Monte y Peiró, 1999). Así mismo, hay diversos ítems que presentan problemas y se observan diversas recomendaciones para eliminar algunos, siendo los más frecuentes los ítems 12 y 16 (Byrne, 1993; Gil-Monte y Peiró, 1999; Densten, 2001; Barría, 2002;).

Es así como aun cuando el MBI es un instrumento que se utiliza con mayor frecuencia para medir el burnout, siendo un estándar para el tema (Schaufeli et al., 1999), no ha podido ser consolidada su validez y confiabilidad para distintos contextos y grupos de profesionales (Barnett et al., 1999; Gil-Monte y Peiró, 1999; Grajales, 2000; Bakker et al., 2002; Halbesleben y Buckley, 2004). Esto es especialmente complejo, dado que se ha observado que se ha tendido a aplicar el instrumento sin tomar en cuenta que no hay coincidencia sobre qué factores son los que realmente mide el MBI (Buzzetti, 2005). Esto puede deberse a que sus componentes son inestables en cuanto a la estructura factorial (variando la estructura trifactorial propuesta por los autores), a ítems que tienen una pertenencia factorial ambigua y hay problemas relacionados con la construcción de la escala (Buzzetti, 2005).

Aun así el MBI cuenta con un adecuado nivel de consistencia interna, que va de 0,75 a 0,90 en muchas de las investigaciones realizadas (Jackson et al., 1986).

3.7.4. CUESTIONARIO HAD-HOC.

Este cuestionario formado por 13 preguntas fue confeccionado *ex profeso* por el investigador para este estudio y con él se pretendía determinar en qué grado el personal trabajador del CAULE manifestaba tener hábitos nocivos como el consumo, sin prescripción facultativa, de fármacos inductores del sueño o el tabaquismo a consecuencia de la desestabilización de los ritmos circadianos por la realización de turnos de trabajo o guardias. Incluía las siguientes preguntas:

- ¿A qué recurre cuando le cuesta dormir?.
- ¿Con qué frecuencia acude a su médico para que le recete “algo para dormir”?.
- ¿Desde hace cuánto toma medicación para dormir?.

- ¿Siente qué los turnos no le permiten conciliar su vida laboral y su vida familiar?.
- ¿Siente qué los turnos alteran su vida cotidiana?.
- ¿Siente qué los turnos de trabajo hacen que sus relaciones personales se limiten a sus compañeros de trabajo?.
- ¿Cree qué los turnos aumentan su consumo de tabaco?.

Hemos considerado para su evaluación cuatro grados de afectación: 0 nula afectación, 1 afectación leve, 2 afectación moderada y 3 mucha afectación.

3.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Inicialmente se ha realizado un depurado y corrección de posibles datos erróneos, sometiendo posteriormente las variables a las distintas pruebas estadísticas, según los diferentes tipos de medida requeridos.

Se puede destacar:

- Estudio descriptivo: Tablas de frecuencia.
- Variables cualitativas: se realizan pruebas de independencia y de comparación de proporciones (prueba chi-cuadrado de Pearson).
- Variables cuantitativas: pruebas de normalidad (Kolgomorov-Smirnoff y Shapiro-Wilk), prueba de Mann-Whitney en el caso de dos muestras y la pruebas de Kruskal-Wallis para más de dos muestras.
- Análisis de fiabilidad: prueba del coeficiente alfa de Cronbach.

En todos los casos hemos asumido la existencia de diferencias cuando la significación ha sido inferior al 5% ($p < 0,05$).



Aquel que duda y no investiga,
se torna no solo infeliz,
sino también injusto
Blas Pascal

RESULTADOS

4. RESULTADOS.

Comenzaremos la exposición de los resultados comentando la distribución de los cuestionarios recibidos en relación a los enviados y que han sido analizados en este estudio.

Se remitieron 543 cuestionarios de los que fueron devueltos debidamente completados 225 distribuyéndose como sigue según las distintas categorías (Tabla 1).

CATEGORÍA PROFESIONAL	ENVIADOS	RECIBIDOS
Médicos	78	29
Enfermeras	155	84
Técnicos	15	2
TCAE	110	71
Celadores	46	26
Administrativos	45	4
Mantenimiento	15	9
Personal de servicios	25	0
Directivos	15	0

Tabla 1. Distribución de los cuestionarios (enviados, recibidos) por categoría profesional

Los porcentajes de cuestionarios recibidos según categorías profesionales en relación con los cuestionarios enviados fueron:

- Médicos38,46%
- Enfermeras54,84
- Técnicos13,33%
- TCAE50%
- Celadores.....58,70%
- Administrativos11,11%
- Mantenimiento66,66%
- Personal de servicios0%
- Directivos0%

Destacan dos aspectos, que dentro del personal sanitario el mayor porcentaje de cuestionarios recibidos sean del personal de enfermería (TCAE y enfermeras) y sobre todo, que el mayor porcentaje de respuestas pertenecía al personal no sanitario (celadores y mantenimiento). Un aspecto a tener en cuenta es la nula participación obtenida del personal directivo.

4.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, LABORALES DE SALUD Y ESTRÉS PERCIBIDOS.

4.1.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

4.1.1.1. Sexo.

En relación a la variable sexo el total de las encuestas recibidas tenían cumplimentado esta pregunta, siendo 172 (76,44%) mujeres, mientras que 53 (23,56%) eran hombres (Figura 1).



Figura 1. Distribución de la muestra por sexo en %

En la tabla 2 se refleja la distribución de esta variable por categoría profesional.

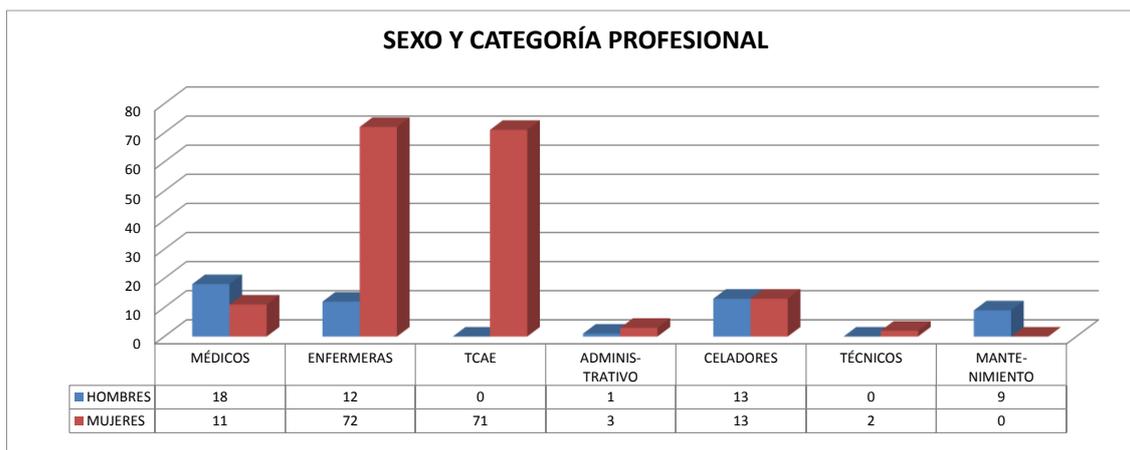


Tabla 2. Distribución de la muestra por sexo y categoría profesional.

Se puede apreciar el alto predominio femenino en el cómputo general de todos los encuestados, siendo en nuestro estudio el porcentaje de mujeres mayor que en el realizado en el año 1998 en el mismo centro de trabajo (CAULE) (Ramos et al., 1998). Es un dato a tener en cuenta, ya que si bien en cuanto a la distribución por categoría profesional y sexo dentro de los profesionales de enfermería el porcentaje femenino es claramente superior al masculino como demuestran muchos de los estudios realizados (Atance, 1997; Albadalejo et al., 2004), el número de mujeres en el personal no sanitario (celadores, administrativos) es cada vez mayor en categorías de tendencia claramente masculina comparándolo con los datos del año 1998 en este mismo centro (Ramos et al., 1998). En nuestro trabajo se aprecia también un aumento del número de cuestionarios recibidos, contestados por mujeres, dentro de la categoría profesional de médico y celador, profesiones de tradición masculina, en comparación con el estudio del año 1998 mencionado anteriormente.

4.1.1.2. Estado civil

La variable estado civil ha sido cumplimentada por el 99,55% de los encuestados, siendo su distribución el 27,11% (61) solteros/as; 64,44% (145) casadas/os; 4,89% (11) separados o divorciados/as; 3,11% (7) viudos/as y el 0,44% (1) que no han contestado a este parámetro (Figura 2).

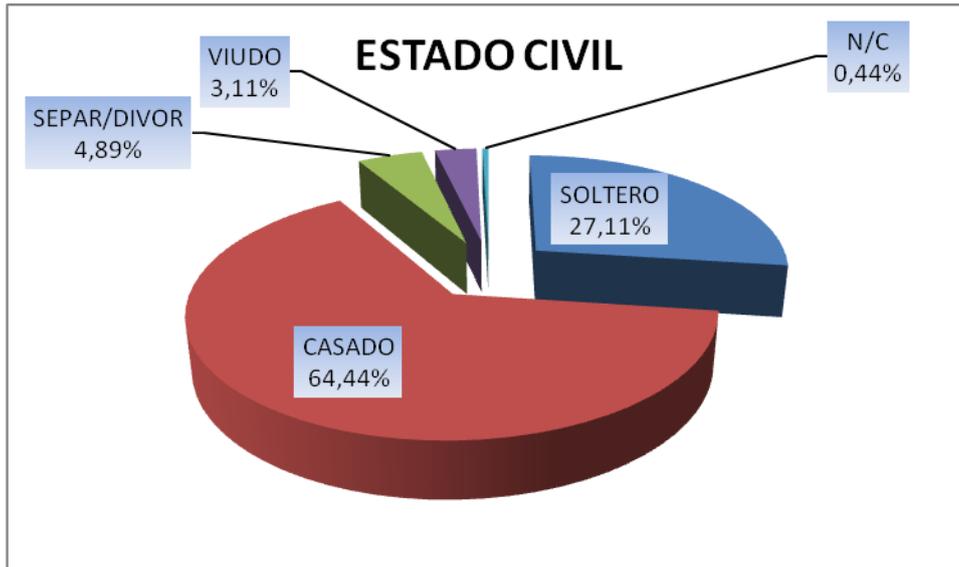


Figura 2. Distribución de la muestra por estado civil en %.

En cuanto a la distribución de la muestra por estado civil en cada categoría profesional tenemos:

Dentro de los médicos el 7,9% estaban casados, el 20,6% estaban solteros y el 3,4% no contestó a este parámetro. En la tabla 3 se recogen los datos de distribución de esta muestra.

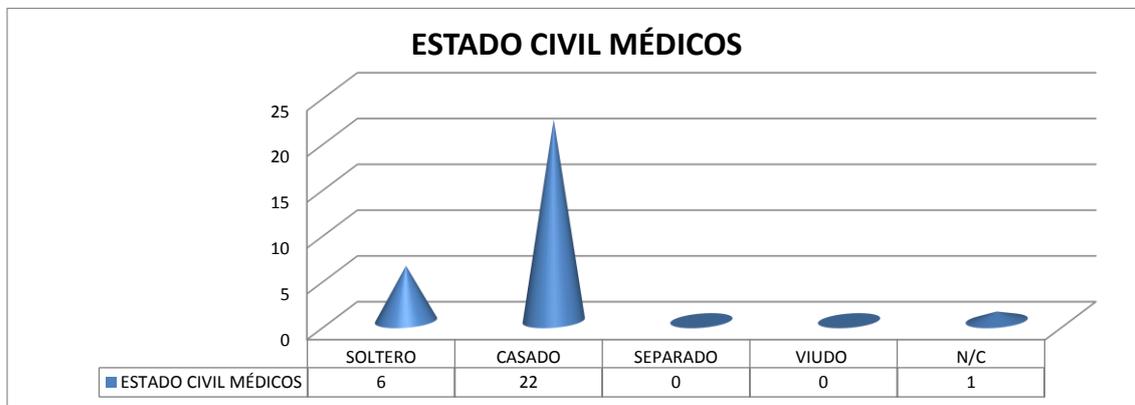


Tabla 3. Distribución de la muestra por estado civil en la categoría profesional médicos.

Dentro del colectivo de enfermeras el 32,14% (27) estaban solteras, el 63,1% (53) estaban casadas; el 3,5% (3) estaban separadas y el 1,1% (1) estaban viudas (Tabla 4) .

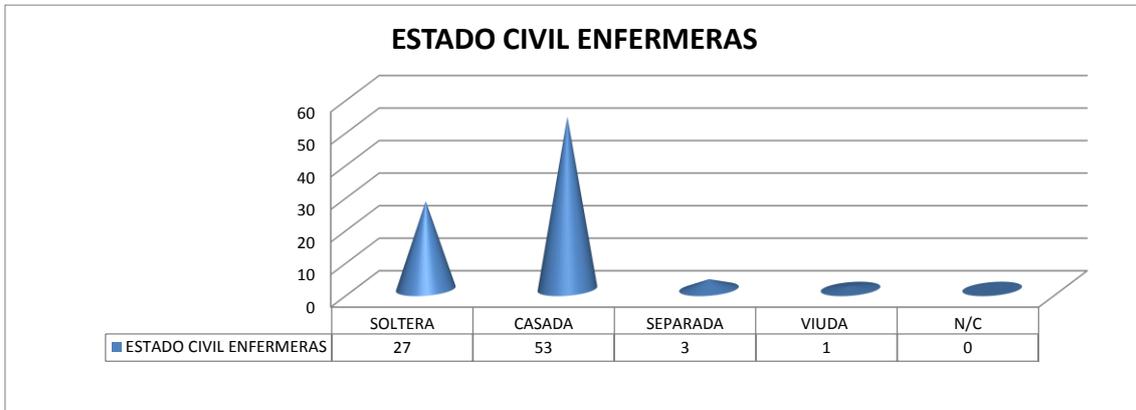


Tabla 4. Distribución de la muestra por estado civil en la categoría profesional enfermeras .

En cuanto a las TCAE el 25,35% (18) estaban solteras; el 59,15% (42) estaban casadas; el 8,4% (6) estaban separadas y el 7% (5) estaban viudas (Tabla 5) .

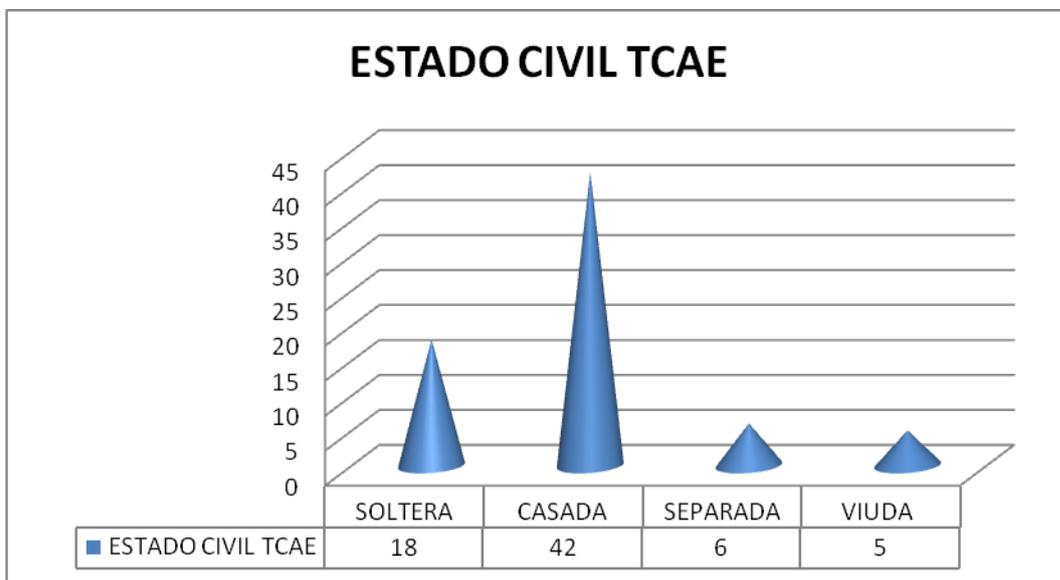


Tabla 5. Distribución de la muestra por estado civil en la categoría profesional TCAE.

Dentro de los administrativos el 75% (3) estaban casadas y el 25% (1) solteras (Tabla 6).

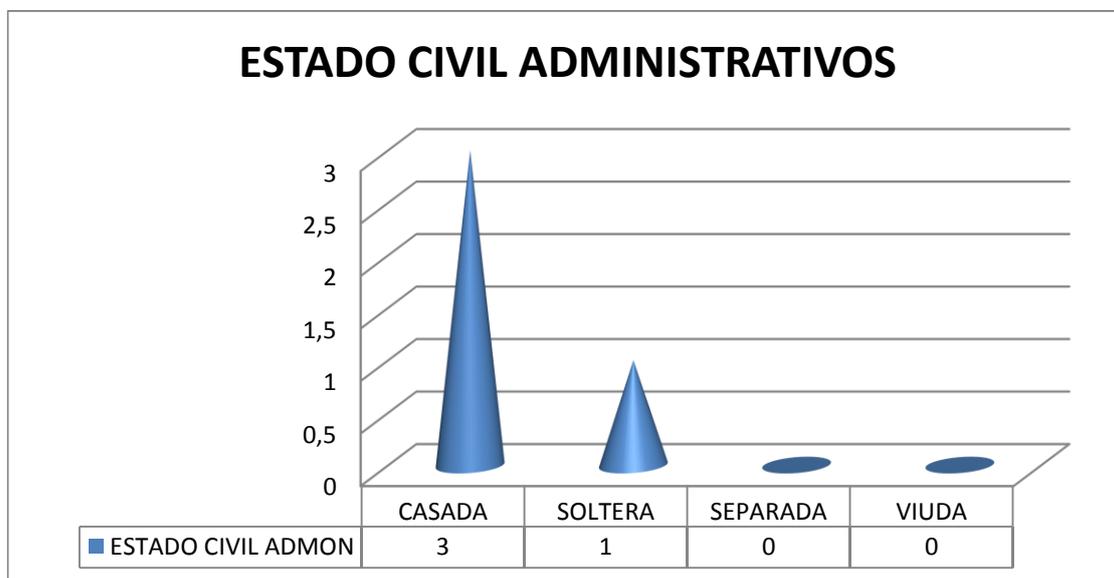


Tabla 6. Distribución de la muestra por estado civil en la categoría profesional administrativo.

La proporción dentro de los celadores era 19,20% (5) solteros; 77,00% (20) casados y el 3,80% (1) viudos; no habiendo ningún individuo en situación de divorciado o separado (Tabla 7).

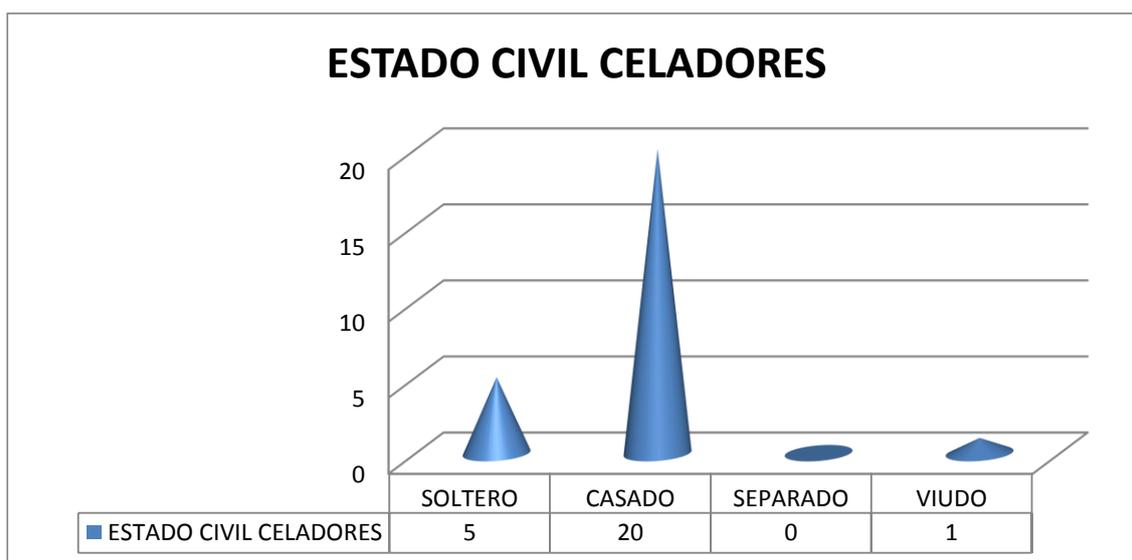


Tabla 7. Distribución de la muestra por estado civil en la categoría profesional celadores.

Dentro del personal de mantenimiento la distribución fue el 33,33% (3) solteros; el 55,55% (5) casados y el 11,11% (1) separados (Tabla 8).

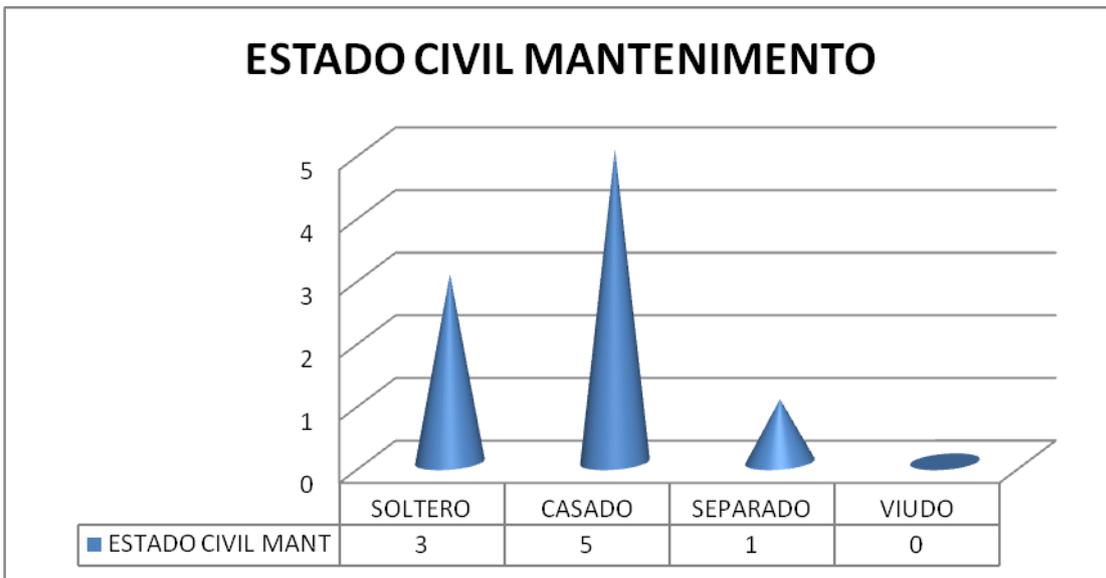


Tabla 8. Distribución de la muestra por estado civil en la categoría profesional mantenimiento.

Por otra parte, si relacionamos estado civil con la variable sexo encontramos la siguiente distribución (Figura 3 y Figura 4):

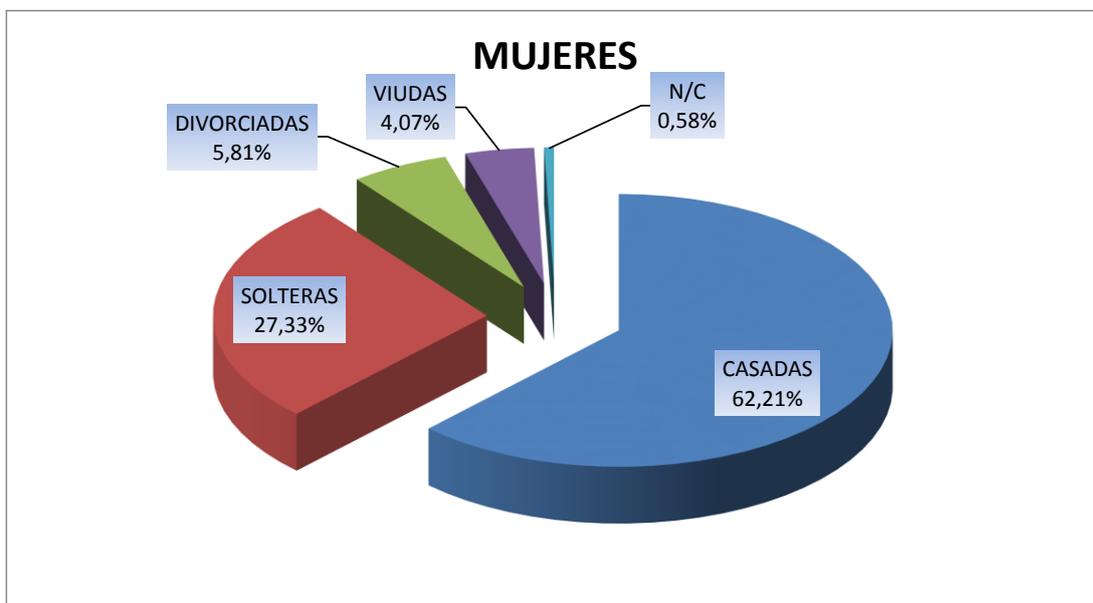


Figura 3. Distribución de la muestra por estado civil en mujeres en %.

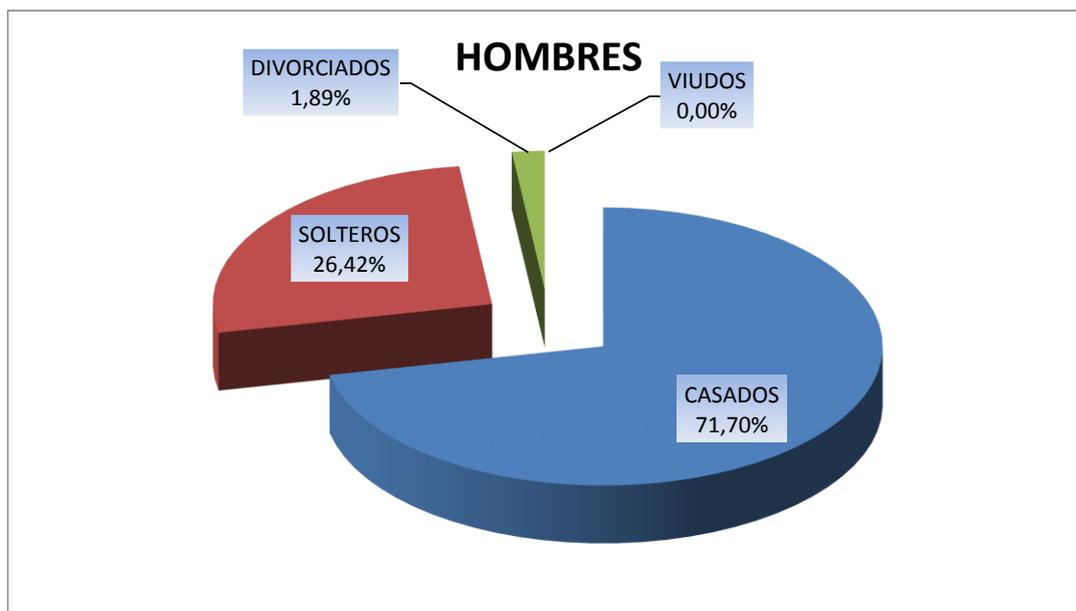


Figura 4. Distribución de la muestra por estado civil en hombres en %.

Observamos que dentro del personal femenino el 62,21% son casadas frente al 71,70% en hombres. La proporción de solteros/as es muy pareja, un 26,42% en hombres frente a un 27,33% en mujeres. Sin embargo el porcentaje de divorciadas y viudas es mayor que el de divorciados y viudos.

4.1.1.3. Categoría profesional.

Como ya se ha reseñado anteriormente (Tabla 1) en la distribución de la muestra por categorías profesionales predominan las enfermeras, TCAE, médico y celador. En la figura 5 se refleja esta distribución en porcentaje.

