



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

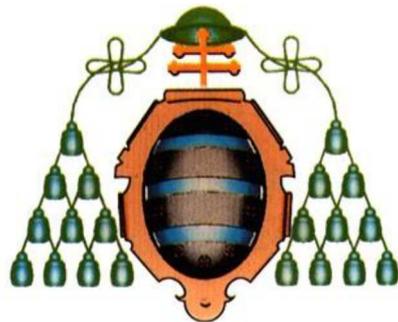
Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

**“HABILIDADES SOCIALES Y NIVEL DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA DE TRIAGE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE
ASTURIAS”**

Carolina Herrero Lobato

10/05/2017

Trabajo Fin De Master



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

**“HABILIDADES SOCIALES Y NIVEL DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA DE TRIAGE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE
ASTURIAS”**

Trabajo Fin De Master

Autora: Carolina Herrero Lobato

Tutora: Carmen Ana Valdés Sánchez

Índice de contenidos

1. INTRODUCCIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA	7
1.1 SÍNDROME DE BURNOUT	7
1.1.1 Definición y dimensiones del Síndrome de Burnout	8
1.1.2 Factores desencadenantes del Síndrome Burnout	9
1.1.3 Consecuencias del Síndrome Burnout	10
1.2 HABILIDADES SOCIALES	11
1.2.1 Concepto y características de las habilidades sociales	12
1.2.2 Aspectos básicos de las habilidades sociales	13
1.2.3 Estilos de comunicación: la comunicación asertiva	16
1.3 SÍNDROME BURNOUT Y HABILIDADES SOCIALES EN EL ÁMBITO SANITARIO	20
1.4 COMUNICACIÓN SANITARIA Y BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y EN EL ÁREA DE TRIAGE	24
2. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO	33
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS	35
3.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	35
3.2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	35
4. MATERIAL Y MÉTODO	36
4.1. TIPO DE ESTUDIO	36

4.2. CONTEXTO DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO	36
4.3. SUJETOS	39
4.4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA	39
4.5. VARIABLES A ESTUDIO	43
4.6. PROCEDIMIENTO	45
4.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	46
4.8. CRONOGRAMA	47
4.9. GASTOS DE EJECUCIÓN	47
5. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS	48
6. POSIBLES SESGOS DEL ESTUDIO	49
7. BIBLIOGRAFÍA	51
8. ANEXOS	60
ANEXO 1: HOJA DE RECOGIDA DE DATOS	60
ANEXO 2: ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES (EHS)	62
ANEXO 3: CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY HUMAN SERVICES SURVEY (MBI-HSS)	65
ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO	68

1. INTRODUCCIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

1.1. SÍNDROME BURNOUT

El Síndrome de Burnout (SB), también conocido como síndrome de desgaste profesional, síndrome de sobrecarga emocional o síndrome del quemado, fue reconocido en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral debido a las repercusiones que tiene para la vida del individuo^(1,2).

El SB es conceptualizado como una respuesta al estrés laboral crónico⁽³⁻⁶⁾. Entendemos por estrés, al proceso dinámico y complejo que se desencadena cuando la persona tiene la percepción real o distorsionada de no ser capaz de hacer frente a la situación en la que se encuentra, aun valiéndose de los recursos que dispone^(7,8). De esta forma, el estrés laboral aparece cuando el individuo es incapaz de afrontar las demandas y exigencias que surgen en su entorno de trabajo, suponiendo un sobreesfuerzo físico y psicológico^(2,8). El estrés, no siempre conlleva consecuencias negativas, sino que nos permite ampliar nuestros recursos personales, fortalecer la autoestima y aumentar nuestras posibilidades^(2,7). Por el contrario, el término de SB implica la aparición de una serie de repercusiones perjudiciales, tanto para el individuo como para el entorno familiar, laboral y social que les rodea^(1,5,9).

Este síndrome, afecta con mayor frecuencia a los trabajadores del sector servicios (profesionales de salud, docentes, psicólogos, policías...) que están en íntimo contacto con otros seres humanos con los que establecen relaciones interpersonales^(6,7,9-12).

1.1.1 Definición y dimensiones del Síndrome de Burnout

El concepto de Síndrome de Burnout fue introducido por primera vez por Freudenberguer en 1974 y desarrollado posteriormente y en mayor profundidad por Maslach y Jackson^(1,3,4,9,13,14). Años más tarde, Pines y Aronson, reconocieron a todos los trabajadores como susceptibles de padecerlo y no solo a los relacionados con el sector servicios como se había delimitado hasta el momento^(1,11).

Se entiende por Síndrome Burnout, al afrontamiento inadecuado que surge ante el estrés laboral continuo al que es sometido el trabajador y que es capaz de comprometer el estado psicológico del mismo, afectar a la calidad y la atención que proporciona a los clientes e influir de forma negativa en el funcionamiento administrativo de los servicios sanitarios^(1,2,11,13,15).

Maslach y Jackson identificaron las tres dimensiones del síndrome: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal^(1-4,12-14). Dichos componentes se manifiestan de forma insidiosa y paulatina, pudiendo además surgir varias veces a lo largo de la vida del individuo⁽¹⁾. El agotamiento emocional (AE), se produce cuando el individuo supera sus recursos emocionales para continuar haciendo frente al estrés que le genera el trabajo^(11,13). Se manifiesta por sentimientos de irritabilidad, impotencia y depresión que pueden ir acompañados de síntomas físicos como el cansancio, cefaleas, trastornos del sueño, etc^(5,12). La despersonalización (DP), hace referencia a la aparición de sentimientos o actitudes de carácter negativo hacia los pacientes como un mecanismo de autodefensa^(1,9,11). Y por último, la baja realización personal (BRP), consiste en la disminución o pérdida de sentimientos del propio

individuo relacionados con el éxito profesional y la aparición de pensamientos negativos como incapacidad de superación, falta de competencias, fracaso, etc^(2,9).

1.1.2 Factores desencadenantes del Síndrome Burnout

No existe consenso en la literatura actual acerca de la etiología del Síndrome de Burnout, sin embargo, se ha estudiado que la asociación con ciertas variables de carácter individual y ambiental, aumentan la susceptibilidad de padecerlo^(1,3,7,11-13).

Entre los factores personales considerados en los estudios realizados^(1,3,7,9,11,13,16), se encuentran: la edad, el género, la situación socio familiar, la experiencia profesional, la personalidad y aspectos psicológicos y psicopatológicos. En relación a la variable edad, está relacionada con la experiencia, a menor edad, menor destreza y por tanto mayor nivel de despersonalización. Algunos artículos^(1,7,11), hacen referencia a la sobrecarga de trabajo acumulada con los años trabajados. En cuanto al género, no hay clara relación, las mujeres poseen mayor autocontrol en situaciones conflictivas, agotándose rápidamente⁽¹⁾, mientras que los hombres consiguen una mayor constancia, al optar por el cinismo⁽¹¹⁾. Haciendo referencia a la situación sociofamiliar, una unidad estable, libre de preocupaciones o cargas familiares evitan la aparición del estrés⁽¹⁾. Por lo que se refiere a la experiencia profesional, está vinculada a la edad y a una adecuada formación profesional (conocimientos científico-técnicos, habilidades comunicativas y técnicas de autocontrol)^(3,7,11). Ciertas personalidades tienen carácter protector como son: el optimismo, la afectividad, la autoestima o determinados factores hereditarios⁽¹⁾. Sin embargo, el exceso de competitividad, exigencia y perfeccionismo favorecen su aparición⁽³⁾. Por

último, en cuanto a los aspectos psicológicos y psicopatológicos, los trastornos de la personalidad, afectivos o ansiosos y la toma de psicofármacos están relacionados con el SB⁽⁷⁾.

Por otro lado, en el entorno laboral existen numerosos factores que pueden favorecer la aparición del SB como son: las condiciones deficientes del entorno físico en el que se desempeña el trabajo; la falta de tiempo y recursos; la mala organización laboral en cuanto a turnos, horarios, nocturnidad y falta de igualdad en el reparto de tareas; la baja remuneración económica, falta de recompensas y ausencia de motivaciones; y la autopercepción de falta de reconocimiento laboral por parte de los compañeros, supervisores y usuarios del servicio^(1,7,9,11). Además, existen otras variables relacionadas con el tipo de trabajo desempeñado que pueden favorecer la aparición del SB: ciertas categorías profesionales como son los trabajadores sanitarios: médicos y enfermeras; el contacto continuo con pacientes y familiares que, debido a su estado de salud, son más demandantes e incluso violentos; la desmotivación causada por trabajos monótonos, repetitivos y aburridos que además exigen una alta responsabilidad y rapidez y la presión asistencial^(1,7,9,11,12).