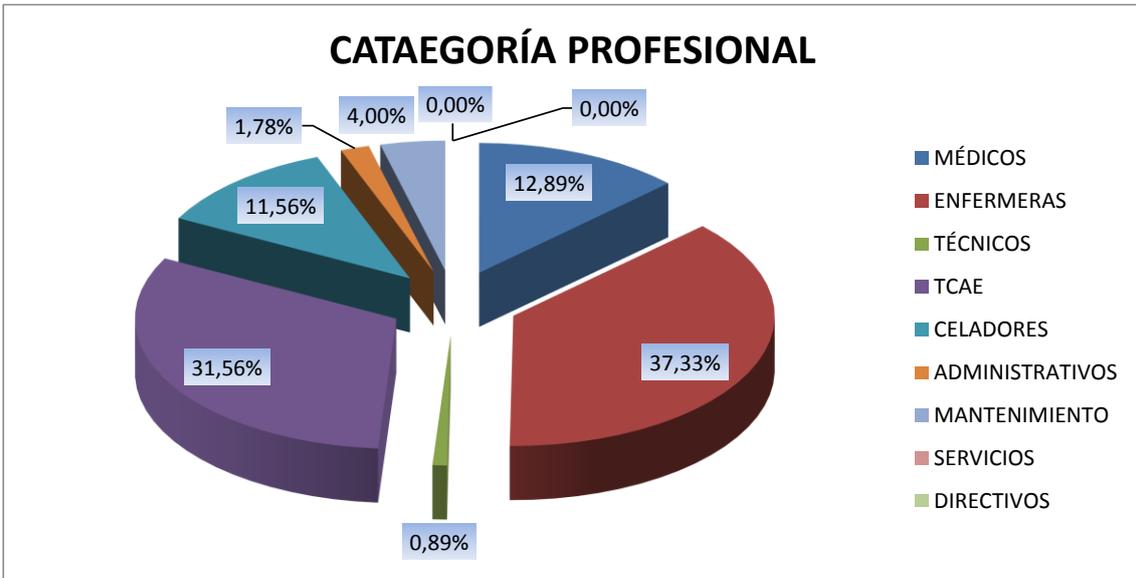


Figura 5. Distribución de la muestra por categoría profesional en %.

4.1.1.4. Antigüedad en la profesión.

La antigüedad en la profesión dentro de la muestra presenta la distribución recogida en la Tabla 9 y la Figura 6

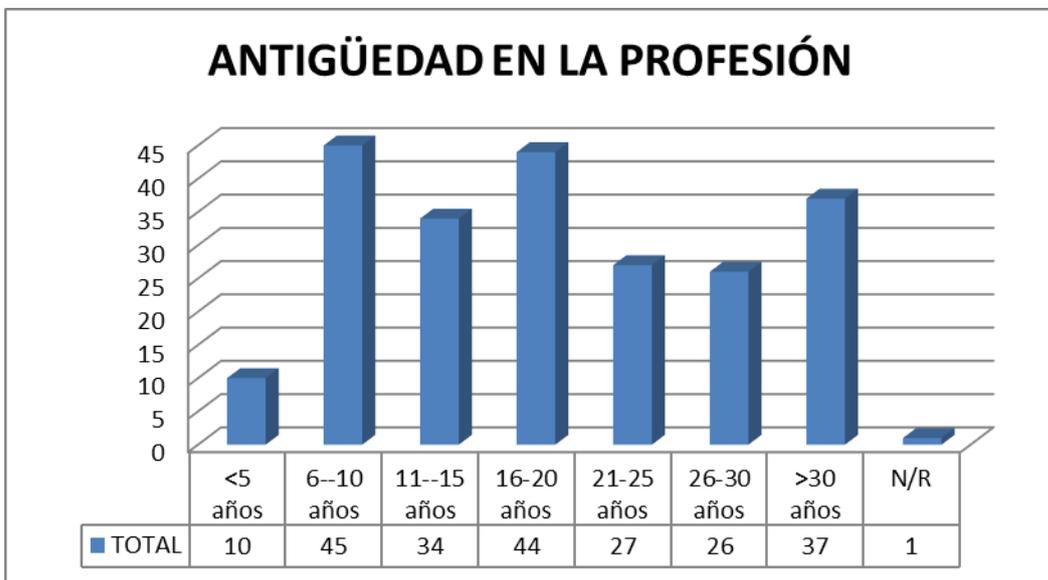


Tabla 9. Distribución de la muestra por antigüedad en la profesión.

En la Figura 6 podemos observar que el porcentaje de no respuestas sólo fue del 0,45% y que la mayor parte de la muestra tiene una antigüedad en la profesión comprendida entre 6 y 10 años y entre 16 y 20 años , con un 20,09% y un 19,64% respectivamente .

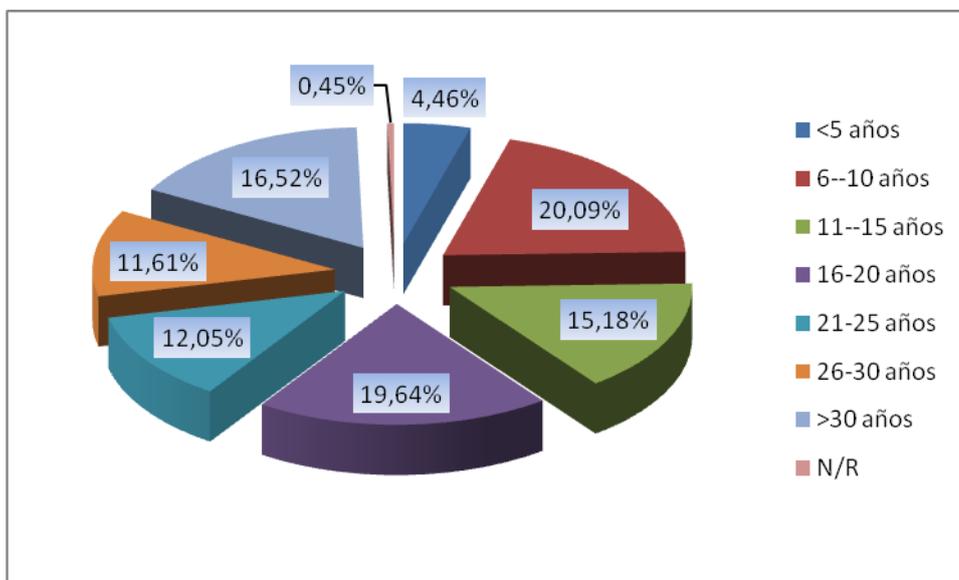


Figura 6. Distribución de la muestra por antigüedad en la profesión en %

Relacionando la variante antigüedad en la profesión con el sexo obtenemos la distribución reflejada en la Tabla 10 .

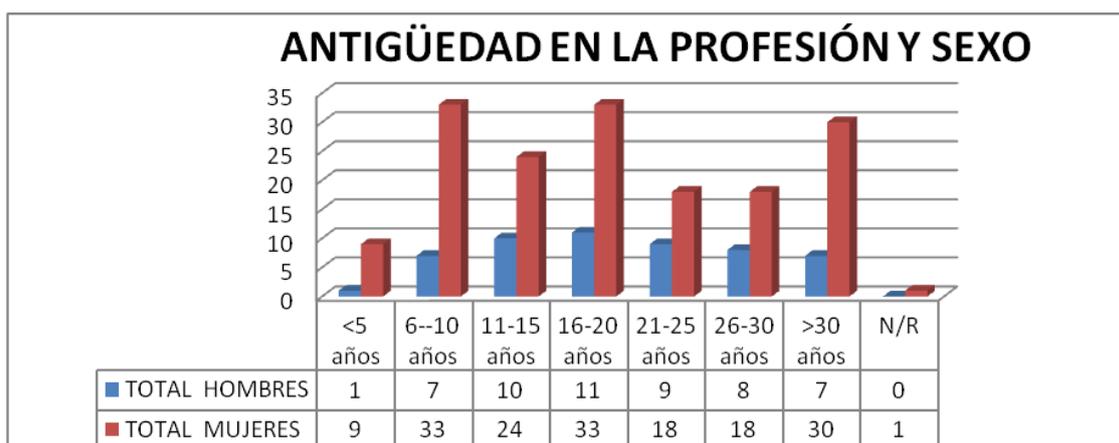


Tabla 10. Distribución de la muestra por antigüedad en la profesión y sexo.

En la Tabla 10 se observa que los grupos más numerosos en mujeres son los que tiene una antigüedad comprendida entre 6 y 10 años , 16 y 20 años y las mayores de 30 años, mientras que en hombres son los comprendidos entre 11 y 15 años y entre 16 y 20 años.

Por otra parte , relacionando la variable antigüedad profesional con el sexo en las distintas categorías profesionales obtenemos las distribuciones reflejadas en las Tablas 11 a 14:

MÉDICOS

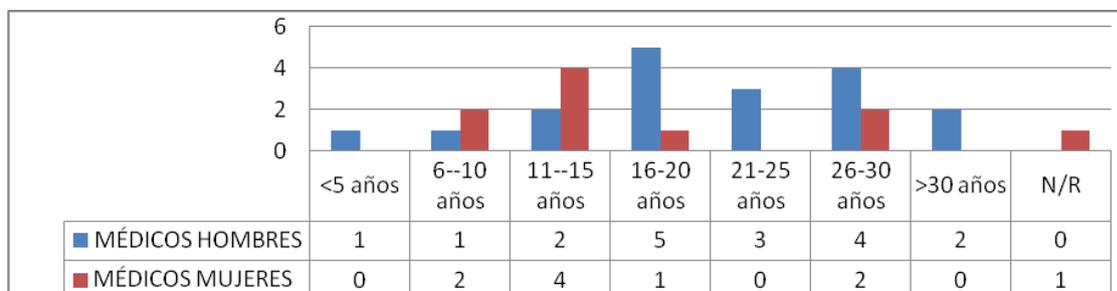


Tabla 11. Distribución de la muestra por antigüedad en la profesión y sexo en la categoría profesional médicos.

En la Tabla 11 observamos que mientras el 78% de los hombres médicos que contestaron a este parámetro tiene una antigüedad en la profesión de más de 16 años, ocurre lo contrario con las mujeres médico en las que el 70% agrupa a las que tienen una antigüedad menor a 16 años.

ENFERMERAS

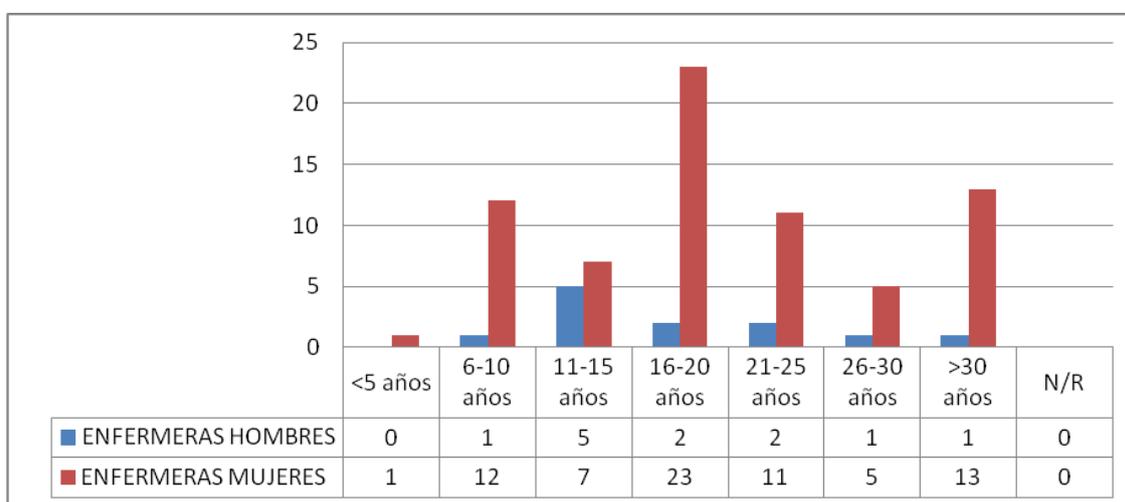


Tabla 12. Distribución de la muestra por antigüedad en la profesión y sexo en la categoría profesional enfermeras

Dentro de las enfermeras se observa una distribución completamente distinta a la de los médicos (Tabla 12) ya que el 71% de las enfermeras lo son desde hace más de 16 años mientras que una proporción similar de

enfermeros agrupa a los que llevan menos de ese periodo de tiempo en la profesión, el 67%.

TCAE

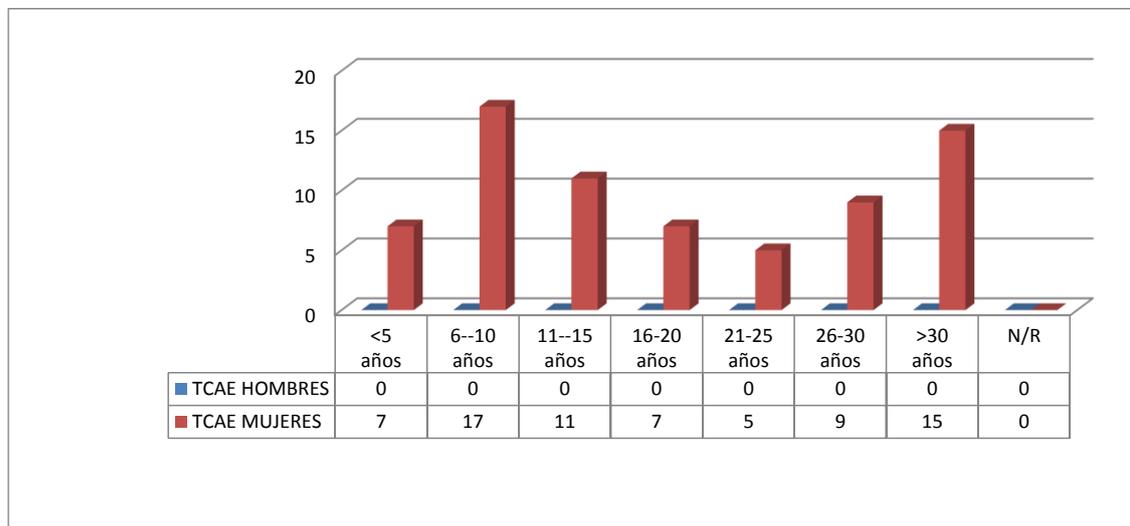


Tabla 13. Distribución de la muestra por antigüedad en la profesión y sexo en la categoría profesional TCAE

Dentro del colectivo de TCAE (Tabla 13) los datos más significativos son que el 21% tiene una antigüedad entre 6 y 10 años y el 24% es la antigüedad mayor de 30 años de profesión.

CELADORES

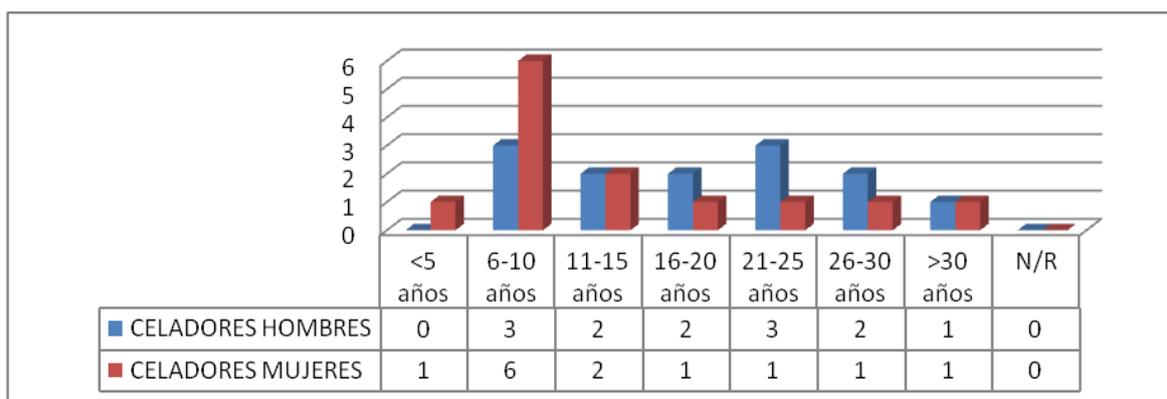


Tabla 14. Distribución de la muestra por antigüedad en la profesión y sexo en la categoría profesional celadores.

En cuanto a los celadores (Tabla 14) el mayor porcentaje de este parámetro corresponde a aquellos profesionales que tienen una antigüedad en la profesión entre 6 y 10 años.

En el resto de categorías estudiadas las diferencias por rango de edad no son significativas y tienen una distribución muy igualada.

4.1.1.5. Antigüedad en el puesto de trabajo actual.

El estudio de este parámetro es más relevante si cabe que el estudio de la antigüedad en la profesión, ya que casi todos los estudiosos del burnout coinciden en que el mayor riesgo de padecer el síndrome se da entre los profesionales que llevan entre 5 y 10 años en su actual puesto de trabajo. Nuestro estudio arroja los siguientes datos reflejados en la Tabla 15 y Figura 7.

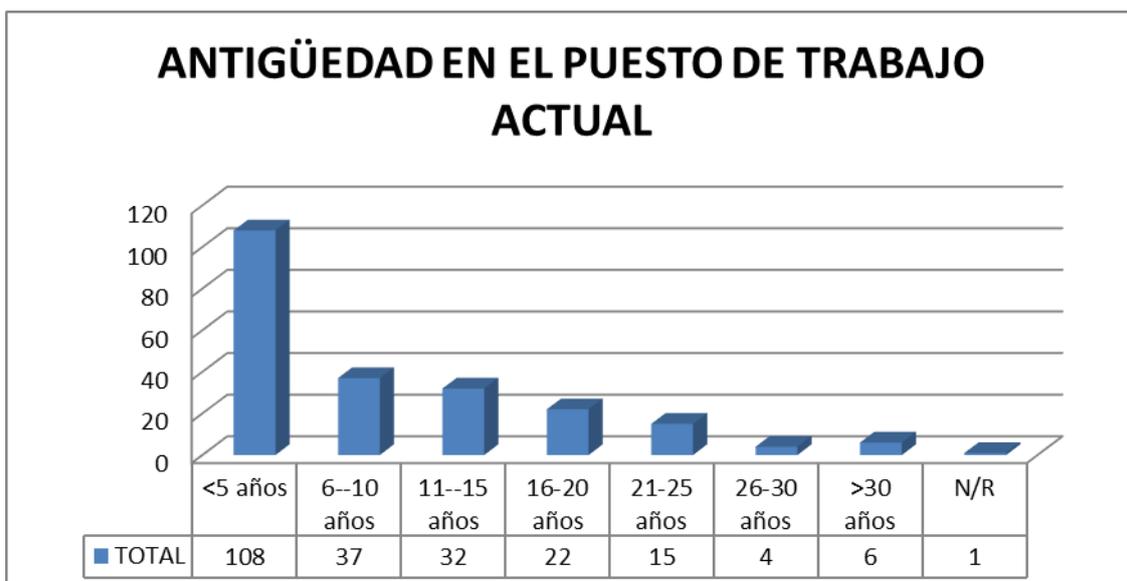


Tabla 15. Distribución de la muestra por antigüedad en el puesto de trabajo actual.

En la Figura 7 se puede apreciar que el 48% del personal estudiado tiene una antigüedad en su puesto actual de menos de 5 años, mientras que solo el 4,45% lleva más de 25 años en su puesto actual.

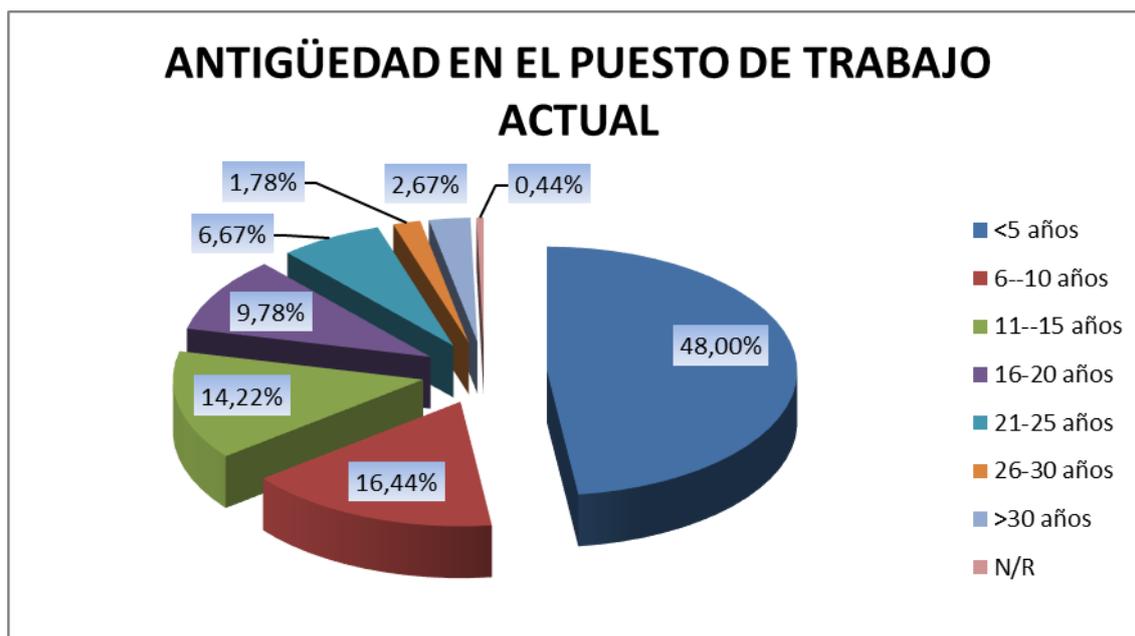


Figura 7. Distribución de la muestra por antigüedad en el puesto de trabajo actual en %.

Si relacionamos, como en el caso de la antigüedad en la profesión, antigüedad en el puesto de trabajo actual con el sexo obtenemos la distribución reflejada en la Tabla 16 .

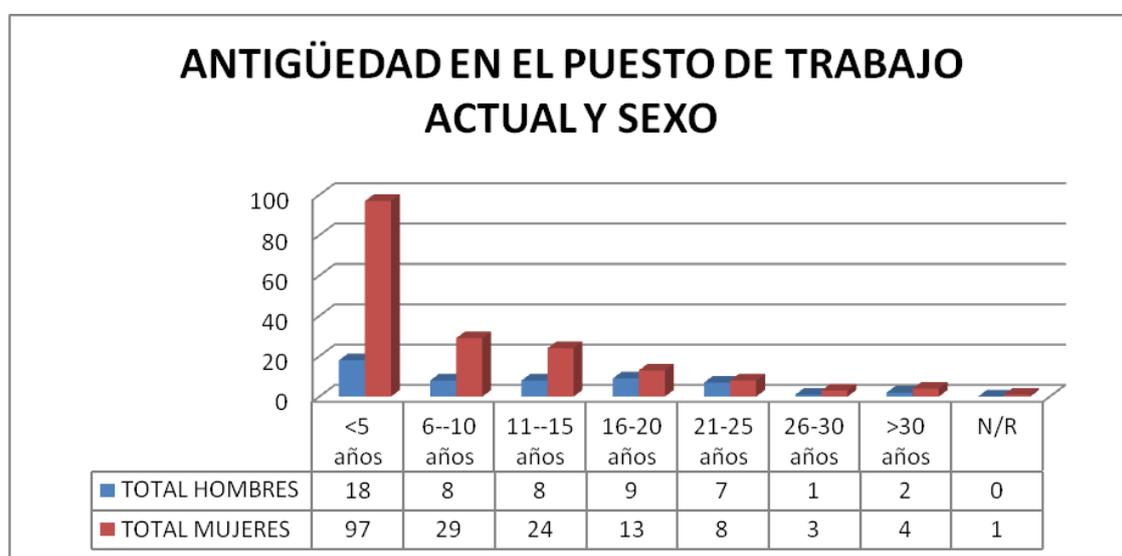


Tabla 16. Distribución de la muestra por antigüedad en el puesto de trabajo actual y sexo.

En la Tabla 16 se observa que el grupo más numeroso es el que lleva menos de 5 años en su puesto actual seguido por los que llevan entre 6 y 10 años y 11 y 15 años en mujeres, mientras que en los hombres son los comprendidos entre 16 y 20 años y 11 y 15 años.

Por otra parte, si relacionamos antigüedad en el puesto de trabajo actual con el sexo en las distintas categorías profesionales, obtenemos las distribuciones reflejadas en las Tablas 17 a 21.

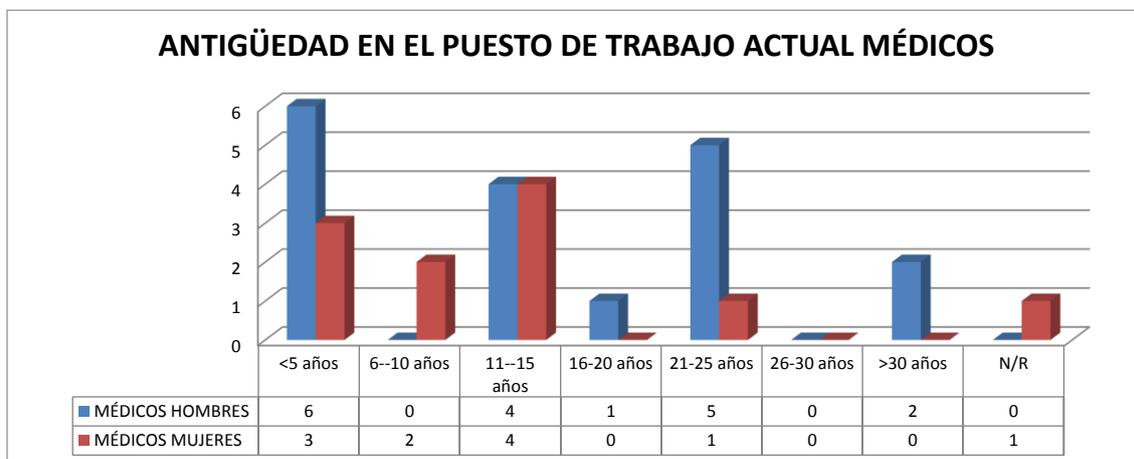


Tabla 17. Distribución de la muestra por antigüedad en el puesto de trabajo actual y sexo en la categoría profesional médicos.

En la Tabla 17 podemos observar que los médicos presentaron una distribución distinta al resto de categorías profesionales, ya que en los hombres el mayor número de ellos se agrupa no sólo dentro de los que llevan menos de 5 años, si no que también están entre los que llevan entre 21 y 25 años, mientras en los médicos mujeres el mayor número se agrupa en las que llevan entre 11 y 15 años de antigüedad en el puesto de trabajo actual. Una posible explicación puede ser debido a que las posibilidades de variación dentro de su puesto de trabajo sólo pueden realizarse dentro de su propia especialidad, es decir, cambiando de sección o subespecialidad dentro de la especialidad que han realizado, no como en otro tipo de personal que al no haber especialidades la posibilidad de cambio de destino de trabajo, unidad o servicio es más posible.

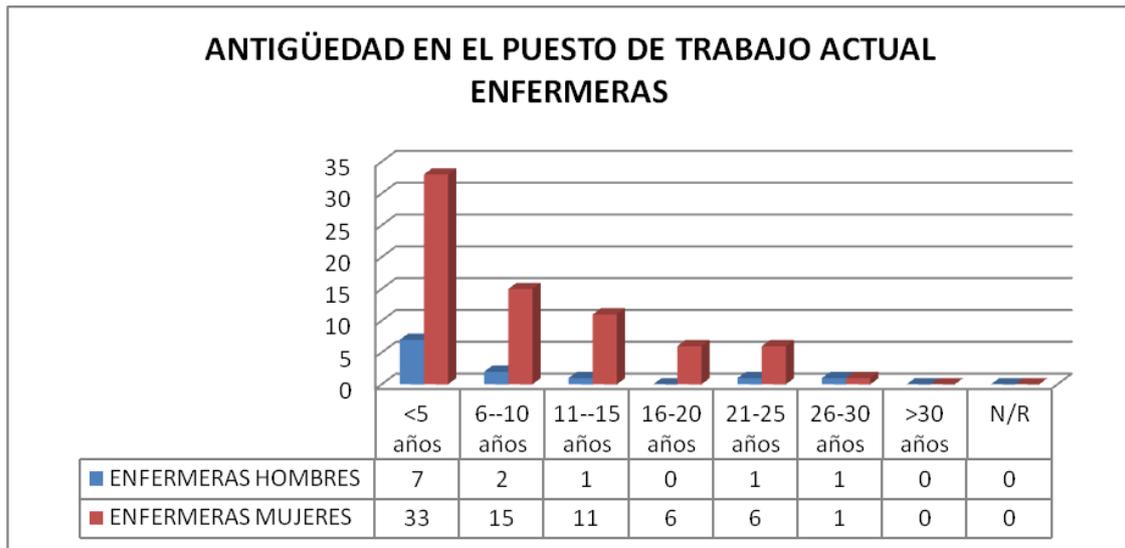


Tabla 18. Distribución de la muestra por antigüedad en el puesto de trabajo actual y sexo en la categoría profesional enfermeras.

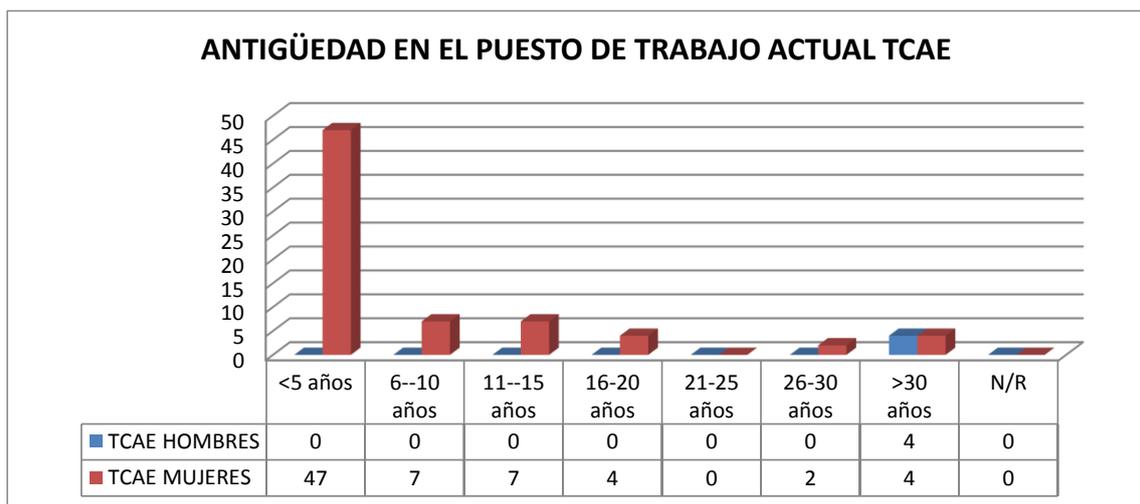


Tabla 19. Distribución de la muestra por antigüedad en el puesto de trabajo actual y sexo en la categoría profesional TCAE.

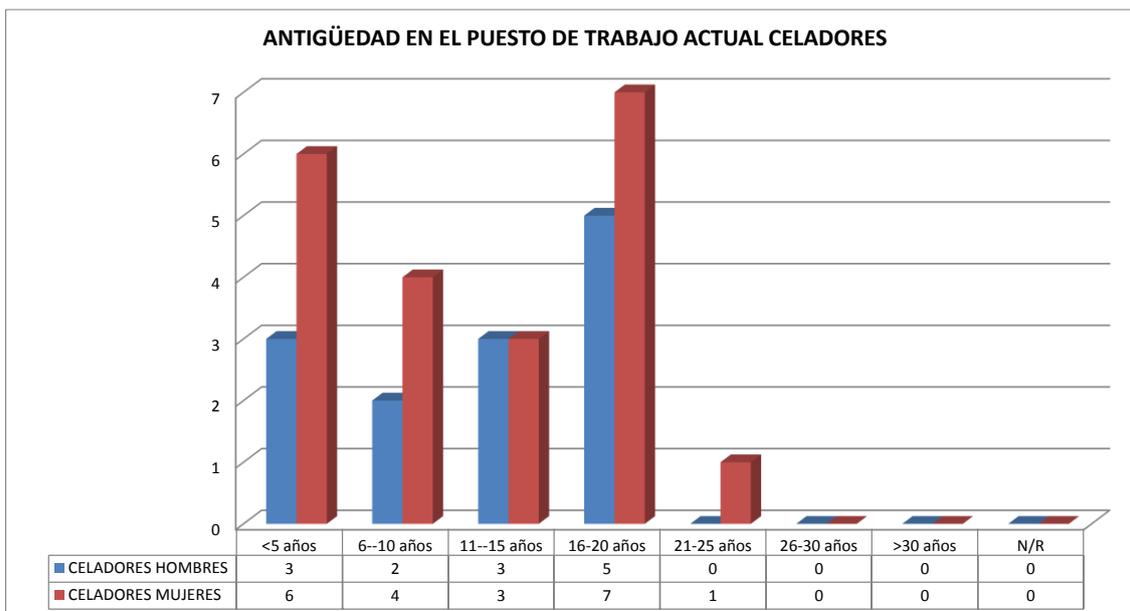


Tabla 20. Distribución de la muestra por antigüedad en el puesto de trabajo actual y sexo en la categoría profesional celadores.

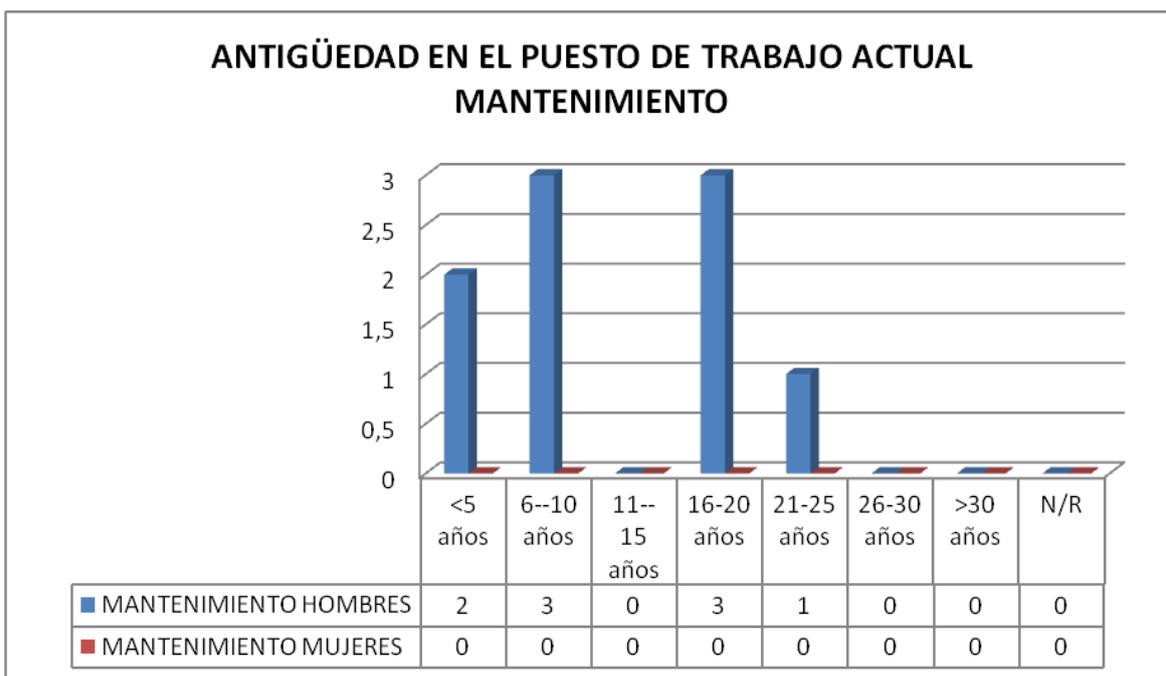


Tabla 21. Distribución de la muestra por antigüedad en el puesto de trabajo actual y sexo en la categoría profesional mantenimiento.

En todas las Tablas se observa una distribución muy semejante agrupandose la mayoría de los datos en el rango comprendido entre los que llevan menos de 5 años de antigüedad en el puesto actual, si bien hay que destacar que esta distribución, que es muy semejante a la que aparece en el total de hombres y mujeres encuestados, se ve ligeramente alterada dentro del colectivo médico como ya hemos reflejado anteriormente.

4.2. RESULTADOS DEL CAGE.

Como ya se mencionó en el apartado de material y metodos, para la valoración del test de CAGE, en nuestro caso, al haber utilizado el test de CAGE camuflado en el que se incluyen tres de las cuatro preguntas originales se valoran de la siguiente forma: una pregunta contestada afirmativamente se asocia con consumo de riesgo, dos con consumo perjudicial y tres con dependencia alcoholica.

Relacionando el consumo de alcohol, la presencia de síndrome de burnout, la alteración circadiana por la realización de turnos y el sexo en cada una de las categorías profesionales que realizan turnos (enfermeras, TCAE y celadores) se obtienen los resultados reflejados en las tablas 22, 23 y 24.

ENFERMERAS

SEXO	BURNOUT	CAGE	TURNOS
F	M	3	3
M	A	1	2
F	M	1	3
F	M	2	1
F	M	2	1
F	M	2	3
F	A	1	1
F	M	2	0
F	M	1	0
F	B	2	2
F	M	1	0
F	A	2	0
F	M	1	0
F	A	1	0
F	B	1	1

Tabla 22. Relación entre el consumo de alcohol (CAGE 1=consumo de riesgo; 2=consumo perjudicial; 3=dependencia alcohólica), la presencia de burnout (A=alto; M=medio; B=bajo), la alteración por realización de turnos (Turno: 0=nula; 1=media; 2=alta; 3=muy alta) y el sexo (F=femenino; M=masculino) en la categoría profesional enfermeras

En la categoría profesional de enfermeras el 17,85% presentó algún grado de CAGE y de ellas, el 93,33% presentó un nivel de burnout medio-alto, el 60,00% algún grado de afectación por la realización de turnos y el 93,33% eran mujeres.

TCAE

SEXO	BURNOUT	CAGE	TURNO
M	B	1	3
M	B	3	3
M	A	1	0
M	A	1	2
M	B	1	3

Tabla 23. Relación entre el consumo de alcohol (CAGE 1=consumo de riesgo; 2=consumo perjudicial; 3=dependencia alcohólica), la presencia de burnout (A=alto; M=medio; B=bajo), la alteración por realización de turnos (Turno: 0=nula; 1=media; 2=alta; 3=muy alta) y el sexo (F=femenino; M=masculino) en la categoría profesional TCAE

Entre las TCAE el porcentaje fue del 7,04% con relación al grado de CAGE

CELADORES

SEXO	BURNOUT	CAGE	TURNO
H	A	2	2
H	M	1	0
H	B	3	0
H	A	2	2

Tabla 24. Relación entre el consumo de alcohol (CAGE 1=consumo de riesgo; 2=consumo perjudicial; 3=dependencia alcohólica), la presencia de burnout (A=alto; M=medio; B=bajo), la alteración por realización de turnos (Turno: 0=nula; 1=media; 2=alta; 3=muy alta) y el sexo (F=femenino; M=masculino) en la categoría profesional celadores.

Entre los celadores el 15,38% tenían algún grado de CAGE

En cuanto a los médicos señalar que no realizan turnos de trabajo por lo cual la relación del consumo de alcohol se realizó solo con la presencia de burnout y el sexo (Tabla 25)

MÉDICOS

SEXO	BURNOUT	CAGE
F	A	2
M	B	1
F	M	1
M	M	1

Tabla 25. Relación entre el consumo de alcohol (CAGE 1=consumo de riesgo; 2=consumo perjudicial; 3=dependencia alcohólica), la presencia de burnout (A=alto; M=medio; B=bajo) y el sexo (F=femenino; M=masculino) en la categoría profesional médicos

En el grupo de los médicos, el 13,79% presentó algún grado de CAGE.

4.3. SUBESCALAS DEL BURNOUT.

4.3.1. SUBESCALA AGOTAMIENTO EMOCIONAL (A.E.)

Como ya se describió en el apartado de material y métodos esta subescala consta de 9 preguntas. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La puntuación máxima es de 54 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

En nuestro estudio hemos obtenido unos resultados que nos permiten afirmar que el 54,91% de la muestra presentó puntuaciones bajas; el 20,54% puntuaciones medias y el 23,21% puntuaciones altas en Agotamiento Emocional.

Relacionando la variable A.E. con el sexo, obtenemos los datos reflejados en la tabla 26 y las figuras 8 y 9.

A.E. POR SEXO EN EL TOTAL DE LA MUESTRA

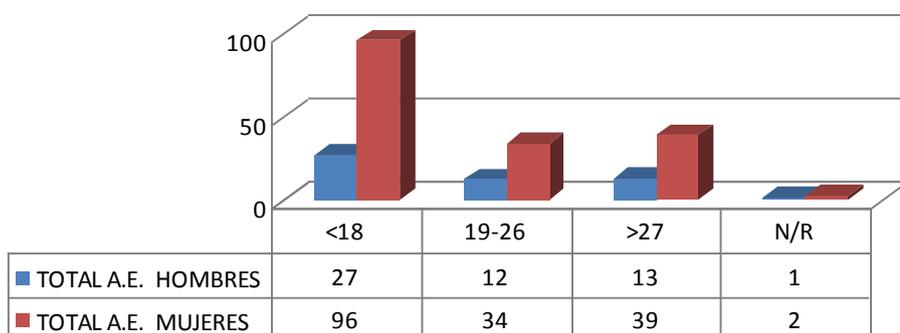


Tabla 26. Distribución de la muestra en la subescala A.E. por sexo

A.E. EN HOMBRES

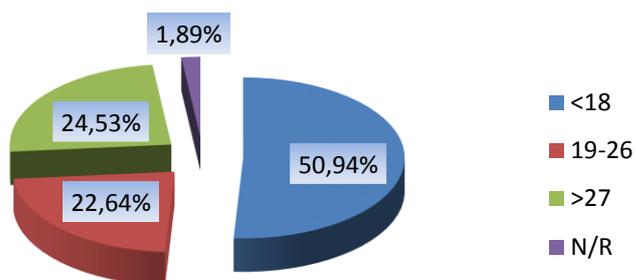


Figura 8. Distribución de la muestra en la subescala A.E. en el sexo masculino en %

A.E. EN MUJERES

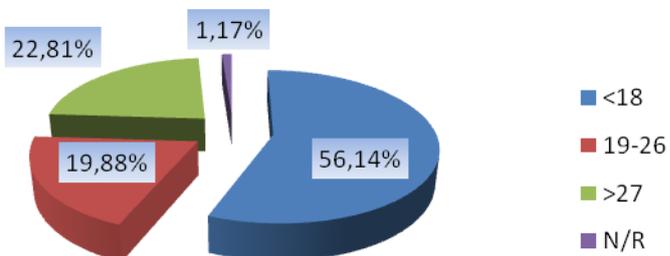


Figura 9. Distribución de la muestra en la subescala A.E. en el sexo femenino en %

En ellas se observa que, en términos porcentuales, el número de hombres con agotamiento emocional es ligeramente mayor que en mujeres (24,53% frente al 22,81% respectivamente)

Si ahora relacionamos el A.E con el sexo en cada una de las categorías profesionales obtenemos los datos señalados a continuación:

MÉDICOS

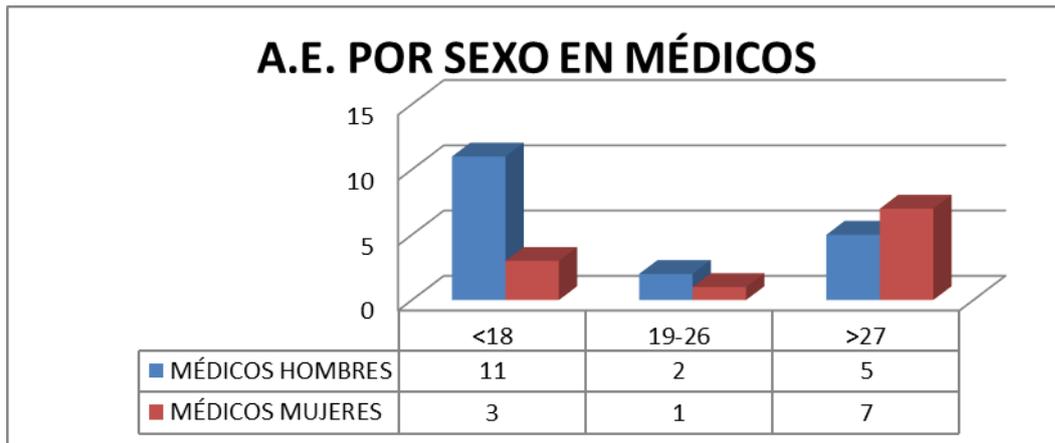


Tabla 27. Distribución de la muestra en la subescala A.E. por sexo en la categoría profesional médicos.

En la tabla 27 se observa que el 48,28% de los médicos presentaban un A.E. bajo frente al 41,38% que presentaban un índice alto.

Representando la categoría profesional médico por sexo obtenemos las figuras 10 y 11.

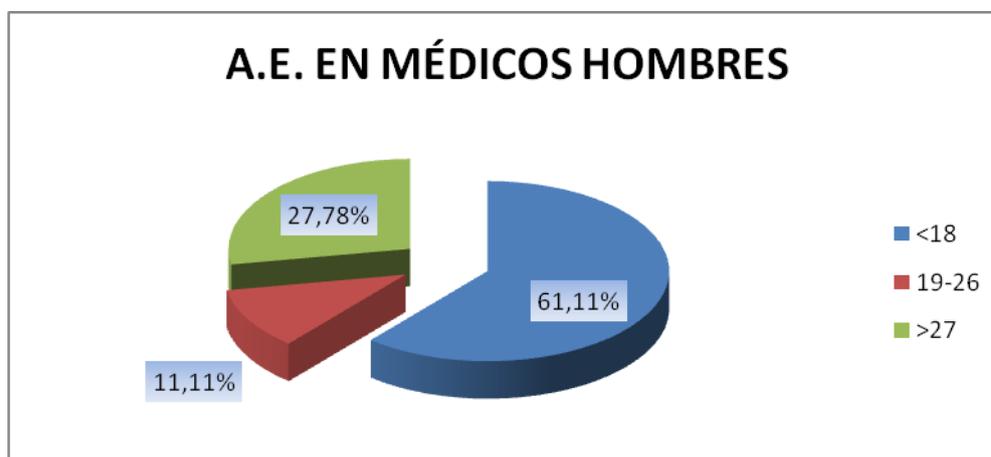


Figura 10. Distribución de la muestra en la subescala A.E. en el sexo masculino en la categoría profesional médicos en %

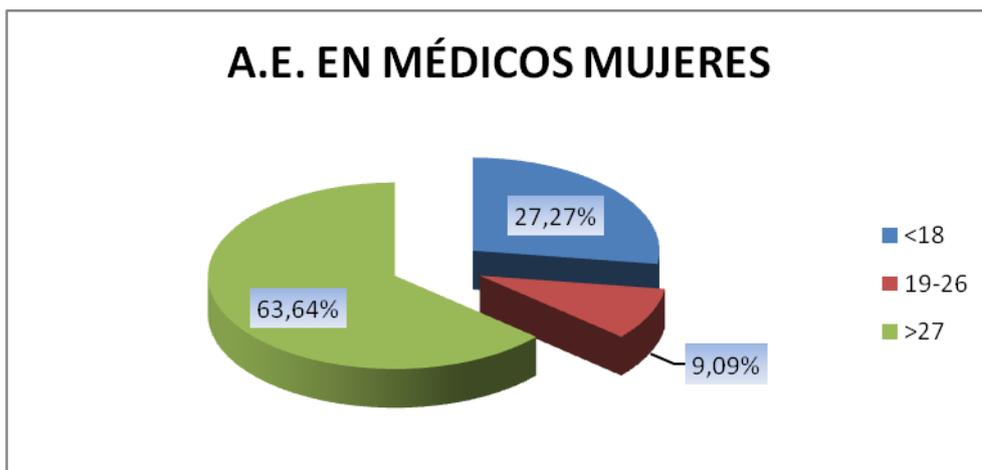


Figura 11. Distribución de la muestra en la subescala A.E. en el sexo femenino en la categoría profesional médicos en %

En ellas podemos observar que la proporción de médicos con un alto nivel de A.E. es sensiblemente mayor en mujeres que en hombres

ENFERMERAS

La distribución de la variable a estudio en las enfermeras es como se refleja en la tabla 28:

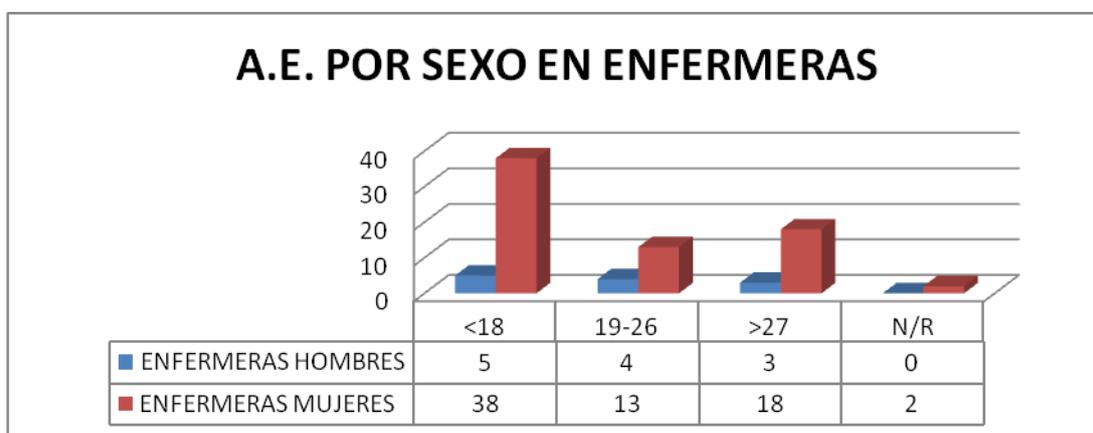


Tabla 28. Distribución de la muestra en la subescala A.E. por sexo en la categoría profesional enfermeras

Esta tabla muestra que el 51,81% de las enfermeras estudiadas tienen un A.E. bajo frente al 20,48% que manifestaron tener una puntuación alta.

Introduciendo la variable sexo obtenemos para esta categoría profesional las figuras 12 y 13:

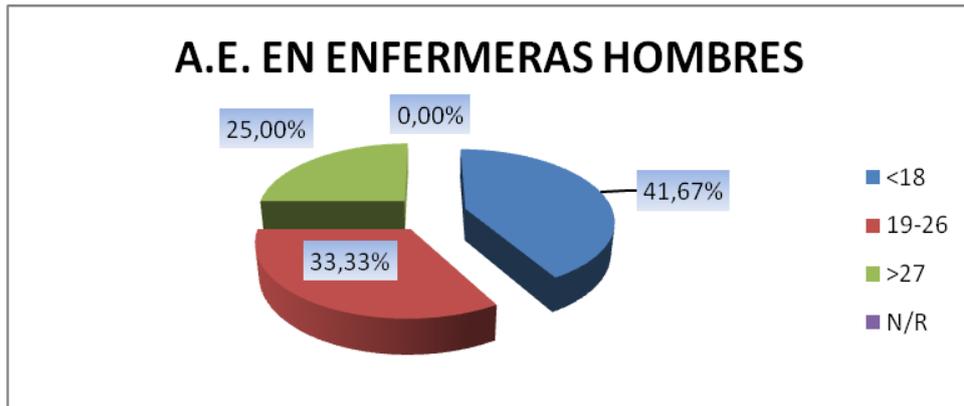


Figura 12. Distribución de la muestra en la subescala A.E. en el sexo masculino en la categoría profesional enfermeras en %

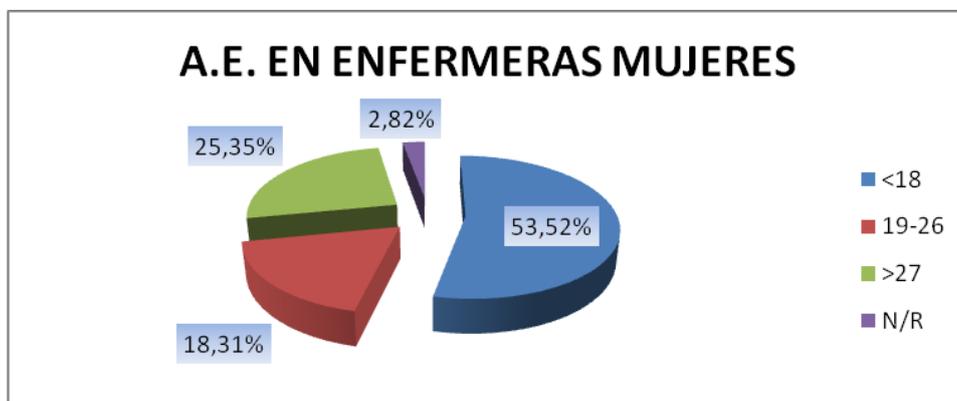


Figura 13. Distribución de la muestra en la subescala A.E. en el sexo femenino en la categoría profesional enfermeras en %

Se observa que, si bien en las puntuaciones bajas de A.E. hay una clara diferencia a favor de las enfermeras mujeres, no ocurre lo mismo en las puntuaciones altas donde los valores se equiparan.

TCAE

Dentro de la categoría profesional TCAE, en la que sólo está formada por mujeres, se obtuvieron las siguientes distribuciones de la muestra (Tabla 29):

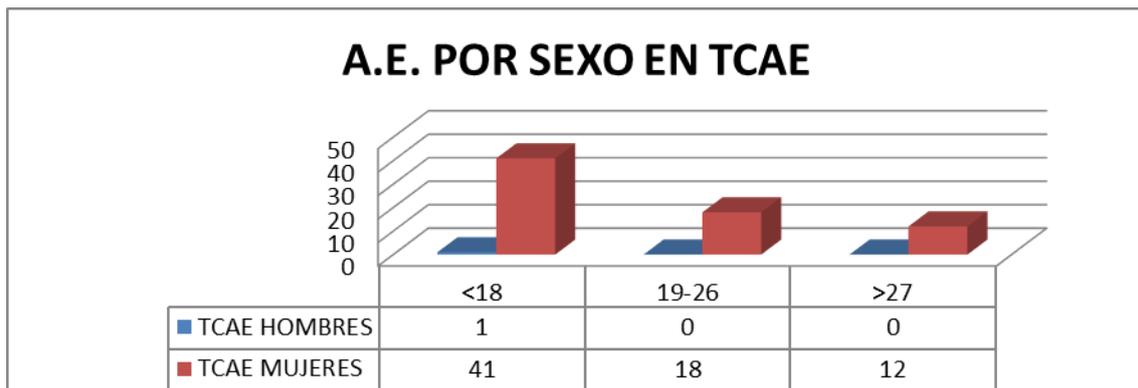


Tabla 29. Distribución de la muestra en la subescala A.E. por sexo en la categoría profesional TCAE

Esto significa que el 57,75% de las TCAE mujeres obtuvieron puntuaciones bajas frente al 16,90% que obtuvieron puntuaciones altas.

ADMINISTRATIVOS

Dentro de esta categoría profesional cabe destacar que todas las personas que contestaron el cuestionario presentaron puntuaciones bajas como se muestra en la tabla siguiente (Tabla 30):

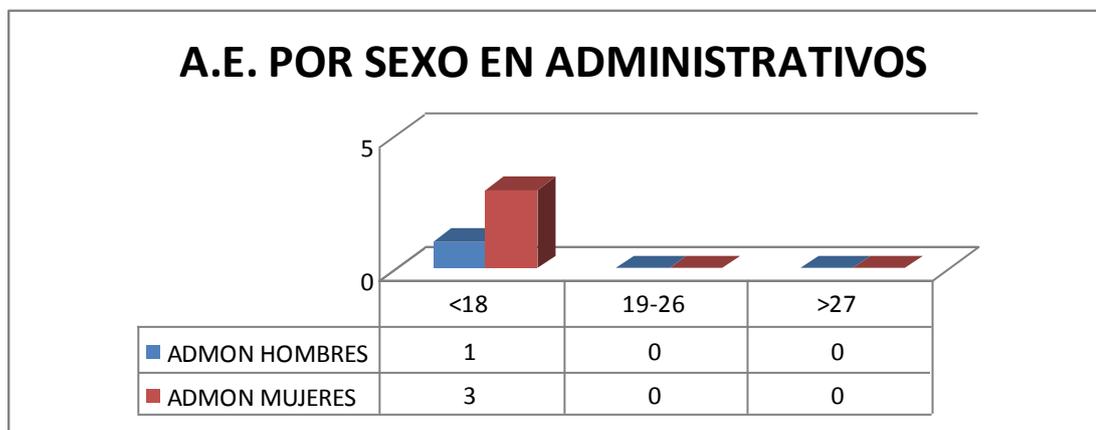


Tabla 30. Distribución de la muestra en la subescala A.E. por sexo en la categoría profesional administrativos

TÉCNICOS ESPECIALISTAS

En esta categoría profesional, formada sólo por mujeres, ocurrió lo mismo que en la categoría anterior en la que todas las técnicas especialistas obtuvieron puntuaciones bajas en A.E. (Tabla 31):

A.E. POR SEXO EN TÉCNICOS ESPECIALISTAS

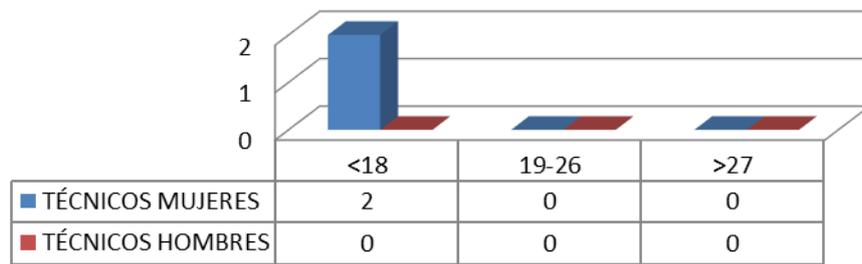


Tabla 31. Distribución de la muestra en la subescala A.E. por sexo en la categoría profesional técnicos especialistas.