1.1.3 Consecuencias del Síndrome Burnout

El Burnout tiene numerosas repercusiones negativas tanto para el individuo como para la institución en la que trabaja, viéndose ambas reflejadas en el entorno familiar y social que rodea a los afectados^(1,2,7,9,12,17).

El profesional sanitario, puede experimentar una serie de síntomas físicos, emocionales y conductuales que disminuyen su calidad de vida, afecten a su salud mental e incluso pongan en riesgo la vida del individuo que lo sufre^(1,9). Entre los síntomas físicos, es frecuente el cansancio, malestar general, fatiga crónica, cefalea tensional, alteraciones de sueño, problemas

gastrointestinales, pérdida de peso, tensión muscular y otras alteraciones del organismo (hipertensión, palpitaciones, infarto agudo de miocardio, dermatitis...)^(9,16). Los sentimientos negativos tales como la impotencia, soledad, irritabilidad, baja realización personal y el distanciamiento afectivo como forma de autoprotección, hacen referencia a los síntomas emocionales⁽¹⁾. Por último, los síntomas conductuales, se manifiestan a través de conductas despersonalizadas, absentismo laboral, abuso de sustancias adictivas, cambios de personalidad, comportamientos impulsivos e incluso agresivos hacia los demás, etc^(2,13).

En el ámbito laboral, los sentimientos de indiferencia, absentismo y desesperación experimentados por el profesional, llevan a una pérdida progresiva de las capacidades para desarrollar un trabajo efectivo y de calidad, afectando a la productividad de éste^(2,17). Además, el SB produce un deterioro de la comunicación y de las relaciones interpersonales provocando frialdad e indiferencia hacia los compañeros y usuarios de los servicios⁽⁵⁾. Estos problemas, conllevan una serie de costes económicos y sociales derivados de los gastos en atención sanitaria, salarios durante el periodo de baja y la disminución de la satisfacción del profesional sanitario y de los pacientes⁽¹⁷⁾.

1.2. LAS HABILIDADES SOCIALES

El ser humano es social por naturaleza y como tal necesita relacionarse con el resto de las personas^(18,19). Las relaciones interpersonales son una fuente de bienestar, incrementan la calidad de vida, nos ayudan a conseguir lo que queremos y contribuyen a una saludable autoestima⁽²⁰⁾.

Está claro que las habilidades de comunicación precisan de aprendizaje, siendo mejor adquirirlas en edades tempranas^(21,22) y que la experiencia por sí sola no es un buen modelo de aprendizaje⁽²²⁾. Algunos autores defienden que el aprendizaje y la práctica de conductas no son suficientes, sino que también hay que tener en cuenta la personalidad y el saber estar de cada individuo⁽²¹⁾.

1.2.1 Concepto y características de las habilidades sociales

A lo largo de los años, han surgido un gran número de términos para hacer referencia a una conducta socialmente habilidosa: habilidades interpersonales, habilidades de interacción social, conducta interactiva, conducta asertiva, etc^(18,19). Pero no es hasta los años 70, cuando aparece por primera vez el de “habilidades sociales” (HHSS)⁽¹⁸⁾.

No hay un consenso a la hora de definir que es una conducta socialmente habilidosa. Carmacho⁽¹⁸⁾ y García Rojas⁽¹⁹⁾ señalan que la variabilidad del entorno donde se producen un acto social, dificulta enormemente la posibilidad de establecer una definición ya que dependiendo del lugar en el que nos encontremos, los hábitos y formas de comunicación cambian. A pesar de no existir una definición estandarizada de HHSS, las distintas aportaciones realizadas por los autores permiten señalar una serie de características relevantes para la conceptualización de las mismas^(2,18-20):

- Están influenciadas por el contexto en el que se produce la interacción, así como de las características propias de los individuos que se relacionan (edad, sexo, sentimientos, nivel educacional...).