CELADORES

Dentro de los celadores el 64% obtuvieron puntuaciones bajas frente al 24% que puntuaron alto (Tabla 32):

A.E. POR SEXO EN CELADORES

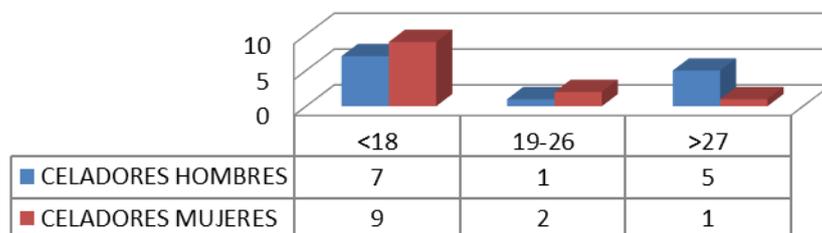


Tabla 32. Distribución de la muestra en la subescala A.E. por sexo en la categoría profesional celadores.

Al relacionar sólo la subescala de A.E. según el sexo, para esta categoría profesional obtenemos los datos representados en las figuras 14 y 15:

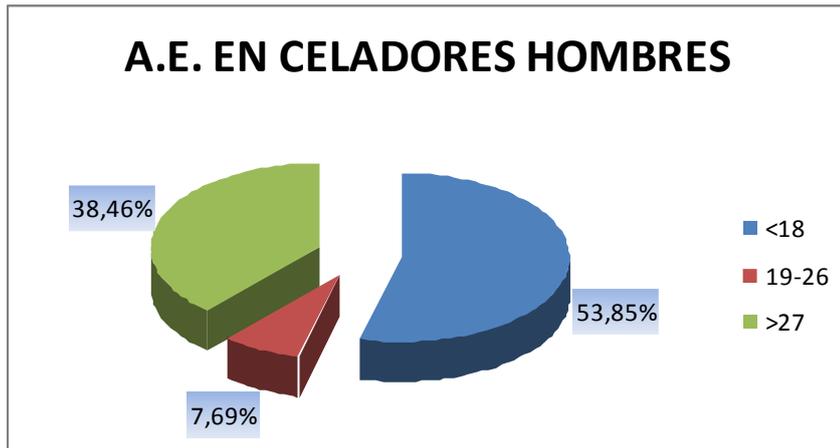


Figura 14. Distribución de la muestra en la subescala A.E. en el sexo masculino en la categoría profesional celadores en %

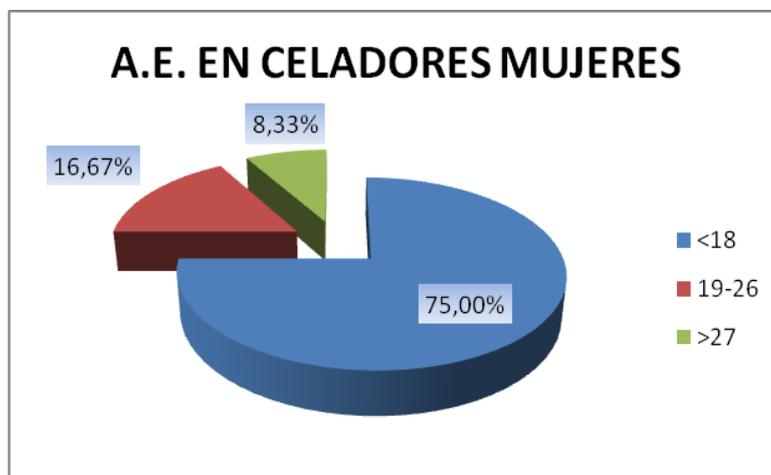


Figura 15. Distribución de la muestra en la subescala A.E. en el sexo femenino en la categoría profesional celadores en %

Poniéndose de manifiesto que los hombres presentaban mayor porcentaje que las mujeres en A.E. alto (38,46% frente al 8,33%, respectivamente).

MANTENIMIENTO

Dentro del personal de mantenimiento, formado sólo por hombres, cabe destacar que el 55,56% presentaban puntuaciones medias en la variable A.E. como se muestra a continuación (Tabla 33):

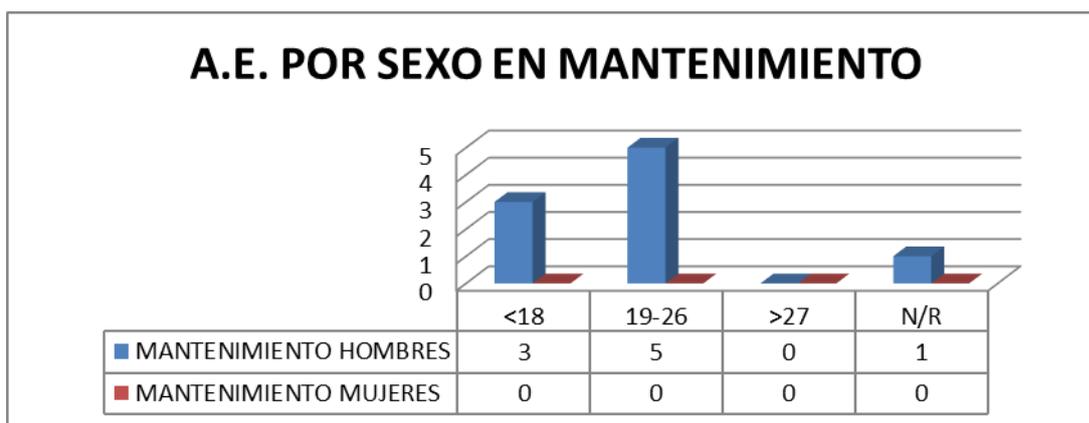


Tabla 33. Distribución de la muestra en la subescala A.E. por sexo en la categoría profesional mantenimiento

4.3.2. SUBESCALA DESPERSONALIZACIÓN (D.P.)

Está formada por los ítems 5, 10, 11, 15 y 22 del MBI. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. La puntuación máxima es de 30 puntos, y su valoración es directamente proporcional a la despersonalización y al nivel de burnout experimentado por el sujeto.

En nuestro estudio hemos obtenido unos resultados que nos permiten afirmar que el 53,78% del total tuvieron puntuaciones bajas, el 22,22% puntuaciones medias y el 22,67% puntuaciones altas.

Relacionando la variable D.P. con la variable sexo se obtienen los datos reflejados en la tabla 34 y figuras 16 y 17:

D.P. POR SEXO EN EL TOTAL DE LA MUESTRA

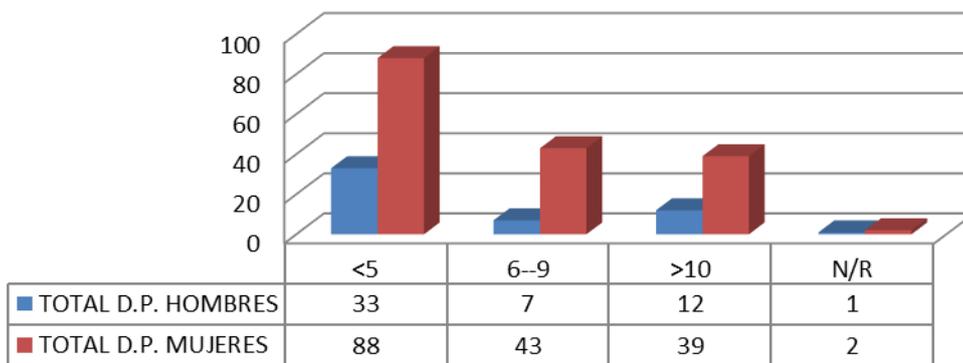


Tabla 34. Distribución de la muestra en la subescala D.P. por sexo.

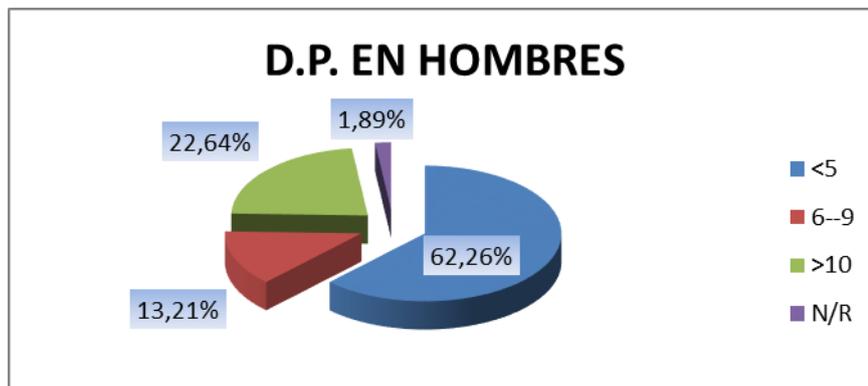


Figura 16. Distribución de la muestra en la subescala D.P. en el sexo masculino en %

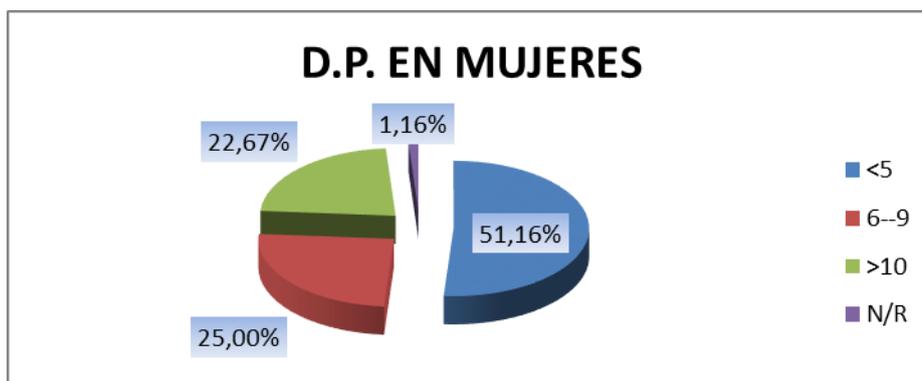


Figura 17. Distribución de la muestra en la subescala D.P. en el sexo femenino en %

En ellas podemos observar que, en términos generales, los hombres presentan puntuaciones mas bajas en despersonalización que las mujeres, si bien en las puntuaciones altas se equiparan.

Relacionando ahora el D.P. con el sexo en cada una de las categorías profesionales obtenemos los datos señalados a continuación:

MÉDICOS

En el personal médico se observa que el 41,38% presentaba una puntuación baja; el 27,59% una puntuación media y el 3.03% una puntuación alta, es decir, que más del 58% del personal médico entrevistado manifestaba tener niveles medio-altos de distanciamiento con sus paciente.

Relacionandolo con la variable sexo obtenemos los datos reflejados en la tabla 35 y figuras 18 y 19:

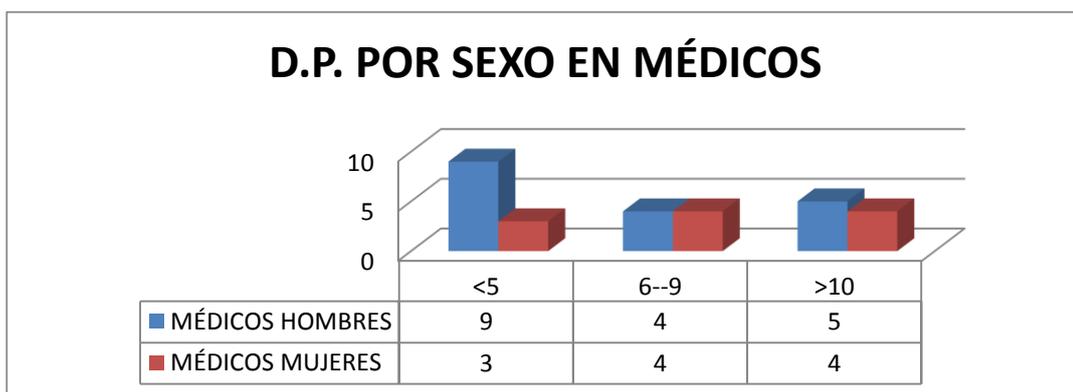


Tabla 35. Distribución de la muestra en la subescala D.P. por sexo en la categoría profesional médicos

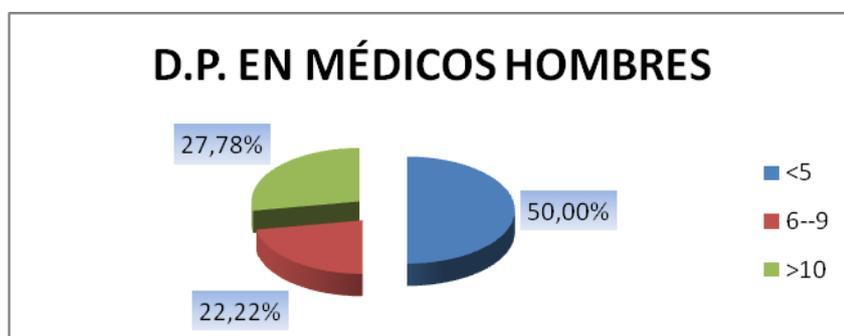


Figura 18. Distribución de la muestra en la subescala D.P. en el sexo masculino en la categoría profesional médicos en %

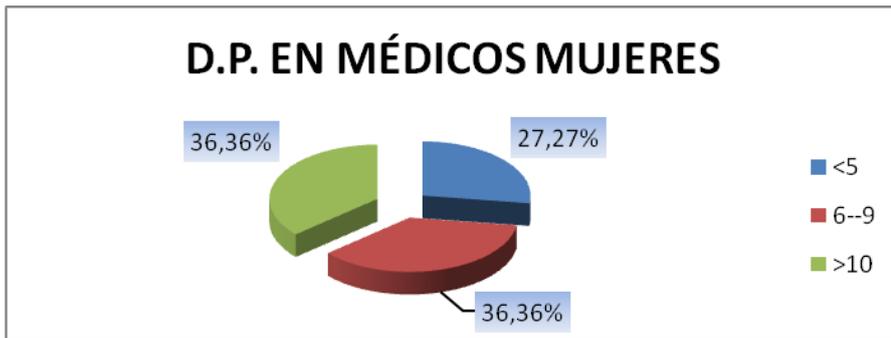


Figura 19. Distribución de la muestra en la subescala D.P. en el sexo femenino en la categoría profesional médicos en %

Podemos afirmar que el personal médico femenino presentan puntuaciones media-altas en D.P. mayores que los médicos masculinos, 72,72% y 50% respectivamente.

ENFERMERAS

Dentro de las enfermeras nos encontramos las siguientes puntuaciones (Tabla 36):

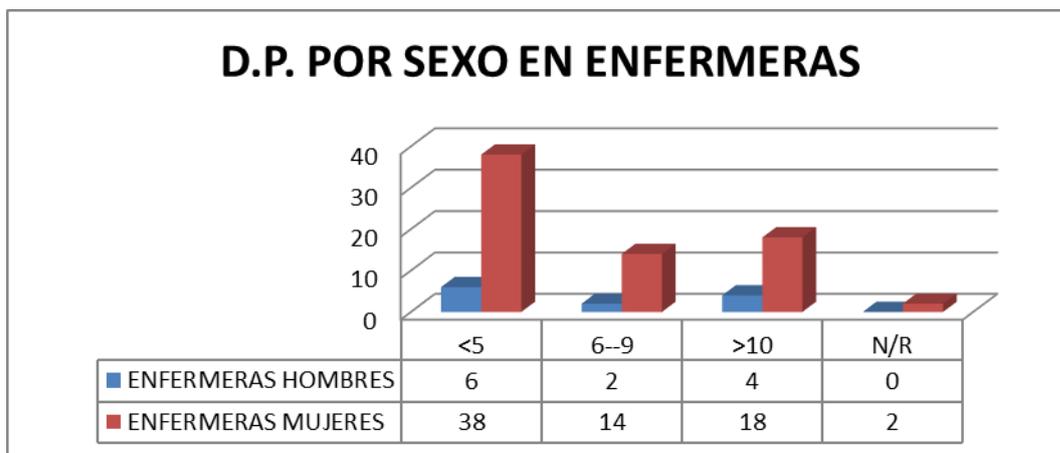


Tabla 36. Distribución de la muestra en la subescala D.P. por sexo en la categoría profesional enfermeras

Esto significa que el 52,38% de las enfermeras entrevistadas presentaron puntuaciones bajas en D.P.; el 19,05% puntuaciones medias y el 21,19% puntuaciones altas.

Relacionando la variable con el sexo obtenemos (Figura 20 y 21):

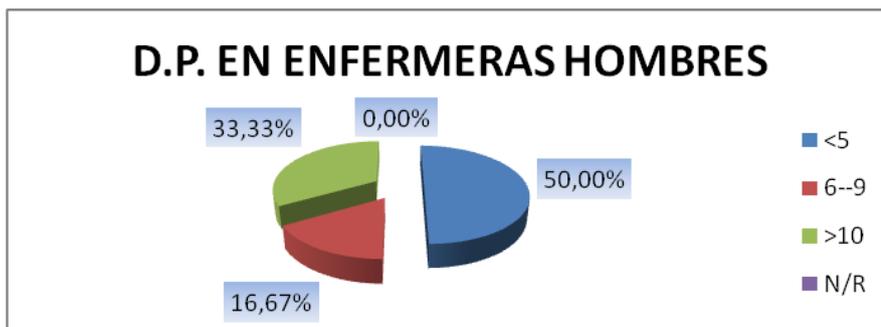


Figura 20. Distribución de la muestra en la subescala D.P. en el sexo masculino en la categoría profesional enfermeras en %

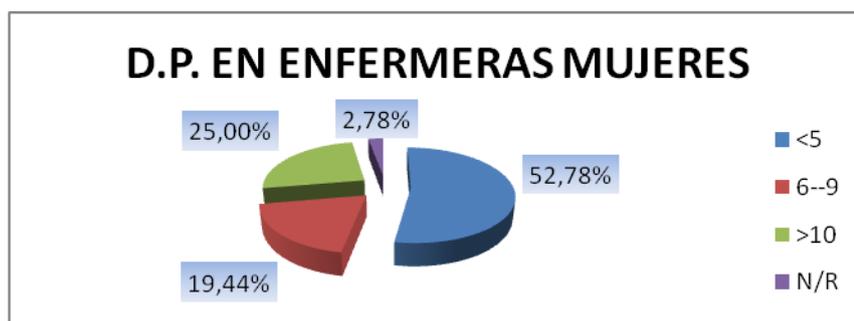


Figura 21. Distribución de la muestra en la subescala D.P. en el sexo femenino en la categoría profesional enfermeras en %

Podemos observar que las puntuaciones son bastante parejas en hombres y en mujeres y muy semejantes a la puntuación general.

TCAE

Las TCAE presentaron las puntuaciones recogidas en la Tabla 37:

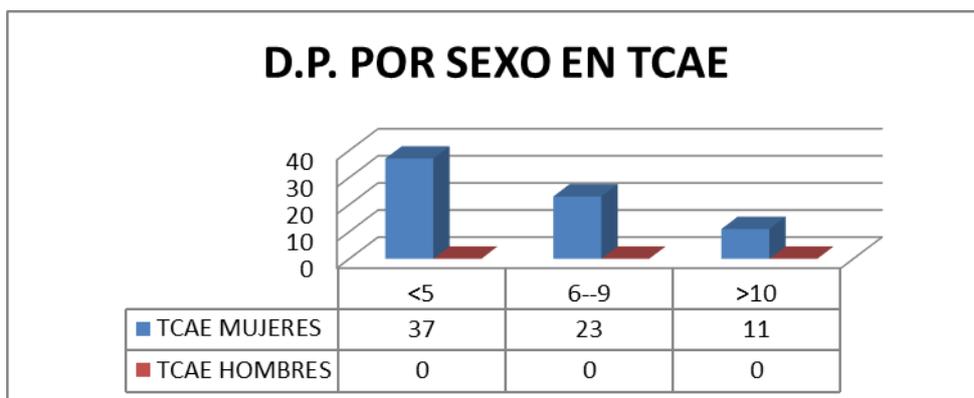


Tabla 37. Distribución de la muestra en la subescala D.P. por sexo en la categoría profesional TCAE

Esto supone que el 52,11% presentaban puntuaciones bajas; el 32,29% medias y el 15,49% altas.

CELADORES

Los celadores tienen la siguiente tabla (Tabla 38):



Tabla 38. Distribución de la muestra en la subescala D.P. por sexo en la categoría profesional celadores

Así el 57,69% tuvieron puntuaciones bajas; el 11,54% medias y el 30,77% altas. Si lo representamos por la variable sexo en esta categoría profesional tenemos (Figuras 22 y 23):

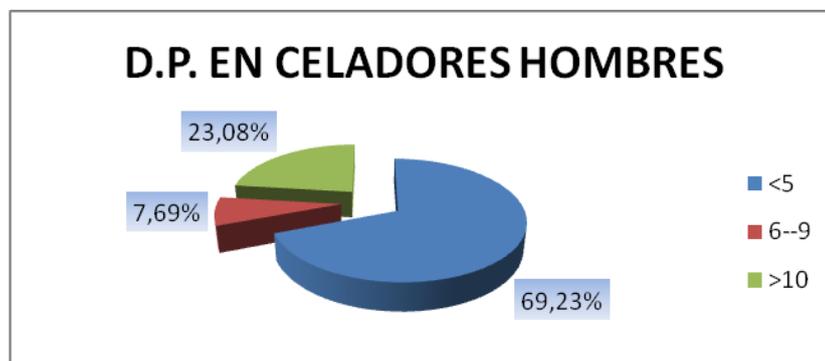


Figura 22. Distribución de la muestra en la subescala D.P. en el sexo masculino en la categoría profesional celadores en %

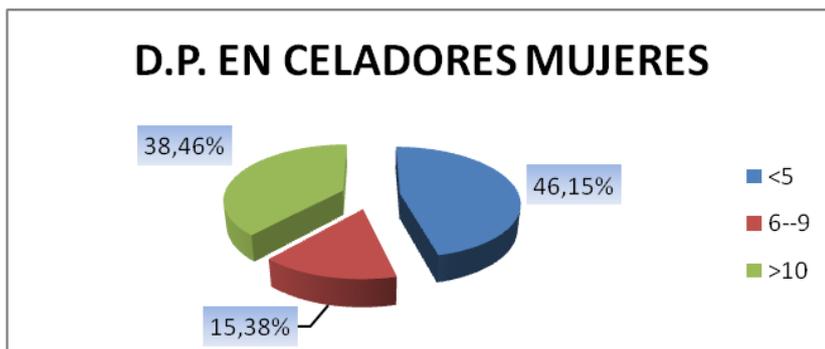


Figura 23. Distribución de la muestra en la subescala D.P. en el sexo femenino en la categoría profesional celadores en %

En esta representación sí que se observa clara diferencia entre hombres y mujeres, siendo los hombres los que porcentualmente presentan puntuaciones más bajas que las mujeres.

En el resto de categorías laborales estudiadas las puntuaciones obtenidas han sido todas puntuaciones bajas como se representa a continuación en las Tablas 39, 40 y 41:

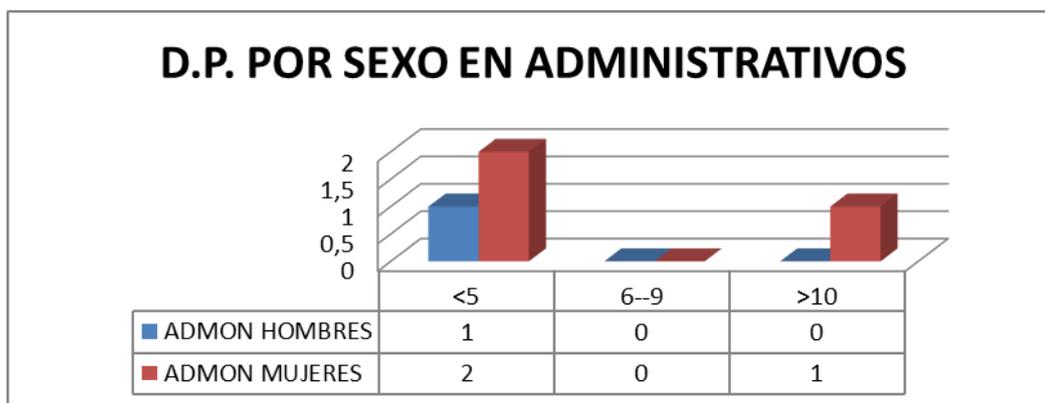


Tabla 39. Distribución de la muestra en la subescala D.P. por sexo en la categoría profesional administrativos

D.P. POR SEXO EN TÉCNICOS ESPECIALISTAS

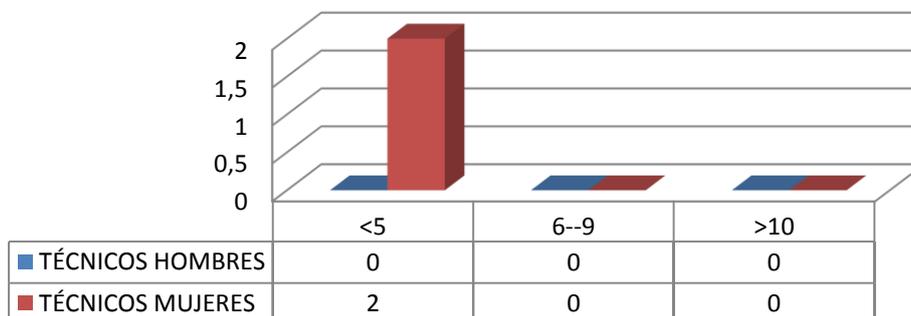


Tabla 40. Distribución de la muestra en la subescala D.P. por sexo en la categoría profesional técnicos especialistas

D.P. POR SEXO EN MANTENIMIENTO

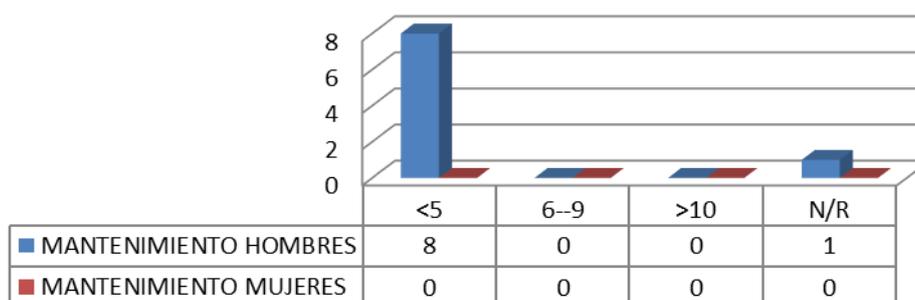


Tabla 41. Distribución de la muestra en la subescala D.P. por sexo en la categoría profesional mantenimiento.

4.3.3. SUBESCALA REALIZACIÓN PERSONAL (R.P.)

Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. La puntuación máxima es de 48 puntos y la puntuación es inversamente proporcional al grado de burnout. Es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto.

A nivel general podemos decir que el 58,04% de los trabajadores del CAULE tienen una puntuación alta en R.P., el 22,32% puntuaciones medias y el 18.30% puntuaciones bajas (Tabla 42):

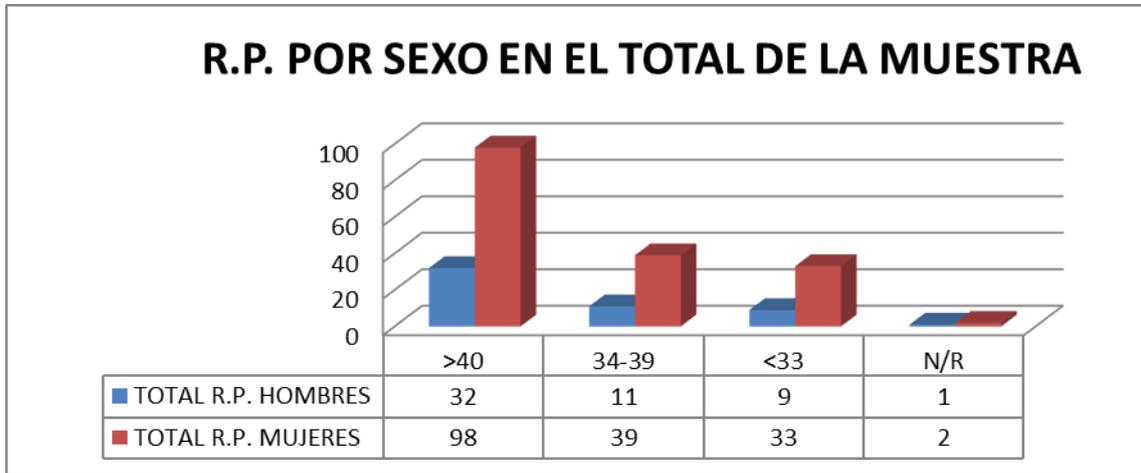


Tabla 42. Distribución de la muestra en la subescala R.P. por sexo

Relacionando la variable R.P. con el sexo en el total de la muestra obtenemos las Figuras 24 y 25, siendo los porcentajes muy semejantes en hombres y mujeres.:

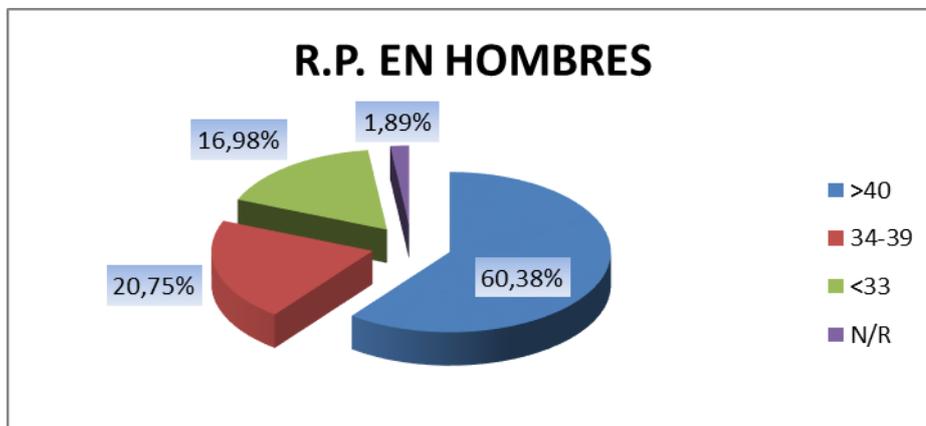


Figura 24. Distribución de la muestra en la subescala R.P. en el sexo masculino en %

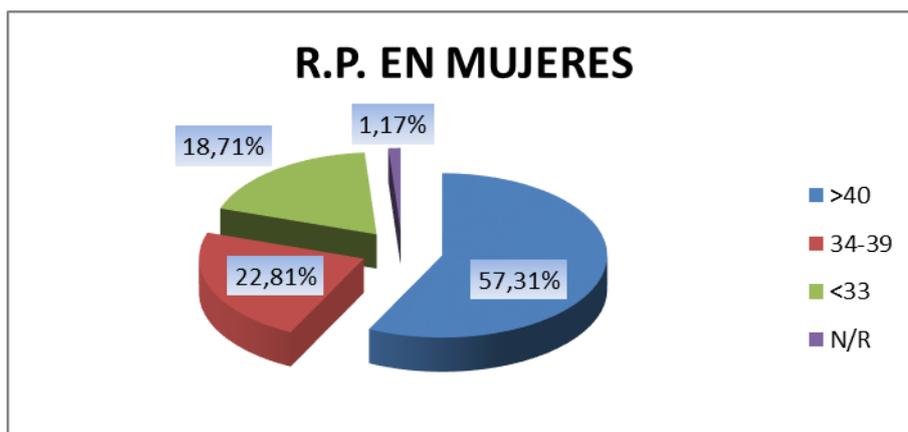


Figura 25. Distribución de la muestra en la subescala R.P. en el sexo femenino en %

Como en las subescalas anteriores se ha estudiado la variable por sexo en cada categoría profesional con los siguientes resultados:

MÉDICOS

Entre los médicos entrevistados se produjeron los resultados recogidos en la Tabla 43 y las figuras 26 y 27):

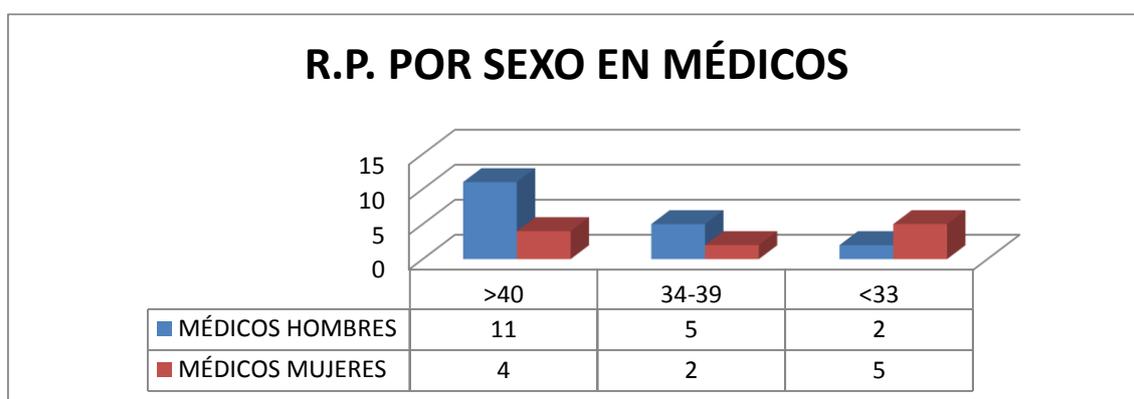


Tabla 43. Distribución de la muestra en la subescala R.P. por sexo en la categoría profesional médicos

Es decir, el 51,72% manifestaron tener una alta realización persona;, el 24,14% una puntuación media y el 24,14% una baja puntuación. Sin embargo si lo desglosamos por sexo vemos que realmente la R.P. es mucho más alta en el personal médico masculino que femenino como demuestran los gráficos siguientes:

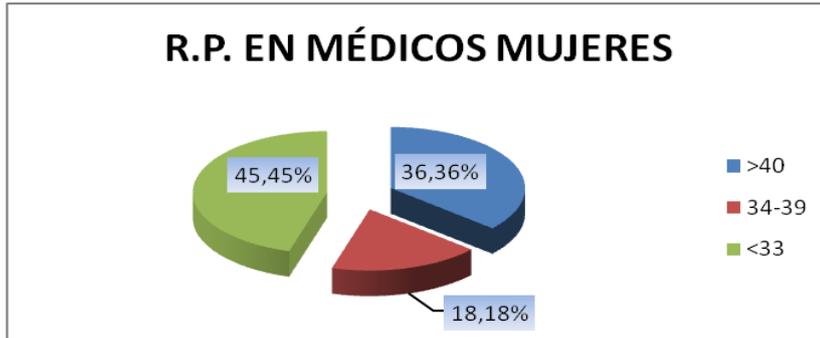


Figura 26. Distribución de la muestra en la subescala R.P. en el sexo masculino en la categoría profesional médicos en %

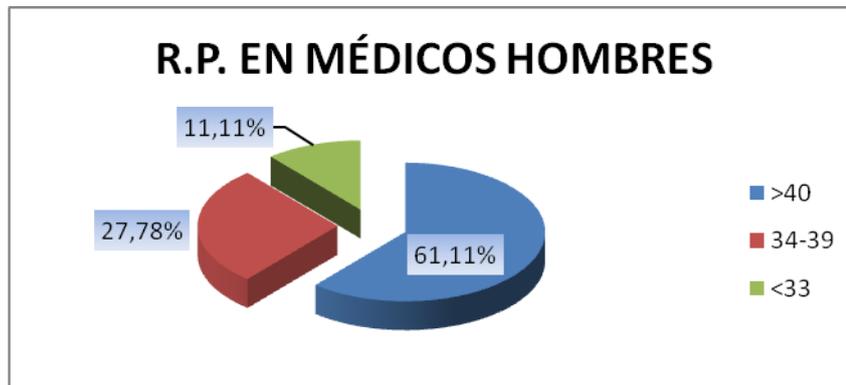


Figura 27. Distribución de la muestra en la subescala R.P. en el sexo femenino en la categoría profesional médicos en %

ENFERMERAS

Dentro de las enfermeras se observa sin embargo, que las puntuaciones son más homogéneas en general y distribuidas por sexo como a continuación se refleja (Tabla 44 y Fig 28 y 29):

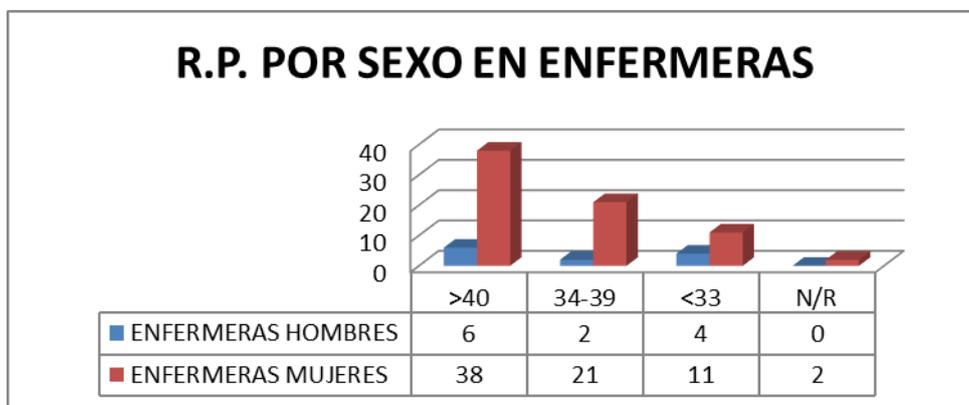


Tabla 44. Distribución de la muestra en la subescala R.P. por sexo en la categoría profesional enfermeras

donde se observa que el 52,38% tienen una puntuación alta en R.P., el 27,38% una puntuación media y el 17,86% puntuaciones bajas.

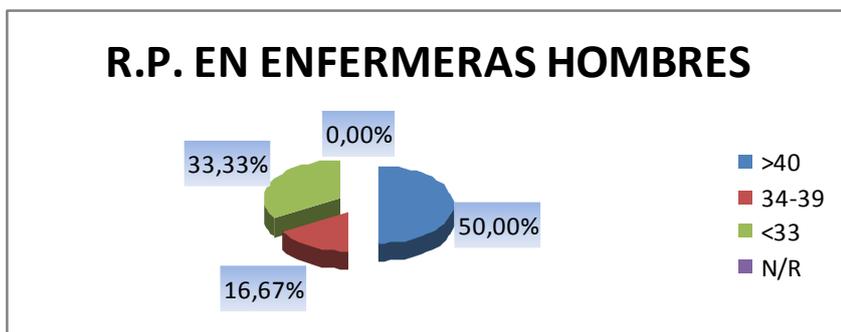


Figura 28 Distribución de la muestra en la subescala R.P. en el sexo masculino en la categoría profesional enfermeras en %

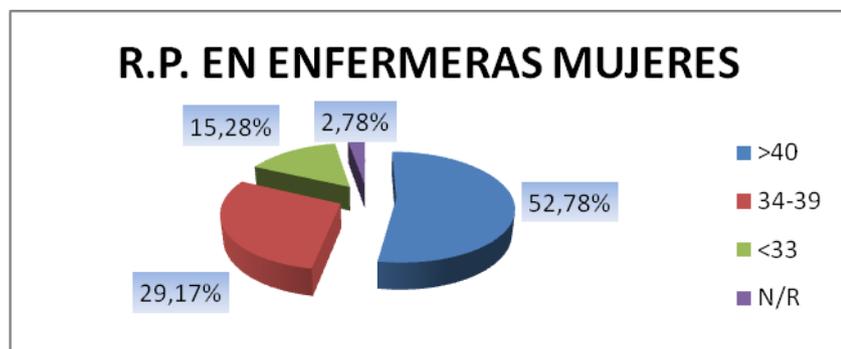


Figura 29. Distribución de la muestra en la subescala R.P. en el sexo femenino en la categoría profesional enfermeras en %

TCAE

En las TCAE se obtuvieron los siguientes resultados (Tabla 45):

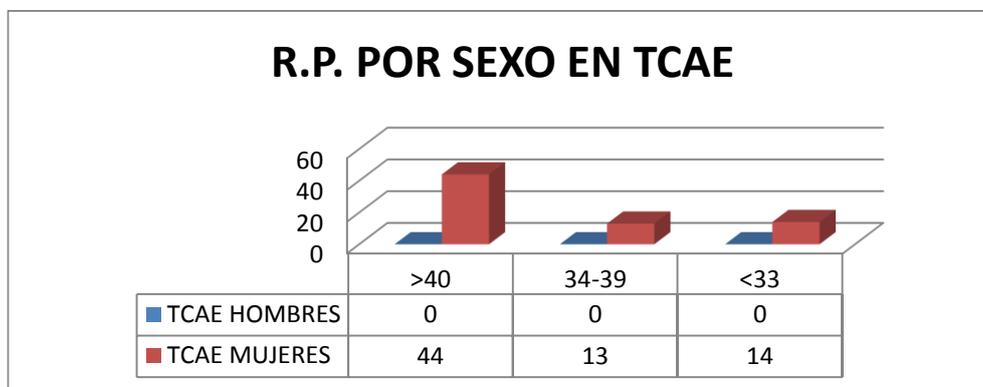


Tabla 45. Distribución de la muestra en la subescala R.P. por sexo en la categoría profesional TCAE

En las que también se observa que más de la mitad de las encuestadas, el 61,97%, tuvieron puntuaciones altas, el 18,31% puntuaciones medias y el 19,72% puntuaciones bajas.

CELADORES

En los celadores se produce una situación muy semejante a la de los médicos como se muestra a continuación (Tabla 46 y Figuras 30 y 31):

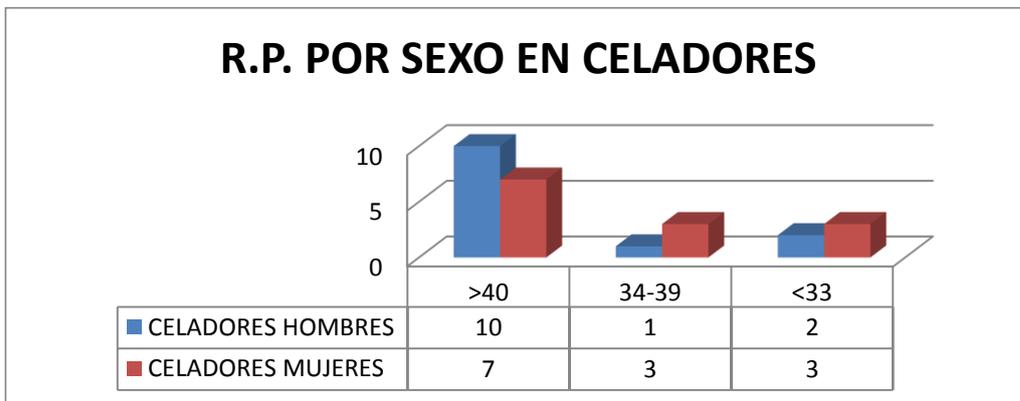


Tabla 46. Distribución de la muestra en la subescala R.P. por sexo en la categoría profesional celadores.

Donde el 65,38% tienen puntuaciones altas, el 15,38% puntuaciones medias y el 19,23% puntuaciones bajas. Pero estos porcentajes tienen una alta variabilidad si los relacionamos con la variable sexo como puede apreciarse en las figuras siguientes:

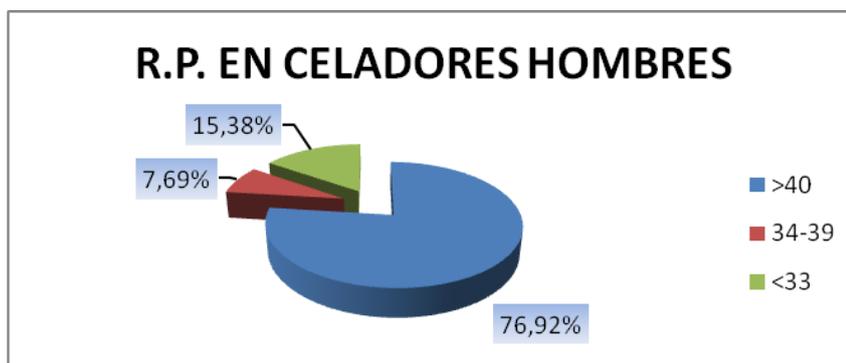


Figura 30. Distribución de la muestra en la subescala R.P. en el sexo masculino en la categoría profesional celadores en %

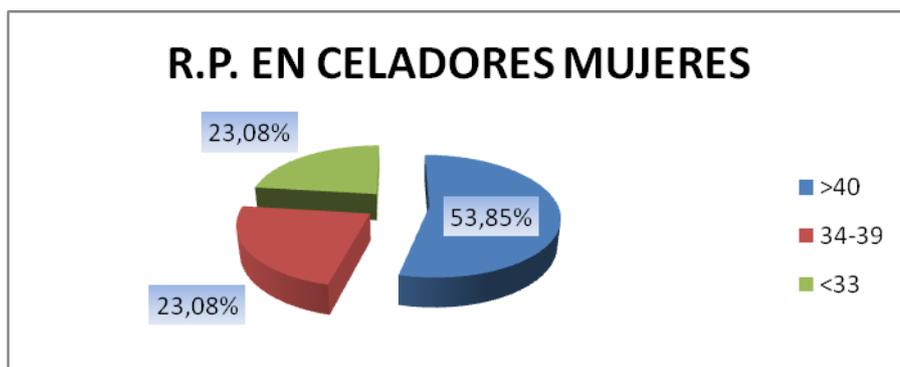


Figura 31. Distribución de la muestra en la subescala R.P. en el sexo femenino en la categoría profesional celadores en %

Donde se observa claramente que dentro de los celadores los hombres presentan mayor R.P. que las mujeres.

En las categorías profesionales de mantenimiento, administrativos y técnicos especialistas no aparecieron trabajadores con puntuaciones bajas en R.P.

4.4. RESULTADOS DE BURNOUT

Como ya establecimos en el apartado de Material y Métodos para definir la presencia de las distintas graduaciones de burnout presentamos a continuación los puntos de corte de cada categoría (Tabla 47):

	A.E.	D.P.	R.P.
ALTO	>27	>10	<33
MEDIO	19-26	6--9	34-39
BAJO	<8	<5	>40

Tabla 47. Puntos de corte para determinar las escalas de burnout en relación con sus tres subescalas

En base a estos puntos de corte establecidos hemos obtenido la Figura 32 donde se pone de manifiesto la distribución del Síndrome de burnout en el total de nuestra muestra, donde se puede apreciar que el 60,11 % del personal del CAULE estudiado presenta un grado de burnout superior o igual al grado medio.

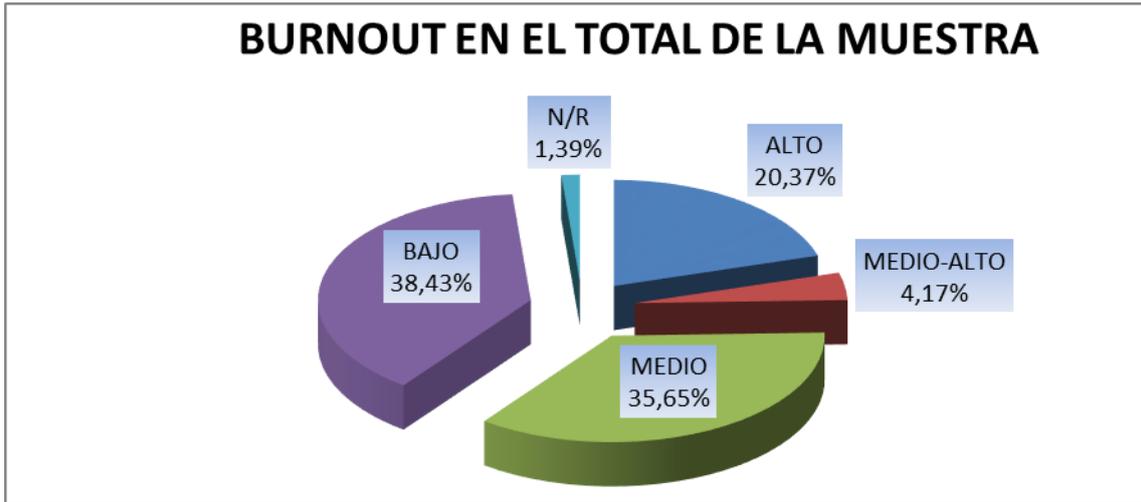


Figura 32. Distribución de la muestra en burnout en %

Estudiando los resultados en términos generales y distribuyendolos también por sexo se obtienen los siguientes tablas y figuras (Tabla 48 y Figuras 33 y 34):

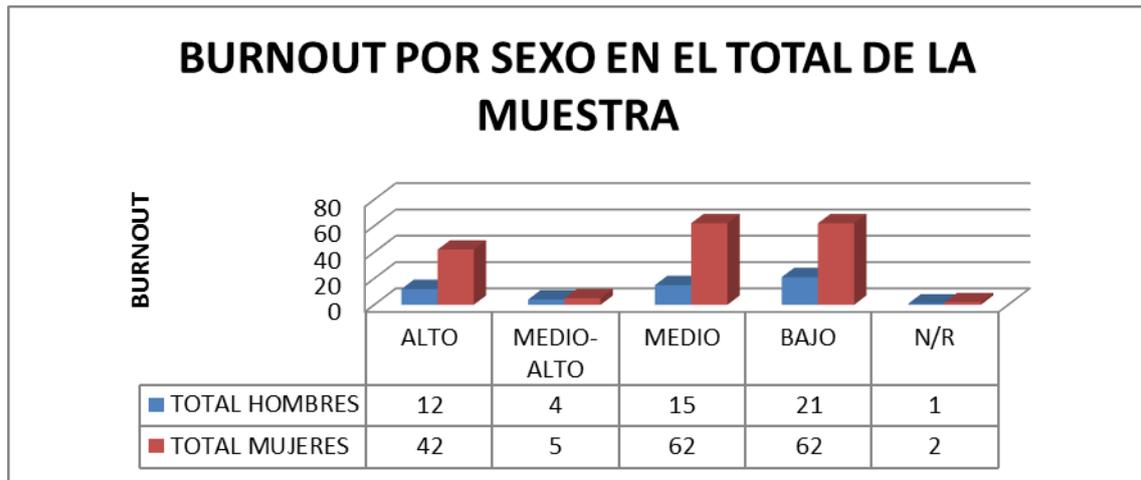


Tabla 48. Distribución de la muestra en burnout por sexo

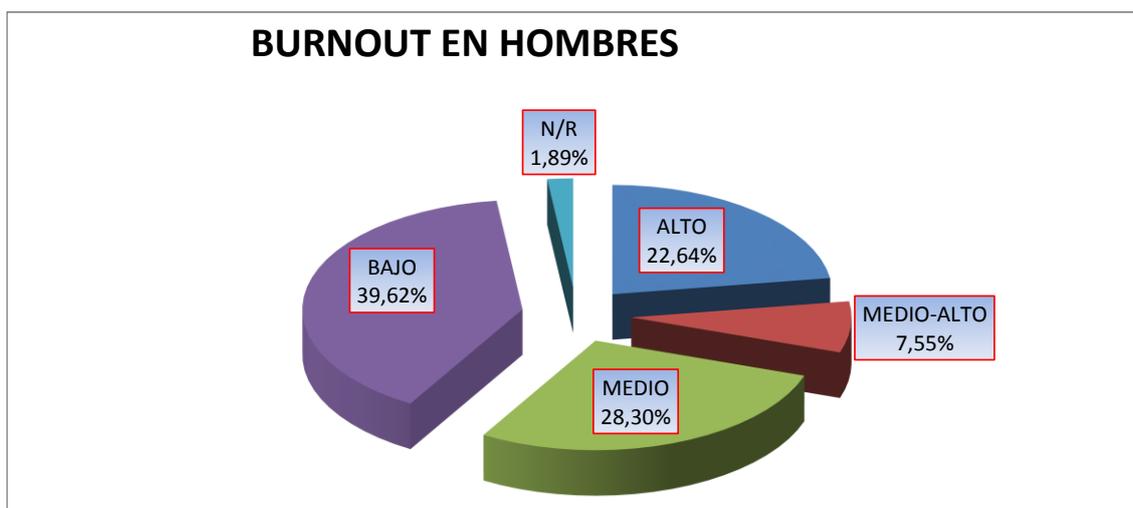


Figura 33 . Distribución de la muestra en burnout en el sexo masculino en %

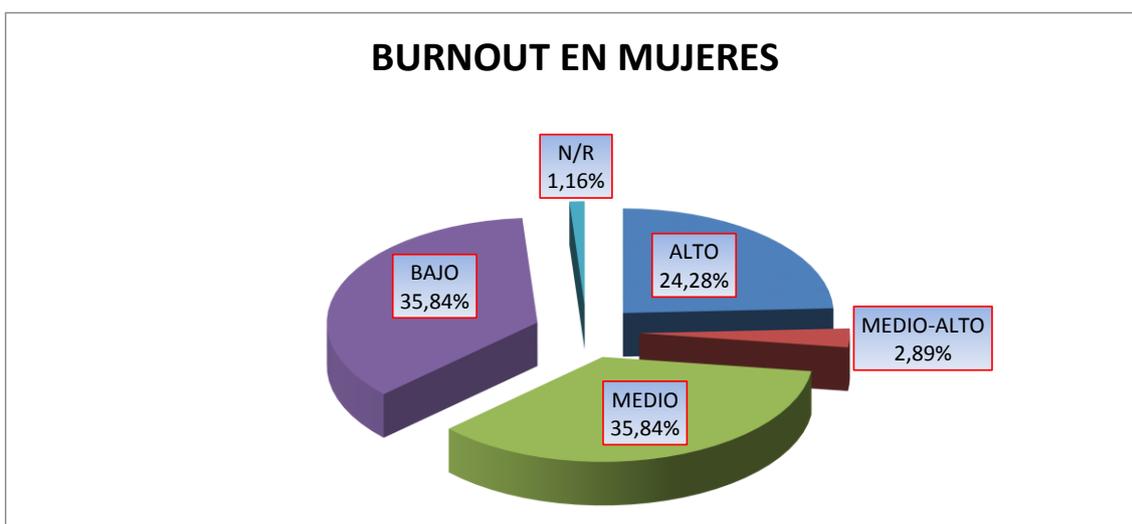


Figura 34 . Distribución de la muestra en burnout en el sexo femenino en %

Donde se observa que los niveles del síndrome son muy semejantes entre hombres y mujeres.

En base a estos parámetros y haciendo como en casos anteriores, hemos relacionado el burnout con el sexo para cada categoría profesional, obteniéndose las siguientes tablas y figuras:

MÉDICOS

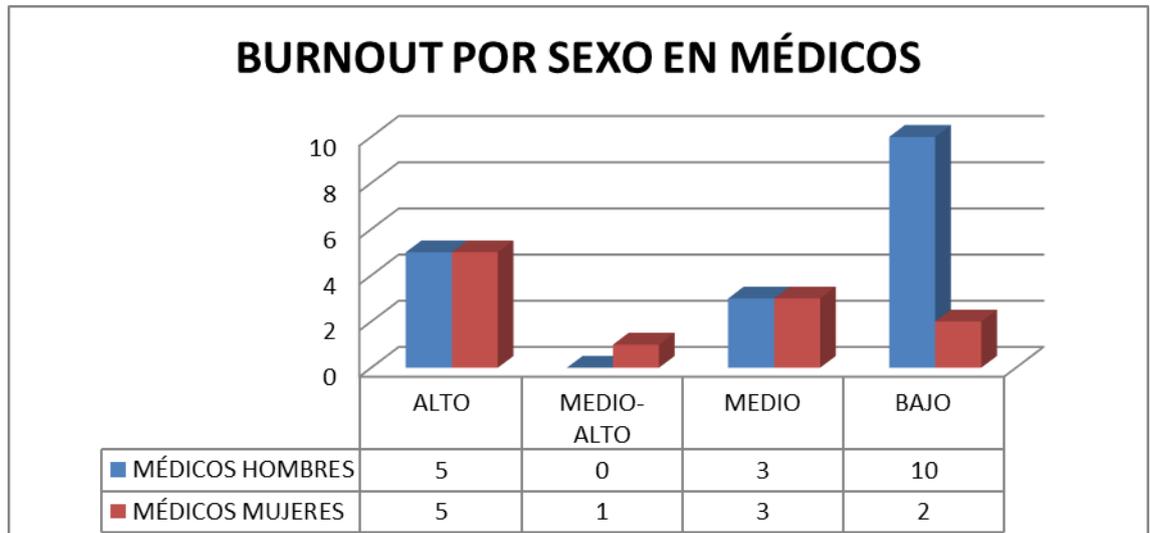


Tabla 49. Distribución de la muestra en burnout por sexo en la categoría profesional médicos

Categoría en la que se puede observar que un porcentaje medio alto de médicos presenta burnout alto o se encuentra en situación de riesgo de poder padecerlo y un 41,38% no se encuentra en situación de riesgo.