- Son adquiridas mediante los mecanismos de aprendizaje, observación, imitación, ensayo e información.
- Son imprescindibles para que se produzca una correcta interacción social.
- Intensifican el refuerzo social y la motivación personal.
- Son recíprocas por naturaleza y dependen de la conducta del otro interlocutor.
- Contienen elementos verbales y no verbales, junto con componentes cognitivos, emocionales y fisiológicos, que permiten a la persona expresar sus ideas, sentimientos y derechos sin dañar a los demás.

A partir de las características recogidas, entendemos por HHSS, al conjunto de conductas aprendidas que permite al individuo interactuar y relacionarse con los demás, expresando cómodamente sus necesidades, deseos, sentimientos, opiniones o derechos y respetando a su vez los de la otra persona. Son algunos ejemplos: presentarse, disculparse, expresar afecto, responder a las bromas, responder a una acusación, tomar una decisión, etc.

1.2.2 Aspectos básicos de las habilidades sociales

Las habilidades sociales son estrategias que nos permiten llevar a cabo una interacción social correcta gracias al proceso de comunicación⁽²³⁾. Se entiende como tal, al intercambio de información entre un emisor y un receptor, a través de un medio o canal y empleando un código conocido, de tal forma que se llegue a un significado común entre ambas personas^(24–26).

Existe una serie de habilidades que permiten que el proceso de comunicación sea eficaz. Las principales son asertividad, escucha activa, empatía, inteligencia emocional, respeto y comunicación no verbal⁽²³⁾.

A. Escucha activa

Capacidad de escuchar y entender los mensajes transmitidos por el otro interlocutor, manifestando a su vez que le prestamos atención e interés, por medio del feedback no verbal y otras técnicas de retroalimentación^(25,27,28). La escucha activa, implica atender la totalidad del mensaje es decir, lo que se dice (elementos de contenido) y “como se dice”, prestando atención a los elementos verbales y paraverbales^(27,29). Se trata de un proceso complejo y activo en el que interviene tanto los sentidos como la capacidad intelectual y afectiva⁽²⁹⁾.

Para escuchar activamente es necesario dejar hablar a la otra persona (el silencio es un componente esencial), expresar que se le está escuchando mediante expresiones como “si, si”, “ya veo” y empleando comunicación no verbal como afirmaciones de cabeza, contacto ocular, posición adecuada, evitar distracciones, hacer juicios de valor...^(27,29)

B. Empatía:

Habilidad para ponerse en el lugar del otro y comprender las vivencias del paciente desde los propios supuestos de este^(25,28,30). No significa estar de acuerdo con la perspectiva de la otra persona, sino ser capaz de entenderla teniendo en cuenta su situación y saber transmitirle dicha comprensión de un modo que pueda interpretar^(28,30,31). El profesional no solo debe entender lo que el paciente le dice, sino el sentido que para él tiene^(28,30).

Una persona empática, comprende las necesidades afectivas de los demás, utiliza palabras y gestos para consolar, se expresa con delicadeza y cortesía, ayuda a los demás a calmarse y resolver los problemas y no enjuicia las emociones y sentimientos del otro^(25,30,31).

C. Inteligencia Emocional:

Capacidad para percibir y entender la información emocional. Manejo de los sentimientos y emociones propias y las de los demás permitiendo así la motivación, control de los impulsos, regular el humor, demorar la gratificación, etc⁽³²⁾. Se habla de cinco habilidades relacionadas con la inteligencia emocional: la autoconciencia (conocer los sentimientos de uno mismo), la autovaloración (reconocer las limitaciones de cada uno), la motivación para alcanzar nuestros objetivos, la empatía (ponerse en el lugar del otro) y las destrezas sociales (capacidad de inducir respuestas en los demás⁽³³⁾).

La inteligencia emocional, permite al profesional hacer frente a las demandas, desafíos o presiones que surgen en el entorno laboral y gestionar de manera eficiente las situaciones conflictivas derivadas de la atención al paciente⁽³⁴⁾.