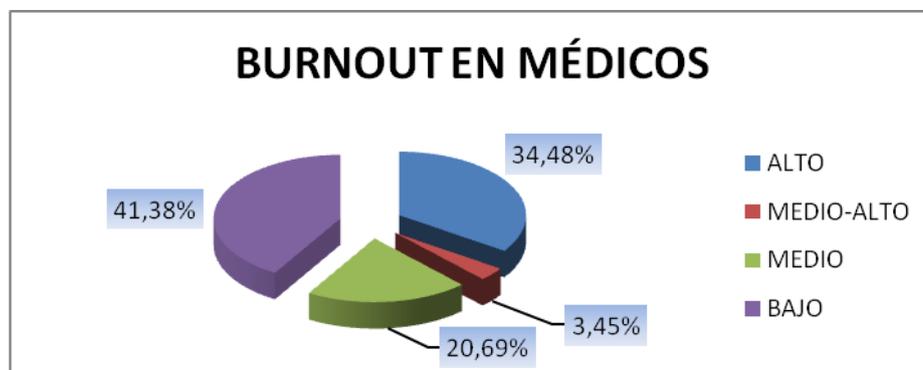


Figura 35. Distribución de la muestra en burnout en la categoría profesional médicos en %

ENFERMERAS

Dentro de las enfermeras hemos querido también significar las diferencias por sexo al ser un grupo en el que mayoritariamente predominan las mujeres. Así a nivel general hemos obtenido los siguientes valores:

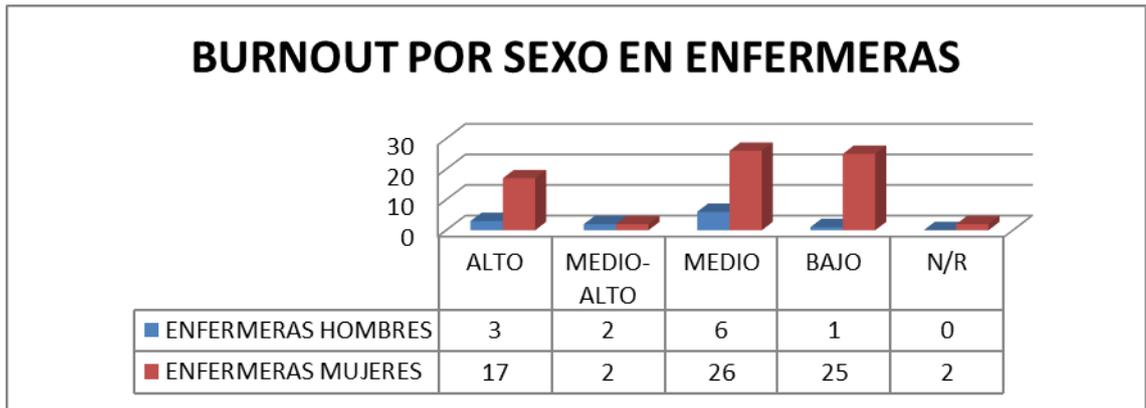


Tabla 50. Distribución de la muestra en burnout por sexo en la categoría profesional enfermeras

Si estos datos los estudiamos en relación al sexo obtenemos las siguientes figuras:

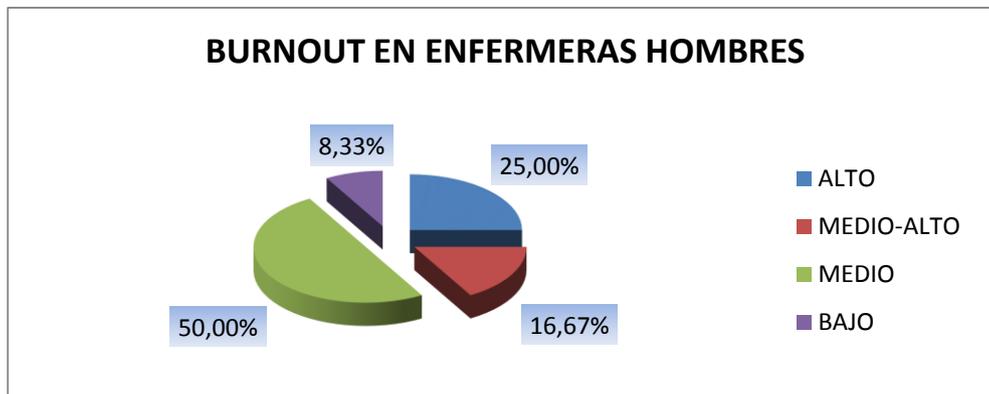


Figura 36. Distribución de la muestra en burnout en el sexo masculino en la categoría profesional enfermeras en %

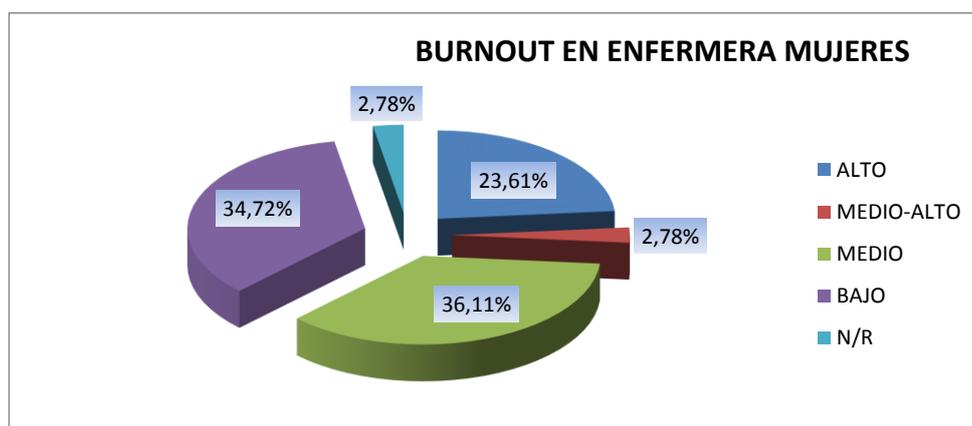


Figura 37. Distribución de la muestra en burnout en el sexo femenino en la categoría profesional enfermeras en %

Con lo que podemos decir que claramente el personal de enfermería masculino se encuentra, proporcionalmente, más afectado por el síndrome que el personal femenino.

TCAE

En las TCAE se obtuvieron las puntuaciones reflejadas en la Tabla 51 que trasladándolo a porcentajes se recogen en la Figura 38.

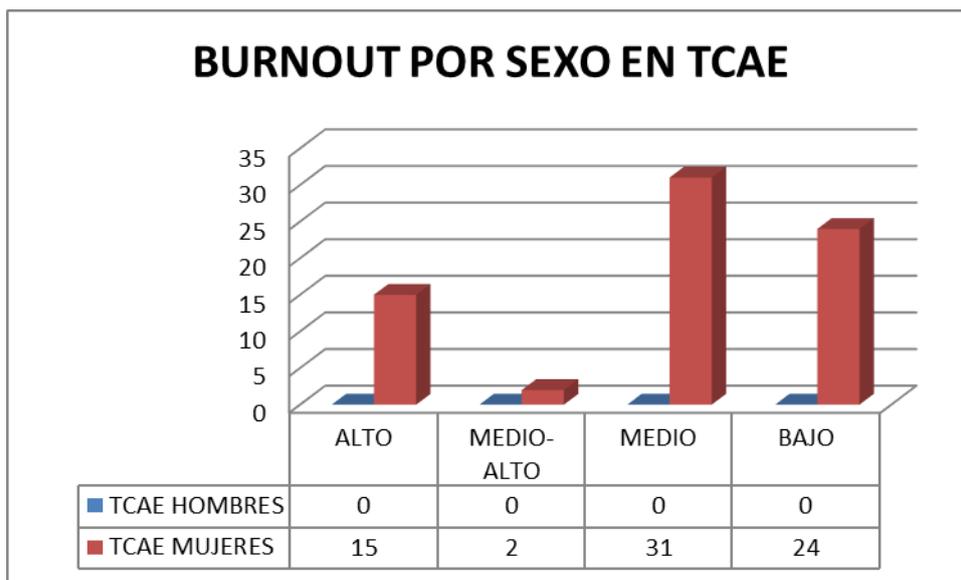


Tabla 51. Distribución de la muestra en burnout por sexo en la categoría profesional TCAE

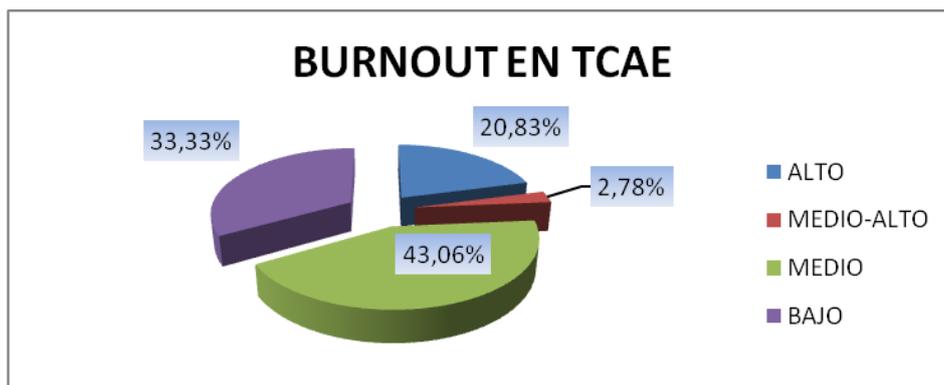


Figura 38. Distribución de la muestra en burnout en la categoría profesional TCAE en %

CELADORES

En la Tabla 52 se recogen las puntuaciones en burnout en celadores:

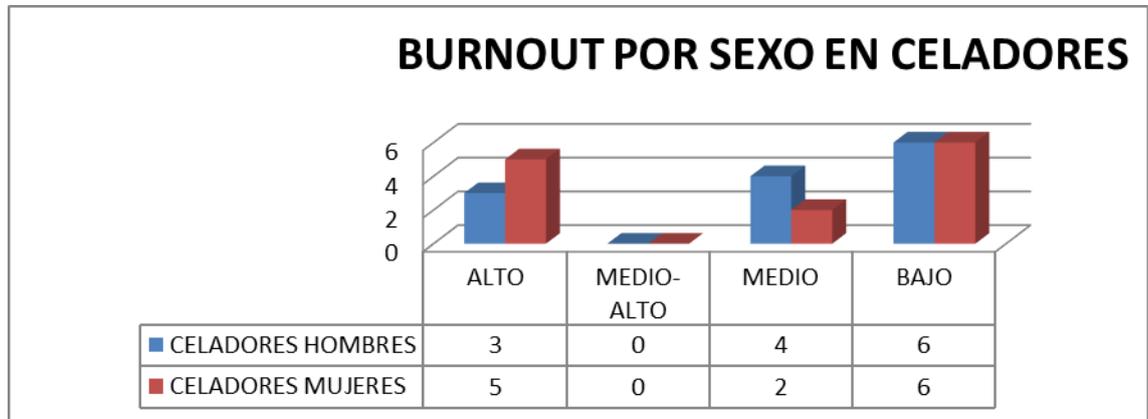


Tabla 52. Distribución de la muestra en burnout por sexo en la categoría profesional celadores

Que trasladándolo a porcentajes tendríamos:

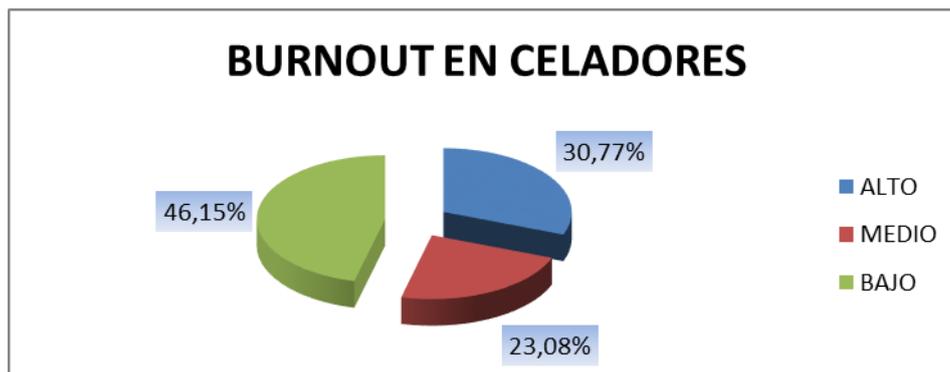


Figura 39. Distribución de la muestra en burnout en la categoría profesional celadores en %

MANTENIMIENTO

El personal de mantenimiento presentó el siguiente gráfico de resultados (Tabla 53):

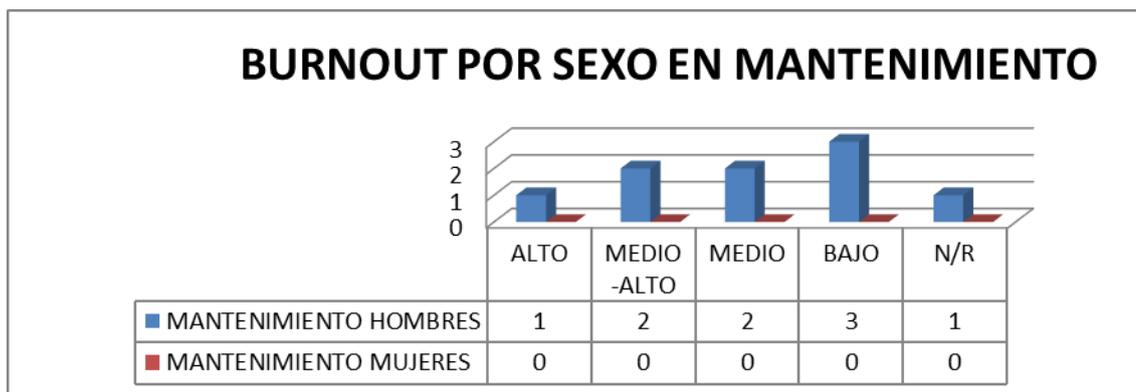


Tabla 53. Distribución de la muestra en burnout por sexo en la categoría profesional mantenimiento

En el resto de categorías estudiadas no apareció ningún profesional con puntuaciones distintas a las consideradas bajas.

4.5. REALIZACIÓN DE TURNOS.

En este apartado hemos centrado nuestro estudio en aquellas categorías profesionales que realizan turnos de trabajo que son enfermeras, TCAE y celadores.

Se ha preguntado a los encuestados por cómo la realización de turnos laborales, con la afectación y alteración de los ritmos circadianos naturales como son los ciclos de sueño y vigilia, afecta a su vida cotidiana y a la conciliación de la vida laboral con la vida personal. Esta variable se estudio, como ya se comentó en el apartado de Material y Métodos, mediante la realización de una encuesta had-hoc que hemos valorado considerando 4 grados de afectación, donde el cero era nula afectación, el 1 afectación leve, el 2 afectación moderada y el 3 mucha afectación.

Este parámetro lo consideramos muy importante porque puede darnos una aproximación al grado de afectación que pueden llegar a sufrir los trabajadores que realizan turnos, que pueden conducir, como luego explicaré en la discusión, a la automedicación con fármacos inductores del sueño.

Podemos apreciar que el 65,80% del total de la muestra evaluada en este parámetro presenta algún grado de afectación por la realización de turnos (Figura 40):



Figura 40. Distribución de la muestra en grado de afectación por la realización de turnos en %.

Como puede apreciarse la afectación por realización de turnos presenta mayor porcentaje en mujeres que en hombres, así como una mayor afectación en grado 3 (Figura 41 y 42):



Figura 41. Distribución de la muestra en grado de afectación por la realización de turnos en el sexo masculino en %.



Figura 42 . Distribución de la muestra en grado de afectación por la realización de turnos en el sexo femenino en %.

En cuanto a la afectación por la realización de turnos, para cada una de las categorías profesionales estudiadas y según el sexo, mostró los siguientes resultados:

En la categoría profesional de enfermeras sólo el 38,10% de las enfermeras/os encuestados reflejaron no tener ningún grado de afectación con la realización de turnos y el 13,10% presentaban afectación máxima (Tabla 54):

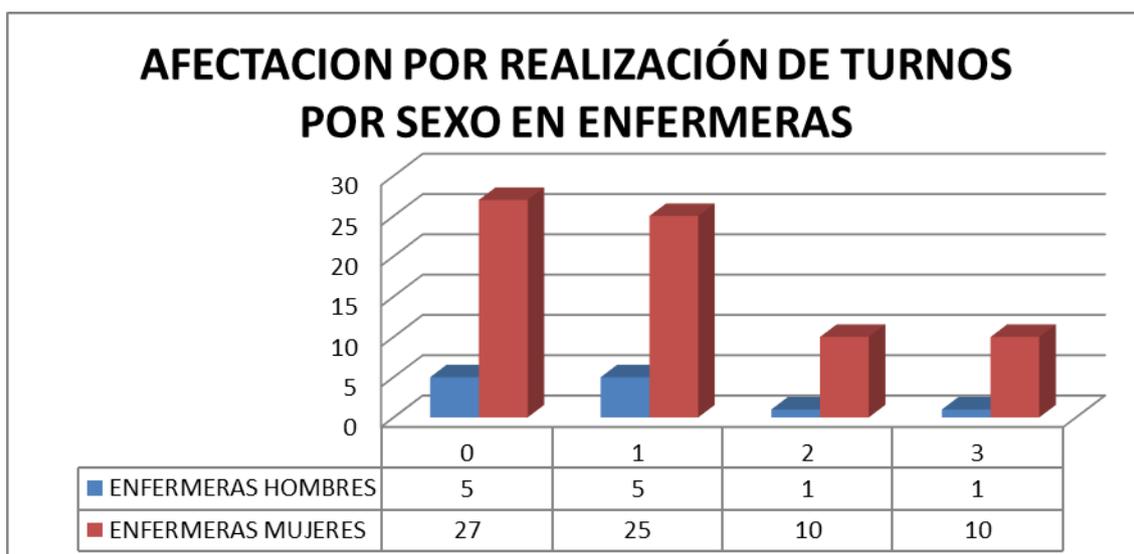


Tabla 54. Distribución de la muestra en grado de afectación por la realización de turnos por sexo en la categoría profesional enfermeras.

Por sexos (Tabla 54) se observa que la afectación en hombres es menor que en mujeres ya que el 41,67% de los hombres no presentaba

afectación frente al 37,50% de las mujeres. Así mismo el 8,33% de los hombres tenían un grado tres de afectación frente al 13,89% de las mujeres.

En la categoría profesional TCAE, formada solo por mujeres (Tabla 55), se observa que el 49,30% manifestaron no sentirse afectada por la realización de turnos, mientras que el 12,68% manifestaron tener un grado de afectación máxima.

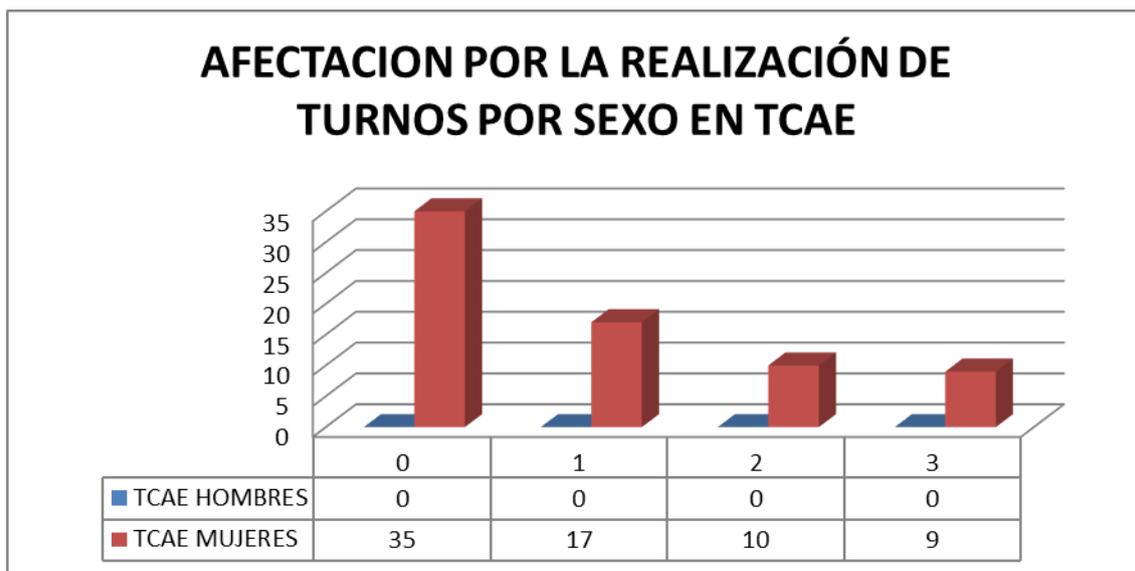


Tabla 55. Distribución de la muestra en grado de afectación por la realización de turnos por sexo en la categoría profesional TCAE.

En la categoría profesional de celador se observa que el 50% manifestaron no tener afectación por la realización de turnos, no habiendo tampoco ninguno que tuviera afectación de grado 3.

Por sexos (Tabla 56) se aprecia también un porcentaje menor de afectación en hombres que en mujeres (un 46,15% de mujeres no presentaban afectación frente a un 53,85% en hombres)

AFECTACION POR LA REALIZACIÓN DE TURNOS POR SEXO EN CELADORES

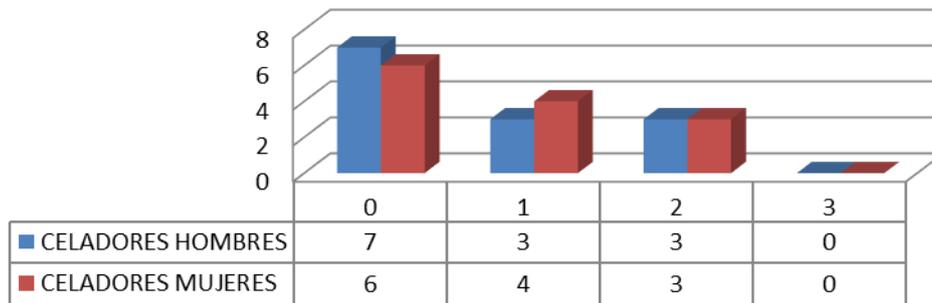


Tabla 56. Distribución de la muestra en grado de afectación por la realización de turnos por sexo en la categoría profesional celadores.

Como puede apreciarse en cada una de las categorías profesionales mencionadas, en términos generales, la afectación por la realización de turnos, así como en el grado de afectación en el grado 3 se produce mayoritariamente en mujeres y en porcentajes similares a los obtenidos en el total de la muestra.

4.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para determinar la existencia de diferencias en las distribuciones tanto de las tres subescalas de burnout (A.E., D.P., R.P.) como de la distribución del propio síndrome con respecto a la categoría profesional, realizamos la prueba del chi-cuadrado. Hay que destacar que para mantener la precisión de la estimación hemos tenido que agrupar algunas categorías profesionales en función del número de encuestas recibidas, agrupando las categorías de administrativos, celadores, mantenimiento y técnicos especialistas en una única categoría denominada personal no sanitario. Así la categoría 1 corresponde a médicos, la 2 a enfermeras, la 3 a TCAE y la 4 al resto de profesiones.

Como se puede apreciar en la siguiente tabla (Tabla 57) podemos afirmar que las distribuciones por niveles de burnout, A.E. y R.P. no difieren en función de la categoría profesional

	Estadísticos	Sig.asintótica	Diferencias
Burnout	11,510	0,074	NO
A.E.	10,972	0,089	NO
R.P.	3,611	0,729	NO
D.P.	13,424	0,037	SI

Tabla 57. Resultados de prueba chi-cuadrado para burnout y sus tres dimensiones en función de la categoría profesional

No ocurre lo mismo con las distribuciones por niveles de D.P. en la que obtenemos un resultado de chi-cuadrado de 13,424 con una significación del 0,037; pudiendo concluir que los niveles de D.P. difieren en función de la categoría profesional.

A la hora de determinar entre que categorías profesionales se manifiestan las diferencias para los niveles de D.P. realizamos, en primer lugar, la correspondiente prueba de chi-cuadrado para comparar entre el personal sanitario las distribuciones por niveles de D.P. Se obtuvo un valor de 5,474 con una significación de 0,242. No obteniendo, en consecuencia, diferencias en las distribuciones de los niveles de D.P. en el personal sanitario.

A continuación, comparamos las distribuciones en los niveles de D.P. entre personal sanitario y personal no sanitario obteniendo un valor 7,676 con una significación de 0,022. Podemos afirmar que existen diferencias en las distribuciones de los niveles de D.P. entre el personal sanitario y el personal no sanitario.

Seguidamente, pretendemos analizar para qué nivel de D.P. existen diferencias en las proporciones para el personal sanitario y el personal no sanitario. De los resultados obtenidos en la prueba anterior se establecen dos grupos de niveles con la misma proporción. Los grupos son {bajo, alto} y {medio, alto}. Para corroborar esta afirmación se realizó la prueba (chi-cuadrado) de comparación de proporciones, obteniéndose un valor de 7,634 en la prueba de chi-cuadrado con una significación asintótica de 0,006. Esto nos permite afirmar que las proporciones de niveles medio y bajo de D.P. difieren entre el personal sanitario y el personal no sanitario.

Realizamos las pruebas de normalidad para las características (continuas) que nos miden el valor numérico de burnout y de cada una de sus subescalas. Obtuvimos los siguientes resultados (Tabla 58)

A.E.

Categoría	g.l.	Estadístico	Significación
MÉDICO	29	0,950 ^a	0,184
ENFERMERA	82	0,105 ^b	0,125
TCAE	71	0,101 ^b	0,068
PERSONAL NO SANITARIO	41	0,943 ^a	0,043

D.P.

Categoría	g.l.	Estadístico	Significación
MÉDICO	29	0,958 ^a	0,298
ENFERMERA	82	0,148 ^b	0,000
TCAE	71	0,211 ^b	0,000
PERSONAL NO SANITARIO	41	0,734 ^a	0,000

R.P.

Categoría	g.l.	Estadístico	Significación
MÉDICO	29	0,850 ^a	0,001
ENFERMERA	82	0,114 ^b	0,011
TCAE	71	0,186 ^b	0,000
PERSONAL NO SANITARIO	40	0,783 ^a	0,000

BURNOUT

Categoría	g.l.	Estadístico	Significación
MÉDICO	29	0,945 ^a	0,133
ENFERMERA	82	0,114 ^b	0,011
TCAE	71	0,101 ^b	0,071
PERSONAL NO SANITARIO	40	0,945 ^a	0,050

^aShapiro-Wilk ^bKolgomorov-Smirnov, g.l. grados de libertad

Tabla 58. Resultados de las pruebas de normalidad para burnout y sus tres subescalas

Podemos comprobar que tanto los valores de Burnout como los de sus subescalas presentan, para alguno de los grupos que plantean las características profesionales, distribuciones que no podemos asumir como normales. En consecuencia, si queremos analizar la existencia de diferencias, en función de las categorías profesionales, de los valores de

burnout y sus subescalas, realizaremos las correspondientes pruebas de Kruskal-Wallis. Se obtuvieron los siguientes resultados (Tabla 59):

	Estadísticos	Sig. asintótica	Diferencias
Burnout	5,345	0,148	NO
A.E.	5,264	0,153	NO
R.P.	5,575	0,134	NO
D.P.	13,599	0,004	SI

Tabla 59. Resultados de la prueba de Kruskal-Wallis para burnout y sus tres subescalas

Observamos así que para A.E., R.P. y burnout no se encuentran diferencias significativas, pero si en la subescala D.P.

Considerando la subescala D.P. para cuyos valores existen diferencias en función de la categoría profesional, realizamos las correspondientes pruebas de Mann-Whitney, de comparación por pares; obteniendo los siguientes resultados (Tabla 60):

	MÉDICOS					
ENFERMERAS	=					
	U 944	Sig 0,089	ENFERMERAS			
TCAE	=		=			
	U 744	Sig 0,080	U 2767	Sig 0,596	TCAE	
PERSONAL NO SANITARIO	≠		≠		≠	
	U 314	Sig 0,001	U 1190	Sig 0,008	U 1094	Sig 0,027

Tabla 60. Resultados de la prueba de Mann-Whitney de comparación por pares

Y así podemos decir que mientras que los valores de D.P. entre médicos y enfermeras y entre TCAE y enfermeras son equivalentes, no ocurre lo mismo entre el personal no sanitario y el resto de categorías sanitarias. Analizando los valores descriptivos (rangos promedio) de la prueba de Kruskal-Wallis (Tabla 61) comprobamos que el personal no sanitario obtiene los menores valores entre categorías profesionales:

	POBLACIÓN	RANGO PROMEDIO
MÉDICOS	29	139,95
ENFERMERAS	82	116,76
TCAE	71	111,04
PERSONAL NO SANITARIO	41	84,38

Tabla 61. Rangos promedio de la prueba de Kruskal-Wallis para la subescala D.P.