D. Respeto:

Consiste en aceptar a la otra persona, sin realizar juicios de valor y confiando en los recursos que dispone para hacer frente a la situación en la que se encuentra^(28,31). No significa estar de acuerdo, sino aceptar las maneras de pensar y actuar de los demás⁽²⁸⁾. El respeto es reconocer el derecho ajeno^(24,25).

E. Comunicación no verbal

La comunicación no verbal, hace referencia a todos aquellos elementos no lingüísticos (signos y sistemas de signos) usados por el interlocutor junto la palabra para transmitir el mensaje⁽³⁵⁾. En un intercambio cara a cara, los componentes no verbales tienen una gran importancia, suponen el 65% del mensaje frente al 35% de los elementos verbales^(35,36). Cuando

ambos elementos transmiten lo mismo, el mensaje se potencia⁽³⁷⁾. Este tipo de comunicación, incluye elementos no verbales (apariencia física, la mirada, la expresión facial, el contacto físico, la postura...) y paraverbales (volumen de voz, el tono, la fluidez y claridad, los silencios, etc)^(26,37).

Una vez definida la comunicación no verbal, es importante distinguir tres áreas de estudio: paralingüística, kinésica y proxémica^(26,35,36). La paralingüística estudia los aspectos no semánticos del lenguaje, es decir, la forma en que son dichas las palabras, incluye el timbre de voz, el tono, el volumen, el acento, fluidez del lenguaje, los silencios, etc^(20,35,36). La kinésica se encarga del significado de las posturas, los gestos y los movimientos corporales⁽³⁶⁾ y por último, la proxémica analiza el espacio personal y el espacio que nos circunda en el proceso comunicativo^(35,38).

El lenguaje no verbal puede cumplir distintas funciones como son: enfatizar el mensaje verbal utilizando ilustradores, orientar hacia una correcta interpretación del mismo, expresar sentimientos y emociones, sustituir a las palabras cuando solo realizamos un gesto, regular la comunicación verbal mediante el uso de silencios y gestos o a su vez contradecirla, si las señales no verbales empleadas no son congruentes⁽³⁶⁾.

1.2.3. Estilos de comunicación: la comunicación asertiva

Cuando comunicamos lo hacemos sobre la base del manejo de los diferentes elementos: verbales, no verbales y paraverbales. El uso que realizamos de cada uno de ellos determinará el estilo de comunicación que exhibamos⁽³⁸⁾. Existen tres estilos de uso habitual: inhibida, pasiva y asertiva.

A. La comunicación inhibida o pasiva

Consiste en la adaptación excesiva a los demás, sin tener en cuenta los propios sentimientos. La mayoría de las veces estas personas evitan la confrontación, no se hacen respetar y se sienten incomprendidos e incluso manipulados, presentando conductas retraídas^(2,20,38).

Para comunicarse, usan un modo condicional, sin frases afirmativas y con frecuentes muletillas dubitativas. Además, emplean un tono de voz bajo y pausado que resulta monótono, acompañado de escasos gestos y una postura distante y contraída^(26,36,38). Este estilo de comunicación genera sentimientos de desamparo, depresión y tensión a la hora de mantener relaciones sociales y sensación de bajo control sobre las situaciones y sobre las propias reacciones a la hora de enfrentarlas^(2,20,26).

B. La comunicación agresiva

Se caracteriza por la falta de respeto a los derechos, ideas, sentimientos de los demás, manifestado por actitudes ofensivas^(2,20,36). Se observa en el uso de contenidos imperativos y amenazadores, palabras malsonantes, preguntas múltiples, tono de voz elevado y frío, ausencia de espacios, mirada fija, expresiones de enfado, invasión del espacio vital...^(26,38)

En general, el uso del estilo agresivo puede conllevar consecuencias positivas para quien lo practica, dado que aparentemente consigue con facilidad lo que quiere. Pero, en contra de lo que podría parecer, también tiene consecuencias negativas pues acaba por generar fuertes conflictos en la persona a la hora de mantener relaciones interpersonales y sentimientos de frustración, enfado y tensión^(26,38).