Entendemos que estos resultados son razonables ya que el personal no sanitario tiene una escasa relación con el paciente, y su trabajo debe de tener un bajo valor en la subescala D.P.



Si hubiera una sola verdad, no se podrían hacer cien lienzos sobre el mismo tema

Pablo Ruiz Picasso

DISCUSIÓN

5. DISCUSIÓN.

A partir de la década de los 80 uno de los enfoques más específicos que ha recibido el estrés de los profesionales de los servicios de salud ha sido el proveniente del modelo de burnout, especialmente el propuesto por Maslach y Jackson en 1981, según el cual se caracteriza por un proceso marcado por el agotamiento emocional, la despersonalización y el abandono de la realización personal. Ambas autoras proponen el burnout como un síndrome de estrés crónico propio de aquellas profesiones de servicios que se caracterizan por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o dependencia.

El agotamiento emocional se caracteriza por la pérdida de atractivo y cualquier sentimiento de satisfacción que pudo, en un pasado, tener la realización de las actividades habituales. Conlleva un cierto sentimiento de frustración como consecuencia de haber intentado modificar situaciones, relaciones y procedimientos sin obtener ningún resultado por ello.

La despersonalización se considera el núcleo del burnout. Básicamente es un mecanismo de defensa para evitar el aumento de los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. Se manifiesta por un marcado desinterés por los pacientes que se debe atender, la pérdida de empatía humana e incluso la culpabilización del estado de necesidad en el que se ven envueltos, pudiendo conllevar a la depresión y la hostilidad y al cinismo (Lenner, 1980).

El abandono de la realización personal es el sentimiento de que cada vez más el trabajo no merece la pena, que es imposible cambiar las cosas y la aparición finalmente del pensamiento de cambio de trabajo, acompañada de una pérdida de ilusión y del idealismo del propio trabajo.

Antes de continuar es importante hacer unas reflexiones sobre el instrumento de medida del burnout, en sus tres dimensiones o subescalas, usado en este trabajo, el Maslach Burnout Inventory (MBI).

Actualmente existen tres versiones del MBI: la primera es el MBI Human Services Survey (MBI-HSS), versión clásica del MBI que está dirigida a los profesionales de la salud. La segunda versión está dirigida a los profesionales de la educación, y se denomina MBI-Educators Survey (MBI-ES). Y por último la tercera versión, el MBI-General Survey

(MBIGS), está dirigido a todo tipo de profesionales, no sólo a los que trabajan con personas.

Existen varias adaptaciones del MBI al español, que han reproducido su estructura trifactorial y que han comprobado la validez factorial y la consistencia interna de este cuestionario de medida (Moreno et al., 1991; Seisdedos, 1997).

Sin embargo, se ha descrito la existencia de un problema psicométrico en el MBI, que está relacionado con los valores alfa de Cronbach, ya que éstos son relativamente bajos para la dimensión de despersonalización. Para Cebriá Andreu (2003), de las tres escalas de este cuestionario de medida, sólo la que mide el cansancio emocional ha demostrado un buen rendimiento, de forma que las otras dos (despersonalización y realización personal) son de aplicación más dudosa. Por tanto, se está midiendo un fenómeno con un instrumento que fundamentalmente detecta situaciones de estrés emocional, y según este autor, quizá no todo el estrés emocional sea burnout. Por este motivo, se están ensayando otros cuestionarios más operativos, como el S-MBM, que mide tres escalas diferentes: fatiga física, agotamiento emocional y abatimiento cognitivo (Cáceres, 2006).

Hoy en día el MBI es el instrumento utilizado con mayor frecuencia para medir el síndrome de desgaste profesional, independientemente de las características ocupacionales de la población analizada.

En lo que se refiere a la respuesta obtenida en este trabajo se recibieron el 37,57% de las encuestas enviadas, porcentaje 5 puntos menor que en el estudio del año 98 realizado en el mismo hospital. La tasa de respuesta recibida consideramos que es baja, aunque no tan baja como la obtenida en el estudio sobre médicos oncólogos brasileños que fue del 5% (Tucundura et al., 2006).

Esto puede ser debido principalmente a dos motivos, por un lado la falta de motivación general del personal del centro a participar en cualquier tipo de estudio, y por otro, que a los profesionales encuestados se les enviara los cuestionarios por correo en vez de realizar una entrevista personal. Se ha comprobado que en los estudios en los que el cuestionario es enviado por correo la tasa de respuesta es más baja, como en el

mencionado anteriormente (Tucundura et al., 2006) o en el propio realizado en el año 1998 en el CAULE (Ramos et al., 1998).

En otros estudios se han obtenido tasas muy altas de respuestas como el realizado en el hospital de Mataró con un 98% (Pera y Serra-Prat, 2002), o el realizado en Atención primaria y Atención especializada en Guadalajara (Atance, 1997), realizados ambos mediante entrevista personalizada. En un estudio publicado en el año 2014 sobre como los distintos modelos de gestión administrativa pueden influir en la aparición de estrés laboral y burnout en personal de enfermería de Atención especializada la tasa de respuesta alcanzó el 84,20% (Frutos, 2014).

Hay también trabajos publicados con tasas bajas de respuestas como el realizado en un estudio sobre médicos de familia españoles (Esteva y Yaman, 2005) con una tasa de respuesta del 30%, o el realizado en varios hospitales de Gerona con una tasa de respuesta del 47,8% (Grana y García, 2005).

No obstante la tasa de respuestas en la mayoría de los trabajos publicados oscila entre el 60 y el 70% (Expósito et al., 2004; Prieto et al., 2002).

Centrándonos en los niveles de burnout y de sus tres dimensiones o subescalas obtenidos en nuestro estudio hay que decir que la bibliografía está llena de referencias de la importancia del síndrome en las profesiones sanitarias (Atance, 1997; Ramos et al., 1998; Loma-Segarra y Garrido, 2000; Albadalejo et al., 2004; Expósito et al., 2004; Martínez y López, 2005; Grau et al., 2009; Ortega et al., 2011).

A pesar de esta multitud de trabajos sobre el tema que nos atañe, encontramos una gran disparidad de resultados en lo que se refiere a las prevalencias encontradas, tanto del síndrome de burnout en general, como en cada una de sus tres subescalas. Este hecho puede ser explicado desde distintos puntos de vista; para Maslach, la presencia de las tres dimensiones del síndrome no significa que este no sea un concepto unitario, sino que más bien tiene un efecto enriquecedor del mismo, ya que muestran una serie de reacciones psicológicas que los trabajadores experimentan durante todo el proceso de desgaste profesional y esto puede explicar las diferencias que se encuentran en las prevalencias. Para esta autora, el cansancio emocional sería la primera fase y más importante del burnout, en

una segunda fase aparecería la despersonalización y parece ser que, de forma simultánea a esta, aparecería la falta de realización personal (Cáceres, 2006).

Los resultados obtenidos en nuestro estudio en las distintas categorías profesionales estudiadas, tanto en el burnout como en cada una de sus tres subescalas, se caracterizan por tener una población superior al 40% con puntuaciones medias y altas según los puntos de corte utilizados.

A continuación vamos a comparar los resultados obtenidos en nuestro estudio con los obtenidos por otros autores, aunque hay que tener en cuenta las peculiaridades laborales de la población analizada.

La inmensa mayoría de los trabajos referenciados tienen como población de estudio al personal sanitario (médicos, enfermeras y TCAE), mientras que el resto de categorías profesionales estudiadas por nosotros (celador, técnico especialista, personal de mantenimiento) no aparecen en referencias bibliográficas consultadas a excepción del trabajo de Ramos et., de 1998. Esto puede ser debido a que la mayoría de autores consideran que el estrés sanitario está relacionado directamente con los profesionales que tienen atención sanitaria directa con los pacientes, bien por una dependencia de diagnóstico y tratamiento (personal médico) o por una dependencia de cuidados (personal de enfermería).

En términos generales observamos que en los trabajadores del CAULE estudiados solo el 38,43% presentan un índice de burnout bajo, siendo esta puntuación de 39,62% en el total de los hombres frente al 35,84% del total de las mujeres. Desglosada en cada una de las tres escalas podemos decir que el 43,75% presentaban niveles medios altos en agotamiento emocional, 44,89% una media alta despersonalización y el 40,62% una baja realización personal, observándose ciertas variaciones con respecto al estudio de Ramos et., de 1998, si bien son semejantes a otros estudios publicados (Atance, 1997; Albadalejo et al., 2004; Ortega et al., 2011).

Desglosándolo por categorías profesionales observamos que los mayores niveles de A.E. se dan dentro de los profesionales médicos y sobre todo en el personal femenino donde llegan a alcanzar un porcentaje del 63,64%. En la D.P. también es dentro del personal médico donde se

encuentra el mayor porcentaje (31,03%), si bien cabe destacar que los celadores presentan un alto porcentaje igualmente (30,77%).

En la R.P. el personal con niveles más bajos son también los médicos y especialmente el personal femenino que llega a alcanzar un porcentaje del 45,45% con una baja realización personal.

Finalmente en cuanto al burnout el personal con índices más altos son los médicos con un porcentaje del 34,8%, las enfermeras con un porcentaje del 23,8% y TCAE con un 23,87%, siendo el porcentaje total de puntuaciones altas del 20,37%.

Comparando nuestro estudio con otros publicados vemos que los porcentajes obtenidos en médicos de Atención Primaria españoles (Espardo et al., 2002) son más altos que los obtenidos en nuestro estudio, especialmente en D.P. (61,29%) y en R.P. (92%).

En otro trabajo de médicos en Atención primaria de Madrid (Molina et al., 2003) vemos que el porcentaje de profesionales médicos con A.E. es ligeramente superior al nuestro (42%) como ocurre igualmente en los niveles de D.P. (35%) y R.P. (38%).

En el análisis realizado en la provincia de Cáceres (Prieto et al., 2002) el porcentaje de médicos con A.E. alto es inferior al encontrado en nuestro trabajo (30%) y en R.P. notablemente superior al nuestro (40%).

En el trabajo realizado en el hospital San Luis del Palmar, Argentina (Encinas et al., 2007) encontramos unos niveles elevados de burnout en el 55,5% de los médicos, destacando en ellos una alta tasa de D.P.

No ocurre lo mismo en el estudio realizado en el Hospital Aquilino Tejeira (Panamá) (Ortega et al., 2011) en el que los niveles de burnout son de solo el 4,5% obteniendo porcentajes en A.E., D.P. y R.P. sensiblemente inferiores a nuestro estudio (21,2%, 17,2% y 31,4% respectivamente).

En el trabajo publicado sobre el Hospital de Yumbel, en Chile (Sandoval et al., 2006) llama la atención que dentro del personal estudiado no se obtuvo ningún elemento que puntuara alto en el MBI.

En el trabajo publicado por Atance (1997) aparecen puntuaciones de burnout más altas que en nuestro estudio (47,16%) sin embargo presentan

puntuaciones más bajas en las tres subescalas del síndrome (14,5%, 11,04% y 14,5%).

Son numerosos los trabajos publicados en relación con el personal de enfermería.

En un trabajo publicado en un hospital de Sevilla (Romero et al, 2004) presentan valores en las tres subescalas del síndrome menores que en nuestro estudio (15,72%, 5,46% y 33,16%).

En el trabajo publicado en el año 2014 sobre personal de enfermería en Atención Especializada en Castilla y León (Frutos, 2014) aparecen valores más bajos que los encontrados en nuestro estudio (19,35% en A.E., 6,75% en D.P. y 34,57 en R.P.).

En el trabajo realizado en el hospital Virgen de la Salud de Toledo (Del Rio et al., 2003) el 17,83% de las enfermeras tenían una puntuación alta en burnout, porcentaje inferior a nuestro trabajo. Destaca, sin embargo, la alta diferencia que presentaban entre sexos, teniendo los hombres un porcentaje del 21,42% y las mujeres enfermeras un porcentaje del 78,57%, notablemente superior a nuestros datos.

En el personal de enfermería de la unidad de infecciosos del hospital Virgen de la Victoria (Molina et al., 2004) los datos obtenidos reflejan que ningún individuo de los estudiados tuvo puntuación alta en el burnout, aunque el 33% reflejó una baja tasa de R.P. mayor que en nuestro estudio.

En un estudio realizado en enfermería de un hospital de Madrid (Albadalejo et al., 2004) presenta un índice de burnout alto del 30.5% mayor que en nuestro estudio, sin embargo presenta en conjunto puntuaciones sensiblemente menores en las tres subescalas del síndrome (11,7%, 16,9% y 16,9%).

Se han realizado también trabajos en los que aparece una relación directa entre el estrés asistencial y sentimientos de ansiedad, frustración e ira dentro del personal sanitario (Pérez et al., 2001), principalmente en servicios de trato con enfermos terminales, crónicos o críticos. Se ha visto que tienen mayores niveles de burnout, sobre todo de agotamiento emocional y despersonalización. El grado de agotamiento que sufren está relacionado con el tiempo que dedican a actividades clínicas, concretamente al cuidado de sus pacientes. Igualmente, el sentido de

fracaso cuando falla un tratamiento y las expectativas poco realistas de estos profesionales en cuanto a sus posibilidades de aliviar el sufrimiento de los demás, aumenta las posibilidades de padecer burnout. También influye la burocracia del sistema sanitario y la aparición de sentimientos de frustración, cólera, insuficiencia y culpabilidad cuando se produce la pérdida de un paciente, que llevan al profesional de la oncología a establecer una relación superficial y distante con los enfermos oncológicos y sus familiares (Cáceres, 2006).

En relación con el burnout y el sexo la literatura revisada no ofrece resultados en una única dirección, siendo los resultados en nuestro caso muy parejos a nivel general, aunque hay una clara diferencia entre hombres y mujeres en la categoría de médicos a favor de las mujeres (45,45% frente al 34,48% en hombres).

En cuanto a las subescalas del síndrome las mujeres suelen puntuar más alto en A.E. mientras que los hombres lo hacen en D.P. como también se comprueba en nuestro estudio, teniendo especial incidencia en médicos la puntuación de A.E. femenina, el 63,64% frente al 27,78% masculino.

Estas diferencias tienden a explicarse por la mayor sensibilidad emocional femenina y la tendencia a expresar emociones más fácilmente que los hombres. Además, las mujeres suelen tener una doble carga de trabajo, ya que a parte de sus responsabilidades laborales se ocupan en mayor medida de las tareas del hogar. La sobrecarga de trabajo se relaciona de forma positiva con el agotamiento emocional (Agust et al., 2001).

En la misma línea se ha descrito que mientras los varones manifiestan la insatisfacción laboral por síntomas somáticos, las mujeres lo hacen por síntomas de desgaste profesional, de forma que las mujeres serían más proclives a desarrollar burnout. La pérdida de interés por la actividad laboral se produciría por la sobrecarga asistencial y la presión laboral, que añadidas a la demanda doméstica y familiar, contribuirían al estrés, que lleva al agotamiento (Cáceres, 2006).

En cuanto a la relación sexo profesión, en nuestro estudio, al contrario que ocurre en la bibliografía consultada, el porcentaje de personal afectado por el síndrome es mayor en mujeres, incluido el personal médico.

Comparando la presencia del síndrome con la antigüedad en la profesión para algunos autores (Freudenberger, 1974; Maslach, 1976; Gil-Monte y Peiró, 1997) existe un período de mayor sensibilización al burnout después de 10 años de ejercicio profesional, ya que a partir de este momento se ha producido la transición de las expectativas idealistas a la práctica cotidiana. También se ha descrito un periodo de vulnerabilidad durante los primeros años de ejercicio profesional.

En nuestro trabajo la media de antigüedad en la profesión es baja (menor de 5 años) en casi todas las categorías a excepción de médicos en los que aparecen picos entre los 11-15 años y los 21-25 (hay que tener en cuenta que en nuestra institución se había producido un proceso de movilidad interna dentro del personal sanitario no facultativo) motivo por el que creemos que, al no tener el personal médico esa facilidad para el cambio de destino, es por lo que tienen mayor puntuación tanto en el síndrome como en sus tres subescalas.

En cuanto al estado civil en la bibliografía (Prieto et al., 2002) aparece que los solteros tienen mayor propensión al burnout que los casados, e incluso mayor que los separados o divorciados. También se describe que la presencia de hijos es un factor protector del desgaste profesional. Esto es debido a que el soporte familiar actúa como un amortiguador del estrés laboral, y la familia disminuye la sobre implicación en el trabajo (Cáceres, 2006).

En nuestro trabajo hemos realizado las pruebas de normalidad para cada uno de los niveles de estado civil. Como en ninguna de las características consideradas se tiene la normalidad para todos los niveles, realizamos para cada característica la prueba de Kruskal-Wallis obteniéndose los siguientes resultados:

Estadísticos de contraste^{a,b}

	AE	DP	RP	Burnout
Chi-cuadrado	4,620	2,262	1,536	2,599
gl	3	3	3	3
Sig. asintót.	0,202	0,520	0,674	0,458

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Estado Civil

gl Grados de Libertad

Que nos permite afirmar que el estado civil no influye significativamente ni en el burnout ni en sus tres subescalas A.E., D.P. y R.P.

Antes de continuar con otros aspectos de nuestro estudio hay que tener en cuenta factores que influyen en la aparición del Síndrome de Burnout en los profesionales sanitarios. Creemos que un factor importante es la motivación intrínseca, ya que si es la adecuada, el profesional se identifica más con los valores de su organización, compensando las posibles carencias derivadas de la motivación extrínseca como pueden ser el salario o el reconocimiento social (De Pablo et al, 2004), además se ha comprobado una relación directa entre la satisfacción en el trabajo y la presencia de algunos trastornos psíquicos como la depresión, la ansiedad o el propio burnout (Faragher et al., 2005).

Tanto para médicos como para el personal de enfermería resulta más atrayente, afectivamente hablando, el buen clima laboral y la consideración afectiva de sus compañeros así como la existencia de relaciones afectivas estables (Álvarez, 2003). Así, se ha visto que la satisfacción laboral se correlaciona de forma directa con el trabajo en equipo y las relaciones interpersonales con los compañeros y supervisores (Cáceres, 2006). La motivación intrínseca y la calidad de vida profesional se correlacionan con las tres subescalas del burnout; de forma directa con la realización personal y de forma inversa con el agotamiento emocional y la despersonalización.

También es importante la motivación extrínseca y tanto la escasez de medios para la realización del trabajo habitual como las pocas recompensas tanto a nivel económico como de incentivación se han descrito como posibles factores influyentes en la insatisfacción laboral (Sandy et al., 1995; Demir et al., 2003).

Para la prevención del síndrome no solo es necesaria la activación de medidas individuales, sino también de medidas institucionales. Así se nos antoja primordial e imprescindible la formación continua del personal sanitario. Es necesaria la adecuación de los programas formativos a las exigencias de un panorama laboral en constante evolución, con continuo desarrollo de los avances tecnológicos que conllevan la renovación y actualización constante de conocimientos.

Las organizaciones sanitarias deben aprovechar los recursos profesionales de que disponen y las estructuras existentes, contribuyendo de forma activa al desarrollo profesional de sus trabajadores, pero es necesario que incorporen a sus esquemas operativos una serie de unidades que faciliten la aplicación de los nuevos esquemas culturales basados en la conexión aprendizaje-trabajo (Cáceres, 2006) y en la aplicación de los cuidados transculturales que exige un mundo globalizado y en continua transformación.

Un aspecto muy destacable en nuestro estudio y del que se carecen datos en la bibliografía, es el que deriva de las respuestas obtenidas por el personal sanitario no facultativo que realiza turnos en la encuesta *had-hoc* realizada a fin de poder relacionar el abuso en la automedicación con fármacos inductores del sueño y el aumento del consumo de tabaco con la realización de turnos de trabajo.

En cuanto a la interrupción del sueño y fatiga, según Núñez (2001) un 60-70% de los trabajadores en turnos se queja de alteraciones del sueño y de fatiga aumentada durante el turno nocturno. Es común que el trabajador lo atribuya a la falta de sueño suficiente y reparador. El sueño en un trabajador en turnos puede estar alterado tanto por factores endógenos como exógenos. Los factores endógenos provienen del sistema circadiano, preparado para el despertar en el momento que el trabajador de turno nocturno pretende tener su descanso. Es común que el trabajador atribuya su falta de descanso al ruido del tráfico, los gritos de los niños, etc., sin percibir que, en realidad, es su sistema circadiano el responsable del sueño inadecuado. Esto conduce a una inadecuación social y doméstica, al impedir al trabajador cumplir adecuadamente con sus obligaciones familiares y sociales. En este sentido, los conflictos sociales y familiares, por ejemplo, la incidencia de divorcios es significativamente mayor en personas que realizan trabajo en turnos y los enfermeros que trabajan de noche manifiestan mayores niveles de despersonalización debido posiblemente a una menor comunicación y a la disminución de cuidados que dan a sus pacientes (Solano et al., 2002).

Los datos obtenidos en nuestro estudio muestran una influencia negativa de la realización de turnos ya que el 20,50% de las enfermeras encuestadas y el 21,27% de las TCAE manifestaron tomar algún tipo de

medicación inductora del sueño de forma prolongada y sin prescripción ni control facultativo.

También nos gustaría destacar que dentro del personal que admitió consumir medicación 17 de ellas estaban casadas frente a 6 solteras, lo que puede poner de manifiesto que el personal con cargas familiares que realiza turnos está más condicionado para poder satisfacer sus horas de sueño durante el día.

Asimismo, resultó reseñable que el mayor consumo de fármacos se produce entre el personal que lleva entre 5 y 10 años realizando turnos, lo que puede indicar que con los años se produce una adaptabilidad a este tipo de trabajo, y también a que con el paso de los años el personal tiende a buscar puestos de trabajo en los que la turnicidad no se realice.

Resulta también significativo que ninguna de las profesionales de enfermería encuestadas que toman medicación habían acudido a su médico para poner en conocimiento su problema de insomnio, lo que implica que todas las enfermeras y auxiliares de enfermería se auto medican siguiendo un tratamiento empírico y sin control.

El perfil del personal consumidor de fármacos inductores del sueño responde a mujeres, casadas, con una antigüedad en el puesto de trabajo actual de menos de 5 años, que llevan realizando turnos menos de 5 años y que llevan consumiendo fármacos inductores del sueño sin prescripción médica por un tiempo superior a 1 año (hay que recordar que la Agencia Española del Medicamento aconseja no superar el consumo de este tipo de fármacos por un periodo de más de 6 meses por el alto riesgo adictivo que presenta). La medicación consumida mayoritariamente pertenece a la familia de las benzodiacepinas.

En cuanto al consumo de alcohol, hemos intentado relacionar las distintas categorías profesionales con el aumento nocivo de su consumo y demostrar si este aumento guarda alguna relación tanto con la presencia de burnout como con la realización de turnos de trabajo en aquellas categorías que los realicen.

Dentro de las encuestas recibidas y separándolas por categorías profesionales hemos visto que las respuestas al test de CAGE se distribuyen de la siguiente manera:

Dentro de las enfermeras 15, (catorce mujeres y un hombre), puntuaban en el test y sólo dos de ellas no manifestaron tener nivel alguno de burnout, el resto tenían niveles altos o medios en el síndrome. Por otro lado el 60 % de este personal tenía una clara influencia en mayor o menor grado con la realización de turnos, aunque curiosamente, las dos personas que no puntuaron en el burnout sí tenían afectación por la turnicidad.

Dentro de las TCAE, sólo cinco profesionales presentaban algún grado de aumento en el consumo de alcohol. De ellas, tres puntuaron bajo en el síndrome y el 80% manifestó presentar afectación por la turnicidad.

Entre los celadores cabe destacar que todos los profesionales afectados eran hombres (cuatro) dentro de los cuales sólo uno tenía puntuación baja en el burnout y el 50% manifestó tener algún grado de afectación por la realización de turnos.

Finalmente entre el personal médico, la variable afectación por la turnicidad no puede tenerse en cuenta al no realizar este colectivo esos horarios de trabajo. De los cuatro médicos que puntuaron en el CAGE, dos eran hombres y dos mujeres, y de entre todos ellos uno, el 25%, no presentaba grado alguno de burnout.

En vista de los datos obtenidos, podríamos establecer que el personal que tiene una puntuación media o alta en el síndrome de burnout tiene un mayor riesgo de dependencia en el consumo de alcohol.

Por último, podemos decir, que las puntuaciones del cuestionario general de Goldberg se correlacionan con los parámetros de agotamiento emocional. El síndrome de desgaste profesional y la depresión, son fenómenos psicopatológicos y psicobiológicos diferentes, aunque pueden asociarse ocasionalmente. El primero, es un trastorno adaptativo relacionado con el trabajo que puede incluir síntomas depresivos, mientras que el segundo, es un trastorno clínico complejo que afecta, no sólo al ámbito laboral, sino a todos los aspectos de la vida (Ramos et al., 1998). El diseño transversal de nuestro estudio nos impide confirmar una relación causa efecto entre ansiedad y burnout, aunque no la contradice, ya que nuestros datos ponen únicamente de manifiesto que cualquier manifestación ansiosa no tiene por qué coincidir en el tiempo con los parámetros de burnout.



Yo no procuro conocer las
preguntas; procuro conocer las
respuestas

Confucio

CONCLUSIONES

6. CONCLUSIONES.

1. Solo un 38,43% del personal del CAULE tiene niveles bajos de burnout.
2. Existen niveles medio-altos de agotamiento emocional en el 44%, de despersonalización en el 45% y niveles bajos de realización personal en el 41%.
3. El perfil del sanitario del CAULE con burnout es el de un médico o enfermera, del sexo femenino, con una antigüedad en la profesión menor de 16 años y una antigüedad en el puesto de trabajo actual menor de 5 años.
4. No se encontraron diferencias significativas en la distribución por niveles de burnout, agotamiento emocional y realización personal en función de la categoría profesional, mientras que si aparecen en la distribución de despersonalización, siendo significativamente más baja dentro del personal no sanitario.
5. El 20,50% de las enfermeras y el 21,27% de las TCAE que realizan turnos se automedican con fármacos inductores del sueño sin control médico y llevan consumiendo estos fármacos desde hace más de 1 año.
6. Los niveles encontrados de burnout y de sus subescalas, agotamiento emocional, despersonalización y realización personal son similares a los de otros estudios publicados, siendo la diferencia principal en la realización personal en el estudio realizado en el CAULE en el año 1998.

BIBLIOGRAFÍA

7. BIBLIOGRAFÍA

Aalto M, Tuunanen M, Sillanaukee P, Seppa K. Effectiveness of structured questionnaires for screening heavy drinking in middle-aged women. *Alcohol Clin Exp Res.* 2006;11:1884-8.

Agencia europea para la seguridad y la salud en el trabajo. Investigación sobre el estrés relacionado con el trabajo. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2005

Agust S, Grau R, Beas M. Burnout en mujeres: un estudio comparativo entre contextos de trabajo y no trabajo. *Ansiedad Estrés.* 2001;7:79-88.

Albadalejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de burnout en personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Púb.* 2004;78:505-16.

Álvarez M. Motivación laboral en un servicio de urgencias hospitalario. *Enferm Clín.* 2003;13:16-25.

Aranda C. Diferencias por sexo, síndrome de burnout y manifestaciones clínicas en los medios familiares de dos instituciones de salud. Guadalajara. México. *Rev Costarric Salud Púb.* 2006;15:1-7

Arthur N. The assessment of burnout: a review of three inventories useful for research and counselling. *J Counsel Develop.* 1990;69:186-9.

Atance J. Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario *Rev Esp Salud Pub.* 1997;71:293-303.

Bakker A, Demfrouiti E, Schaufeli W. Validation of the Maslach Burnout Inventory – General Survey: An internet study. *Anx Stress Cop.* 2002;15:245-60.

Barnett R, Brennan R, Gareis SK. A Closer look at the measurement of burnout. *J Appl Biobehav Res.* 1999;4:65-78.

Barría J. Síndrome de Burnout en asistentes sociales del servicio nacional de menores de la región metropolitana de Chile. *Psiquiatria.com* [revista en línea] 2002;8. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/376/359>.

Bensing J, Verhaak P. Mental problems in family practice more variable and diffuse than in psychiatry. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1994;138:13-5.

Brill PL. The need for an operational definition of burnout. *Fam Commun Health.* 1984;6:12-24.

Burke RJ, Richardsen AM. Psychological burnout in organizations. In: Golembiewski RT, editor. *Handbook of organizational behaviour.* New York: Marcel Dekker; 1993. p. 263-99.