C. La comunicación asertiva

Es el estilo idóneo entre la comunicación inhibida y agresiva y permite al individuo ser uno mismo y alcanzar una relación satisfactoria con los demás⁽²⁶⁾. La persona, sabe defender sus derechos, peticiones, opiniones y expresar sentimientos positivos y negativos, respetando en todo momento a los demás^(2,20,26). De esta forma, la comunicación asertiva hace partícipe de las habilidades sociales como la empatía, escucha activa, respeto, etc⁽²⁰⁾.

En este estilo de comunicación, se emplea la primera persona para expresar ideas u opiniones, se realizan preguntas y se usa la retroalimentación para transmitir que entendemos al individuo, todo ello, con un tono uniforme y en consonancia con el mensaje⁽³⁹⁾. Además, el individuo tiene una expresión facial amigable y relajada, mantiene el contacto visual el tiempo suficiente para mostrar interés y una postura abierta y cercana, sin invadir el espacio personal^(36,38,39). La utilización de este tipo de comunicación hace que la persona se sienta relajada y con un mayor control, se guste a sí misma y a los demás, consiguiendo aumentar así su autoestima personal⁽²⁶⁾.

La asertividad es una de las principales habilidades sociales y como tal, es una conducta innata y aprendida, no un rasgo de la personalidad⁽³⁹⁾. Una conducta asertiva a la hora de comunicarnos, nos permite transmitir que entendemos el punto de vista del otro interlocutor, describir un problema, expresar sentimientos negativos que la otra persona nos genera y el comportamiento que esperamos y dar a conocer las consecuencias que tendrá el recepto de acuerdo con su respuesta⁽²⁶⁾. Según la revisión realizada por Roca⁽²⁰⁾, la asertividad incluye tres áreas principales: la autoafirmación (capacidad de expresar opiniones, hacer peticiones y

defender nuestros derechos), la expresión de sentimientos positivos como es expresar agrado o afecto, hacer cumplidos o recibirlos y la expresión de sentimientos negativos, es decir, de mostrar desacuerdo o disconformidad.

Las personas asertivas se caracterizan por conocerse, aceptarse incondicionalmente y mantenerse fieles a sí mismas, reconocer sus limitaciones, no autoengañarse, manejar sus sentimientos y expresarlos correctamente y ser capaz de mantener una comunicación abierta y correcta con los demás^(18,20). Además reflejan seguridad personal y autoestima e integran el respeto por sí mismos y por los demás^(26,38).

Van der Hofstadt⁽²⁶⁾ diferencia entre habilidades asertivas y técnicas asertivas. Las habilidades asertivas serían aquellas conductas específicas encaminadas a mantener un estilo de comunicación predominantemente asertivo en la interacción con los demás, orientado hacia un intercambio satisfactorio para ambas partes. Entre dichas habilidades están: la capacidad para emitir libremente información, hacer autorrevelaciones, empatizar, formular críticas, solicitar cambios, expresar opiniones, conformidad o desacuerdo, resumir, hacer preguntas, emitir «mensajes yo» y elogiar. Las técnicas asertivas, sin embargo, se refieren a los distintos comportamientos empleados a la hora de hacer valer nuestros derechos asertivos y defenderlos delante de los demás, siendo alguna de ellas el disco rayado, la oposición asertiva, banco de niebla, interrogación negativa, etc^(18,20,38).

1.3. SÍNDROME BURNOUT Y HABILIDADES SOCIALES EN EL ÁMBITO SANITARIO

El Síndrome de Burnout, afecta a todos los profesionales que mantienen una relación de ayuda o servicio de manera constante con los usuarios^(1,5-7,9-11). Dentro del sector servicios, los trabajadores que desempeñan labores asistenciales como son los médicos y enfermeras de atención primaria y especializada, auxiliares y cuidadores de pacientes geriátricos, psicólogos, cirujanos, odontólogos y otros profesionales como celadores y técnicos, son destacados por numerosos estudios como los más susceptibles de padecer Burnout^(1,2,6,7,9-11).

Los profesionales sanitarios, son los encargados de prestar a los pacientes los cuidados necesarios para satisfacer sus necesidades⁽⁴⁰⁾, dicha atención debe ser individualizada ya que cada ser humano responde ante la enfermedad según sus propias experiencias y conocimientos⁽⁴¹⁾. Por lo que resulta imprescindible establecer una relación interpersonal adecuada para conocer y hacer frente a las necesidades de los pacientes^(13,22,41,42).

Es obvio que para dar una asistencia de calidad se requiere conocimientos científicos, pero por si solos éstos no son suficientes, es necesaria la interacción de los mismos con los valores propios del ser humano (razonar, sentir, empatizar...) lo que se traduce en la humanización de los cuidados^(40,41,43,44). Por ello, los trabajadores deben aprender a desarrollar habilidades y estrategias para humanizar los cuidados, entre las que destacan las habilidades sociales y de comunicación^(13,22,41,42).

La comunicación forma parte de nuestro labor cotidiana como profesionales⁽⁴²⁻⁴⁴⁾ y es una de las cuatro competencias clínicas junto con la resolución de conflictos, el conocimiento y la exploración física⁽²²⁾. Se ha visto que los médicos capaces de establecer una relación basada en

cuestiones emocionales tienen pacientes más satisfechos y con menos estrés psicosocial, lo que genera a su vez, una mayor satisfacción del propio profesional^(13,21,42,45).

En la mayoría de los casos, los pacientes que se encuentran en situaciones problemáticas manifiestan sentimientos de frustración, ira, agresividad o desesperación⁽⁴¹⁾ y desarrollan una creciente pérdida de respeto y de credibilidad hacia el personal médico y una mayor desconfianza⁽⁴⁶⁾. El contacto continuo con éstas actitudes negativas parece tener un impacto desfavorable en el nivel de satisfacción laboral y personal del profesional sanitario⁽⁴⁶⁾.

Existen otros factores profesionales vinculados con el estrés laboral en el ámbito sanitario como la necesidad de tomar decisiones instantáneas sobre la vida y la muerte, el peligro físico de las enfermedades infecciosas y el miedo a agresiones, que pueden provocar la aparición de diversos problemas físicos, psicológicos y sociales relacionados con el SB^(9,11,47). Además, en muchas ocasiones la realidad de los servicios de salud contrastan con las expectativas personales contribuyendo al estrés laboral⁽⁹⁾.

Estudios realizados sobre el SB en profesionales sanitarios, han encontrado en todos ellos signos de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal^(8,48-50). En los médicos y enfermeras el agotamiento emocional es mayor que en técnicos o celadores, mientras que la baja realización personal se da con más frecuencia en los médicos y técnicos. Saborio e Hidalgo⁽¹⁾ señalan en su revisión que empiezan a observarse síntomas de agotamiento emocional en los periodos de formación del personal sanitario⁽¹⁾. Diversas investigaciones^(2,5,7,9,11,16), consideran que los profesionales de enfermería son los trabajadores más susceptibles de

presentar síntomas asociados con el Burnout, ya que su trabajo conlleva una serie de estresores específicos relacionados con la alta implicación emocional y la organización del trabajo^(2,11,45).

Los estresores vinculados con la implicación emocional están relacionados con el hecho de que el personal enfermero es reconocido como una persona comprometida, desinteresada, con un alto nivel de responsabilidad, tendencia al perfeccionamiento y disponible en todo momento para hacer frente a las demandas de los pacientes^(9,47). Además, el trabajo de enfermería implica establecer una relación continua con personas que padecen algún tipo de sufrimiento, originando en ocasiones cierta frustración personal al no poder hacer más^(11,22).

Entre los estresores laborales destacan, los horarios de trabajo irregulares, la falta de reconocimiento y la sobrecarga de trabajo originada por la falta de recursos^(2,11,45). A todo esto, hay que añadir la falta de formación de los profesionales de enfermería para hacer frente a situaciones difíciles tales como comunicar malas noticias, control de las emociones, demandas de los pacientes y familiares, pacientes agresivos...^(11,22) Por todos estos motivos, aparecen manifestaciones de cansancio, fatiga y vaciamiento emocional, que hacen que surja el SB ante la incapacidad de los enfermeros de hacer frente a las demandas exigidas^(2,7,9,11,16).