Buunk AP, Schaufeli WB. Burnout: a perspective from social comparison theory. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek YT, editors. *Professional Burnout Recent Developments in Theory and Research.* London: Taylor & Francis; 1993.

Buzzetti M. Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI), en dirigentes del colegio de profesores A.G. de Chile. Chile: Universidad de Chile; 2005.

Byrne B. The Maslach burnout inventory: testing for factorial validity and invariance across elementary, intermediate and secondary teachers. *J Occupation Organization Psychol.* 1993:197-213.

Cáceres G. Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario militar. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2006.

Casey P. Screening and detection of psychiatric illness. Peck D, Shapiro CM. editors. Nueva York: John Wiley & Sons; 1990.

Cebriá J. Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. *Atención Prim.* 2003;31:572-4.

Charney D. Psychobiological Mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *Am J Psychiatry.* 2004;161:195-216.

Cherniss C. *Staff Burnout.* London: Sage Publications; 1980.

Cherniss C. The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. In: Schaufeli WB, Maslach C, Worek T, editors. *Professional Burnout. Recent Development in theory and reseach.* London: Taylor and Francis; 1993. p. 135-49.

Cicchetti D, Blender J. A multiple-levels-of-analysis perspective on resilience: implications for the developing brain, neural plasticity, and preventive interventions. *CNS Spectr.* 2007;12:19-22.

Comisión Europea. Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo. ¿La sal de la vida o el beso de la muerte?. Luxemburgo: Oficina de publicaciones oficiales de las Comunidades Europeas; 2000.

Cordes C, Dougherty T. A review and an integration of research on job burnout. *Acad Manag Rev.* 1993;18:621-57.

Cox T, Kuk G, Leiter M. Burnout, health, work stress and organizational healthiness. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek YT, editors. *Professional Burnout. Recent Developments in Theory and Research.* London: Taylor & Francis; 1993.

Cronin-Stubbs D, Rooks C. The stress, social support, and burn-out of critical care nurses. *Heart Lung.* 1985;14:31-9.

D'Alessio L. Mecanismos Neurobiológicos de la Resiliencia. Buenos Aires: Polemos; 2011.

De Pablo R, Simó J, Domínguez J, Gervás J. La relación gestor clínico: una perspectiva de médicos asistenciales. *Atención Prim.* 2004;33:105-12.

Del Río O, Perezagua M, Vidal B. El síndrome de burnout en los enfermeros/as el hospital Virgen de la Salud de Toledo. *Rev Enferm Cardiol.* 2003;28:24-9.

Demir A, Ulusoy M, Ulusoy MF. Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *Int J Nurs Stud.* 2003 40;8:807-27.

Densten I. Rethinking burnout. *Chichester.* 2001;22:833.

Dervaux A, Bayle F, Laqueille X, Bourdel M, Leborgne M. Validity of the CAGE questionnaire in schizophrenic patients with alcohol abuse and dependence. *Schizophr Res.* 2006;81:151-5.

Doval Y, Moleiro O, Rodríguez R. Estrés laboral. Consideraciones sobre sus características y formas de afrontamiento. [monografía en línea]. 2004

[acceso 12 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.psicologia.cientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/argonro01.html>.

Edelwich J, Brodsky A. Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions. New York: Human Sciences Press; 1980.

Encinas CA, Reyes JM, Gómez KA, Dos Santos L. El síndrome de burnout en personal médico y de enfermería del hospital de la localidad de San Luís del Palmar, Corrientes, Argentina. *Rev Posgr VIa Cátedra Med.* 2007;174:5-11.

Esteva L, Yaman H. Desgaste profesional en los médicos de familia españoles. *Atención Prim.* 2005;35:108-9.

Ewing J. Detecting alcoholism. The cage questionnaire. *JAMA.* 1984;252:1905-7.

Expósito J, Echevarría C, Pino R, Díaz P, Algarín M, Cayuela A. Prevalencia y factores asociados al síndrome de estar quemado (burnout) en los servicios de rehabilitación. *Rehabilitación.* 2004;38:59-65.

Ezoe S, Morimoto K. Quantitative assessment of stressors and stress reaction: a review. *Sangyo Igaku.* 1994;36:397-405.

Faragher E, Cass M, Cooper C. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med.* 2005;62:105-12.

Fernández-Sánchez A, Juárez-García A, Arias-Galicia F, González-Zermeño ME. Agotamiento profesional en personal de enfermería su relación con variables demográficas y laborales. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2010;18:15-21.

Flórez JA. Síndrome de estar quemado. Barcelona: Edika-Med; 1994.

Freudenberger HJ. Staff burnout. *J Social Issu.* 1974;30:159-165.

Frutos M. Relación entre los modelos de gestión de recursos humanos y los niveles de estrés laboral y Burnout en los profesionales de enfermería de Atención Especializada [Tesis doctoral]. Leon: Universidad de León; 2014.

Garcés EJ. Burnout en deportistas: Propuesta de un sistema de evaluación e intervención integral. Madrid: EOS; 2004.

García M. Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Rev Psicol Trab Organiz.* 1991;7:3-12.

Garmendia M. Análisis factorial: una aplicación en el cuestionario de Salud General de Goldberg. *Rev Chil Salud Púb.* 2007;2:57-65.

Gil-Monte PR, Peiró JM. Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse. Madrid: Sintesis; 1997.

Gil-Monte PR, Peiró JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. *An Psicol.* 1999;15:261-8.

Goldberg D. *Manual of General Health Questionnaire.* Windsor: NFER Publishing; 1978.

Goldberg D, Hiller V. A scaled version of the general health questionnaire. *Psychol Med.* 1979;1:139-45.

Goldberg D, Williams P. *A user's guide to the General Health Questionnaire.* New York: The nferNelson publishing Company; 1988.

Golembiewski RT, Munzenrider R, Carter D. Phases of progressive burnout and their work site co-variants: Critical issues in OD research and praxis. *J Appl Behav Sci.* 1983;19:461-81.

González R. Técnicas de autocontrol de estrés. En: Millán JC, Teijeiro J, coordinadores. *Comunicación, estrés y accidentabilidad, tres factores de actualidad.* A Coruña: Universidade da Coruña; 1998. p. 181-90.

Grajales T. Estudio de la validez factorial de Maslach Burnout Inventory versión española en una población de profesionales mexicanos. [monografía en línea] 2000 [acceso 25 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.tagnet.org/autores/monografias/mono.htm>.

Grana A, García M. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit.* 2005;19:463-70.

Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en

personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Rev Esp Salud Pub.* 2009;83:215-30.

Halbesleben J, Buckley M. Burnout in Organizational Life. *J Managem.* 2004;30:859-79.

Harrison WD. A social competence model of burnout. In: Forber BA, editor. *Stress and burnout in the human service professions.* New York: Pergamon Press; 1983. p. 29-39.

Hiscott R, Connop P. Job stress and occupational burnout. Gender differences among mental health professionals. *Sociol Soc Res.* 1989;74:10-5.

Hobfoll SE, Freedy J. Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. In: Schaufeli WB, Maslach C, Worek T, editors. *Professional Burnout. Recent Development in theory and reseach.* London: Taylor and Francis; 1993. p. 115-29.

Jackson S, Schwab R, Schuler R. Toward an understanding of the burnout phenomenon. *J Appl Psychol.* 1986;71:630-40.

Jacobsen B, Hasvold T, Hoyer G, Hansen V. The general health questionnaire. How many items are really necessary in population surveys. *Psychol Med.* 1995;25:957-61.

Jaoul G, Kovess V, Mugen FSP. Le burnout dans la profession enseignante. *Ann Medic-Psychol.* 2004;162:26-35.

Labrador FJ. *El estrés: nuevas técnicas para su control.* Barcelona: Planeta DeAgostini; 1996.

Lazarus RS, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos.* Barcelona: Martínez Roca; 1986.

Leal J. *Equipos comunitarios: ¿Un ilusión sin porvenir, un porvenir sin ilusión? Salud Mental y Servicios Sociales: El espacio comunitario.* Barcelona: Diputación de Barcelona; 1993.

LeDoux J. *The emotional brain.* New York: Simon and Schuster. 1996

Leiter MP. Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *J Organiz Behav.* 1991;9:297-380.

Lenner MJ. The belief in a just world: a fundamental delusion. New York: Plennun Press; 1980.

Loma-Segarra M, Garrido J. La supervisión de enfermería y el burnout: un estudio sobre los factores laborales y psicológicos. *Gestión Hosp.* 2000;11:165-9.

Malet L, Schwan R, Boussiron D, Auble B, Llorca PM. Validity of the CAGE questionnaire in hospital. *Eur Psychiatry.* 2005;20:484-9.

Martínez A. El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia* 2010;112:1-30.

Martínez C, López G. Características del Síndrome de Bunout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Arch Med Fam.* 2005;7:6-9.

Maslach C. Burned-out. *Human Behav.* 1976;5:16-22.

Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory. Palo Alto: Consulting Psychology Press; 1981.

Maslach C, Leiter MP. Job Burnout. *Ann Rev Psychol.* 2001;52:397-422.

Maslach C, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. 30th ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1996.

Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol.* 2008;93:498-512.

Mayfield D. The Cage cuestionay: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psyhyatr.* 1974;13:1121-3.

McEwen B. Plasticity of the hippocampus: adaptation to chronic stress and allostatic load. *Ann N Y Acad Sci.* 2001;933:265-77.

Melgosa J. ¡Sin estrés!. Madrid: Safeliz; 1999.

Mingote JC. Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. *Form Méd Cont.* 1998;5:493-508.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Grupos terapéuticos y Principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud durante 2001. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2001;26:121-4.

Molina A, García M, Alonso A, Cermeño C. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Atención Prim*. 2003;31:564-74.

Molina JM, Aguilera A, Jiménez E. Presencia del Síndrome de Burnout entre el personal de enfermería de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital "Virgen de la Victoria". *Enferm Docente*. 2004;80:30-3.

Molina JM, Avalos F. Satisfacción laboral y desgaste profesional del personal de enfermería. *Rev Tesela [revista en línea]* 2007; 1. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts1/ts6327.php>.

Moreno B, González JL, Garrosa E. Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En: Buendía J, Ramos F, editores. *Empleo, Estrés y Salud*. Madrid: Piramide; 2001. p. 59-83.

Moreno B, Oliver C, Aragonese A. El burnout, una forma específica de estrés laboral. En: Buela-Casal G, Caballo VE, editores. *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.; 1991. p. 271-85.

Naisberg JL, Fenning S. Personality characteristics and propeness to Burnout : A study among psychiatrists. *Stress Med*. 1991;7: 201-5.

Naughton M, Wiklund J. A critical review of dimension - specific measures of healthy related quality of life incross - cultural research. *Qual Life Res*. 1993;2:397-432.

Núñez V. Síndrome de burnout en el personal de enfermería. *Actual Enferm*. 2001;4:29-31.

Olmedo M, Santed MA, Jiménez R, Gomez MD. El síndrome de Burnout : variables laborales, personales y psicopatologías asociadas. *Psiquis*. 2001;3:117-29.

Orlowski JP, Gullledge AD. Critical care, stress and burnout. *Crit Care Clinic*. 1986;2:173-81

Ortega C, Salas R, Correa R. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en el personal sanitario. Hospital Aquilino Tejeira. Arch Med. [revista en línea] 2011;7. Disponible en: <http://imedpub.com/ojs/index.php/archmed/article/viewFile/115/111>

Pardo J, López F, Moraña M, Pérez M, Fernández M. ¿Estamos quemados en Atención Primaria? Med Fam. 2002;3:245-50.

Peiró JM, Salvador A. Control del Estrés Laboral. Madrid: Eudema; 1993.

Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. Gac Sanit. 2002;16:480-6.

Pérez MA, Cano A, Sayalero MT, Camuñas N, Miguel JJ, Blanco JM. La ansiedad, la ira y el estrés asistencial en el ámbito hospitalario: un estudio sobre sus relaciones y la eficacia del tratamiento. Ansiedad Estrés. 2001;7:247-57.

Peris MD. El número 7 ± 2 como explicación cognitiva (LMCP) del Síndrome de Burnout y de PTSD. [monografía en línea] 2002 [acceso 5 de mayo de 2012]. Disponible en: http://mobbingopinion.bpweb.net/artman/publish/article_217.shtml

Pines A, Aaronson E, Kafry D. Burnout: From tedium to personal growth. New York: Free Press; 1981.

Pines A, Aaronson E. Career Burnout: Causes and cures. New York: Free Press; 1988.

Pines A. Burnout, an existencial perspective. In: Schaufeli WB, Maslach C, Worek T, editors. Profesional Burnout. Recent Development in theory and reseach. London: Taylor and Francis; 1993. p. 35-51.

Prieto L, Robles E, Salazar L, Vega D. Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. Atención Prim. 2002;29:294-302.

Ramos F, Castro R, Galindo A, Fernández M. Desgaste profesional en los trabajadores del Hospital de León: prevalencia y analisis de riesgo. Rev Maphre Med. 1998;10:134-43.

Romero ME, Carbayo E, Gutiérrez I, González MD, García A, Albar MJ. Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. *Enferm Clín.* 2004;14:281-5.

Sandoval C, Sanhueza L, Borjas R, González P, Odgers C, Najafzadeh-Tabrizi, S. Síndrome de burnout en el personal profesional del hospital de Yumbel. *Cuad Méd Soc.* 2006;46:268-73.

Sandy L, Foster N, Eisenberg J. Challenges to generalism: Views from the delivery system. *Acad Med.* 1995;70:44-6.

Santos JA. Motivación y adaptación ocupacional. San Salvador: Acción consultores; 2004.

Schaufeli WB, Buunk BP. Professional burnout. In: Schabracq JA, Winnubst M, Cooper CL, editors. *Handbook of Work and Health Psycholog.* Chichester: John Wiley & Sons; 1996.

Schaufeli WB, Janssen P, Houkes I. Work related and individual determinants of the three burnout dimensions. *Work Stress.* 1999;13:174-86.

Seisdedos M. MBI, inventario "Burnout" de Maslach. Madrid: TEA ediciones; 1997.

Selye H. A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature.* 1936;138:32.

Shirom A. Burnout in work organization. *International Review of Industrial and Organizational Psychology.* New York: John Wiley & Sons; 1989.

Slipack O. Estrés Laboral [monografía en línea]. 1996 [acceso 2 de marzo de 2013]. Disponible en: http://www.drwebsa.com.ar/aap/alcmeon/19/a19_03.htm.

Smith NM, Watstein S, Wuehler A. Burnout and social interest in librarians and library school students. Kansas: 21st Century Mountain Plains Library Association Academic Library Section Research Forum. Emporia State University; 1986.

Solano M, Hernández P, Vizcaya M, Reig A. Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enferm Intens.* 2002;13:9-16.

Spaniol L, Caputo G. Professional burnout: a personal survival kit. Lexington: Human Services Associates; 1979.

Subdirección general de información sanitaria e innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Manual de referencia CIE 10 PCS. Traducción de la normativa oficial americana para ICD10PCS correspondiente al año fiscal 2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.

Thompson MS, Page SL, Cooper CL. A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Med.* 1993;9:221-35.

Tucundura L, García A, Prudente F, Centofanti G. Burnout en médicos oncólogos brasileños. *Rev Assoc Med Bras.* 2006;52:108-12.

Winnbust JA. Organizacional structure, social support and burnout. In: Schaufeli WB, Maslach C, Worek T, editors. *Profesional Burnout. Recent Development in theory and reseach.* London: Taylor and Francis; 1993. p. 151-62.

Zieher LM. De la neurona a la mente: natura-nurtura en la conformación temprana del fenotipo conductual. *Psicofarmacología* 2007;43:9-15.

ANEXOS

8. ANEXOS

ANEXO I

CARTA INFORMATIVA Y SOLICITUD A LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

D. Juan J. Pérez Álvarez, con DNI. 09754679B, licenciado en Antropología Social y Cultural, Diplomado en Enfermería y actualmente Supervisor de RR.MM. del quirófano del Complejo Asistencial Universitario de León.

Sr. Dtor Gerente del CAULE. Dr. D. Juan Luis Burón Llamazares.

Muy señor mío:

Como trabajador de esta institución sanitaria desde hace más de 20 años he observado el paulatino desgaste emocional que sufren los trabajadores como consecuencia del aumento de la presión, tanto social como asistencial, que ha generado la práctica habitual de una “sanidad defensiva” que desemboca en el desencanto y en el aumento del estrés laboral de los trabajadores.

Aunque mi categoría laboral en la institución es la de enfermero, hace ya unos años que me he licenciado en Antropología Social y Cultural y desde hace dos años estoy realizando, a través del Departamento de Ciencias Biomédicas de la Universidad de León, mis estudios de doctorado, habiéndolos enfocado a como el Síndrome de Burnout afecta a los profesionales de la salud y en concreto a los trabajadores de nuestro hospital.

Es por este motivo por el que quiero solicitar a esta Gerencia de Atención Especializada autorización para poder recopilar los datos necesarios con los que poder realizar mi Tesis Doctoral. Para ello ruego a usted me autorice el acceso a la base de datos de los trabajadores de la institución (se incluye hoja adjunta para la obtención de datos de carácter personal) a fin de poder establecer la población a estudio a la que se le hará llegar un cuestionario a fin de poder establecer, en función de sus respuestas, el grado de Burnout del personal del centro.

Sin otro particular y expresándole mi agradecimiento de antemano reciba un cordial saludo

León Noviembre de 2010

Fdo. Juan J. Pérez Álvarez

ANEXO II
SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN
DE DATOS

NOTA INTERIOR

Fecha: 09/10/2009

Remitente: JUAN J. PÉREZ ÁLVAREZ SUPERVISOR DE QUIRÓFANO

Destinatario: Sr. Dtor GERENTE, D. JUAN L. BURÓN

N/Ref.:

S/Ref.:

Asunto: AUTORIZACIÓN ACCESO A BASE DE DATOS

Por la presente solicito a esta dirección gerencia, al amparo de la Ley orgánica 15/99 de Protección de Datos, autorización para acceder a la base de datos del personal trabajador del CAULE que obra en poder del departamento de retribuciones, a fin de poder enviar a los trabajadores seleccionados aleatoriamente un cuestionario para la realización de mi tesis doctoral.

Agradeciéndole su atención de antemano reciba un cordial saludo

León 9 de octubre de 2009

Fdo: Juan J. Pérez Álvarez
Supervisor de RR.MM. de quirófano

ANEXO III. CARTA DE PRESENTACIÓN E INSTRUCCIONES PARA LA RECOGIDA Y ENTREGA DE CUESTIONARIOS



Estimado/a compañero/a:

Como bien es sabido desde finales del último cuarto de siglo pasado se está produciendo en nuestro planeta un proceso de globalización económica, social y cultural. La multiculturalidad ha crecido con la inmigración, cambiando las patologías y las demandas asistenciales en nuestros hospitales.

Como trabajadores de un centro hospitalario público somos testigos de estos cambios y eso puede afectarnos en nuestra forma de trabajar. El aumento de la presión asistencial, el cambio de patologías, la crisis económica son problemas que nos afectan en nuestra vida personal y en nuestra vida laboral ocasionándonos, a veces, sensación de malestar y descontento. Las condiciones laborales, el clima laboral y su adaptación a ellas es un problema importante para el personal de un hospital y para sus gestores. Por eso es necesario conocer periódicamente el estado de adaptación de los distintos profesionales a su puesto de trabajo.

Por este motivo usted ha sido incluido aleatoriamente en este estudio. Dicho estudio que cuenta con el apoyo de nuestra institución y del departamento de Ciencias de la Salud de la ULE se basa en la respuesta a un cuestionario que pretende estudiar la adaptación al puesto de trabajo y las posibles acciones de mejora de los mismos.

El cuestionario y todos los datos recogidos son anónimos y no le llevará más de veinte minutos responder a él, pudiendo ser depositado una vez contestado en una urna situada en el control de enfermería de cada unidad antes del día 16 de abril de 2010.

Garantizamos también la absoluta confidencialidad de los datos recogidos.

Los resultados, una vez finalizado el estudio, podrán ser consultados por las personas que lo deseen.

Agradeciéndole su colaboración de antemano quedo a su entera disposición a la hora de aclararle cualquier duda, pudiendo localizarme en el teléfono 620421903.

Fdo.: Juan José Pérez Álvarez
Licenciado en Antropología



ANEXO IV

MODELO DE CUESTIONARIO ENTREGADO

SEXO

ESTADO CIVIL

CATEGORIA PROFESIONAL

ANTIGÜEDAD EN LA PROFESIÓN

ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO DE TRABAJO ACTUAL

B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

- No, en absoluto
 No más que lo habitual
 Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

- No, en absoluto
 No más que lo habitual
 Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

- No, en absoluto
 No más que lo habitual
 Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado

- No, en absoluto
 No más que lo habitual
 Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

- No, en absoluto
 No más que lo habitual
 Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?

- No, en absoluto
 No más que lo habitual
 Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

B.7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente

- No, en absoluto
 No más que lo habitual
 Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

¿Piensa usted que come demasiados dulces?

- Si
 No

¿Le han ofrecido alguna vez un “porro” o una dosis de cocaína?

- Si
 No

¿Le ha molestado alguna vez la gente que le critica su forma de beber?

- Si
 No

¿Se ha planteado en alguna ocasión hacer algo de ejercicio con carácter semanal?

- Si
 No

¿Considera usted que duerme las horas necesarias para estar a tono durante el día?

- Si
 No

¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?

- Si
 No

¿Se ha planteado seriamente en alguna ocasión dejar de fumar?

- Si
 No

¿Le han comentado alguna vez que debería comer más frutas y verduras?

- Si
 No

¿Le han comentado en alguna ocasión que debería fumar menos?

- Si
 No

¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?

- Si
 No

¿Se ha planteado en alguna ocasión cambiar su costumbre de consumir pastillas para dormir por técnicas de relajación?

- Si
 No

1 Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo

- 0 Nunca
- 1 Pocas veces al año o menos
- 2 Una vez al mes o menos
- 3 Pocas veces al mes
- 4 Una vez a la semana
- 5 Varias veces a la semana
- 6 Diariamente

2 Me siento cansado al final de la jornada de trabajo

- 0 Nunca
- 1 Pocas veces al año o menos
- 2 Una vez al mes o menos
- 3 Pocas veces al mes
- 4 Una vez a la semana
- 5 Varias veces a la semana
- 6 Diariamente

3 Me siento fatigado cuando me levanto de la cama y tengo que ir a trabajar

- 0 Nunca
- 1 Pocas veces al año o menos
- 2 Una vez al mes o menos
- 3 Pocas veces al mes
- 4 Una vez a la semana
- 5 Varias veces a la semana
- 6 Diariamente

4 Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes

- 0 Nunca
- 1 Pocas veces al año o menos
- 2 Una vez al mes o menos
- 3 Pocas veces al mes
- 4 Una vez a la semana
- 5 Varias veces a la semana
- 6 Diariamente

5 Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales

- 0 Nunca
- 1 Pocas veces al año o menos
- 2 Una vez al mes o menos
- 3 Pocas veces al mes
- 4 Una vez a la semana
- 5 Varias veces a la semana
- 6 Diariamente

6 Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo

- 0 Nunca
- 1 Pocas veces al año o menos
- 2 Una vez al mes o menos
- 3 Pocas veces al mes
- 4 Una vez a la semana

- 5 Varias veces a la semana
- 6 Diariamente

7 Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes

- 0 Nunca
- 1 Pocas veces al año o menos
- 2 Una vez al mes o menos
- 3 Pocas veces al mes
- 4 Una vez a la semana
- 5 Varias veces a la semana
- 6 Diariamente

8 Me siento quemado por mi trabajo

- 0 Nunca
- 1 Pocas veces al año o menos
- 2 Una vez al mes o menos
- 3 Pocas veces al mes
- 4 Una vez a la semana
- 5 Varias veces a la semana
- 6 Diariamente

9 Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de mis pacientes

- 0 Nunca
- 1 Pocas veces al año o menos
- 2 Una vez al mes o menos
- 3 Pocas veces al mes
- 4 Una vez a la semana
- 5 Varias veces a la semana
- 6 Diariamente

10 Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión

- 0 Nunca
- 1 Pocas veces al año o menos
- 2 Una vez al mes o menos
- 3 Pocas veces al mes
- 4 Una vez a la semana
- 5 Varias veces a la semana
- 6 Diariamente

11 Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente

- 0 Nunca
- 1 Pocas veces al año o menos
- 2 Una vez al mes o menos
- 3 Pocas veces al mes
- 4 Una vez a la semana
- 5 Varias veces a la semana
- 6 Diariamente

12 Me siento muy activo

- 0 Nunca
- 1 Pocas veces al año o menos

- 2 Una vez al mes o menos
- 3 Pocas veces al mes
- 4 Una vez a la semana
- 5 Varias veces a la semana
- 6 Diariamente

13 Me siento frustrado en mi trabajo

- 0 Nunca
- 1 Pocas veces al año o menos
- 2 Una vez al mes o menos
- 3 Pocas veces al mes
- 4 Una vez a la semana
- 5 Varias veces a la semana
- 6 Diariamente

14 Creo que estoy trabajando demasiado

- 0 Nunca
- 1 Pocas veces al año o menos
- 2 Una vez al mes o menos
- 3 Pocas veces al mes
- 4 Una vez a la semana
- 5 Varias veces a la semana
- 6 Diariamente

15 Realmente no me preocupa lo que les ocurre a mis pacientes

- 0 Nunca
- 1 Pocas veces al año o menos
- 2 Una vez al mes o menos
- 3 Pocas veces al mes
- 4 Una vez a la semana
- 5 Varias veces a la semana
- 6 Diariamente

16 Trabajar directamente con personas me produce estrés

- 0 Nunca
- 1 Pocas veces al año o menos
- 2 Una vez al mes o menos
- 3 Pocas veces al mes
- 4 Una vez a la semana
- 5 Varias veces a la semana
- 6 Diariamente

17 Puedo crear fácilmente una atmosfera relajada con mis pacientes

- 0 Nunca
- 1 Pocas veces al año o menos
- 2 Una vez al mes o menos
- 3 Pocas veces al mes
- 4 Una vez a la semana
- 5 Varias veces a la semana
- 6 Diariamente

18 Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes

- 0 Nunca
- 1 Pocas veces al año o menos
- 2 Una vez al mes o menos
- 3 Pocas veces al mes
- 4 Una vez a la semana
- 5 Varias veces a la semana
- 6 Diariamente

19 He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión

- 0 Nunca
- 1 Pocas veces al año o menos
- 2 Una vez al mes o menos
- 3 Pocas veces al mes
- 4 Una vez a la semana
- 5 Varias veces a la semana
- 6 Diariamente

20 Me siento acabado

- 0 Nunca
- 1 Pocas veces al año o menos
- 2 Una vez al mes o menos
- 3 Pocas veces al mes
- 4 Una vez a la semana
- 5 Varias veces a la semana
- 6 Diariamente

21 En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma

- 0 Nunca
- 1 Pocas veces al año o menos
- 2 Una vez al mes o menos
- 3 Pocas veces al mes
- 4 Una vez a la semana
- 5 Varias veces a la semana
- 6 Diariamente

22 Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas

- 0 Nunca
- 1 Pocas veces al año o menos
- 2 Una vez al mes o menos
- 3 Pocas veces al mes
- 4 Una vez a la semana
- 5 Varias veces a la semana
- 6 Diariamente

Se siente con frecuencia bajo de moral

- Si
- No

¿Le cuesta conciliar el sueño?

- Si
 No

¿A qué recurre cuando le cuesta dormir?

¿Con qué frecuencia acude a su médico para que le recete "algo para dormir"?

¿Desde hace cuánto toma medicación para dormir?

¿Qué tipo de medicación toma para dormir?

¿Con qué frecuencia necesita consumir fármacos para poder dormir?

- 0 Nunca
 1 Pocas veces al año o menos
 2 Una vez al mes o menos
 3 Pocas veces al mes
 4 Una vez a la semana
 5 Varias veces a la semana
 6 Diariamente

¿Cuánto tiempo hace que realiza turnos?

¿Siente que los turnos alteran su vida cotidiana?

- Si
 No

¿Siente que los turnos no le permiten conciliar su vida laboral y su vida familiar?

- Si
 No



Complejo Asistencial de León

Hospital de León-Hospital Monte San Isidro-Hospital Santa Isabel
Altos de Nava s/n. 24071 LEÓN. Tel. 987 237 400 Fax. 987 233 322



¿Siente que los turnos de trabajo hacen que sus relaciones personales se limiten a sus compañeros de trabajo?

- Si
 No

¿Fuma?

- Si
 No

¿Cree que los turnos aumentan su consumo de tabaco?

- Si
 No