La presencia del Síndrome Burnout, también ha sido estudiada en los distintos servicios sanitarios de España (atención primaria y especializada, servicios de hospitalización, unidades de urgencias y cuidados críticos e incluso en atención extrahospitalaria)^(15,49,51). Pero existen pocos estudios que hagan una comparación de todos ellos que permitan ver que unidades presentan mayor nivel de Burnout. En atención primaria, se han encontrado que hasta el 40% de los médicos presentan algún síntoma de agotamiento emocional^(3,50), pero dichos porcentajes son

inferiores a los encontrados en atención especializada. Los estudios realizados en el ámbito hospitalario, muestran que las unidades médicas como medicina interna, manifiestan mayor sobrecarga emocional frente a las unidades quirúrgicas o servicios especiales como diálisis. Los trabajadores de ciertas unidades como traumatología, rehabilitación y quirófano sufren mayor despersonalización al desempeñar su trabajo^(50,52).

A pesar de la falta de consenso acerca de cuáles son los servicios más susceptibles, algunos autores señalan que el trabajo realizado en los servicios de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias implican un mayor riesgo de sufrir estrés laboral que el realizado en cuidados intensivos, unidades médicas, servicios centrales y pediatría^(7-9,17,52,53).

Desde hace tiempo sabemos que una comunicación eficaz por parte de los profesionales de la salud, además de tener resultados beneficiosos en el paciente, influye positivamente en su nivel de satisfacción tanto a nivel personal como laboral^(21,22,42,44,54). Por estos motivos, el profesional sanitario debe disponer de conocimientos en habilidades sociales para desempeñar la labor asistencial. Cebria⁽⁵⁵⁾, en un estudio realizado con médicos de atención primaria, concluye que las habilidades de comunicación podrían estar asociadas a un menor padecimiento del síndrome de Burnout y sería una estrategia para ayudar a prevenirlo. Dicha ratificación, también ha sido sustentada por el autor Epstein⁽²¹⁾ quien afirma que tener unas adecuadas habilidades de comunicación disminuiría del Síndrome de Burnout en profesionales de salud.

1.4. COMUNICACIÓN SANITARIA Y BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN SERVICIO DE URGENCIAS Y EN EL ÁREA DE TRIAGE.

El personal de enfermería que trabaja en los servicios de urgencias, son los profesionales más susceptibles de padecer Síndrome de Burnout debido a las peculiaridades que singularizan su labor y al trabajo característico de la atención urgente^(2,9,11,47).

Los servicios de urgencias, se caracterizan por la masificación de forma discontinua de pacientes^(2,9,11,44,47), lo que produce la saturación a determinadas horas, días concretos, periodos festivos, etc⁽⁵⁶⁾. Ante esta demanda excesiva, surgen deficiencias en cuanto a los recursos personales y sanitarios (retraso en la valoración inicial, demora en los ingresos, falta de espacio e intimidad, estancias prolongadas...), provocando la insatisfacción de los usuarios y posibles reclamaciones^(44,56). Además, dicha masificación implica un aumento de carga de trabajo para el profesional, que junto con las condiciones medioambientales y organizativas deficientes de estos servicios (turnos rotatorios, nocturnidad, falta de reconocimientos, escasez de recursos) propician la insatisfacción laboral y el riesgo de Burnout^(11,17,56).

El contacto con el dolor, la muerte y enfermedades terminales, es otro rasgo típico de este servicio^(7,9,11), que sumado a las exigencias de los pacientes, la falta de cooperación y a las dificultades de comunicación surgidas, incrementan la sensación de estrés del trabajador y favorece la aparición de errores^(17,43,57).

Por otro lado, la atención urgente implica la necesidad de actuar con inmediatez, un alto nivel de responsabilidad, conocimientos científico-técnicos, una amplia experiencia y madurez mental debido a las grandes implicaciones éticas y morales que con lleva^(7,9,11). La falta experiencia

para hacer frente a los frecuentes conflictos que surgen en este ámbito, resulta un desencadenante para la aparición de SB^(8,53).

Por último, la violencia es otra de las dificultades a la que se enfrentan diariamente los trabajadores del área de urgencias^(7,44,58-61). La relación existente entre el Síndrome de Burnout y la violencia en los profesionales sanitarios ha sido estudiado, concluyendo, que la exposición a incidentes agresivos produce altos niveles de agotamiento y despersonalización^(60,61). El término de violencia, no solo hace referencia a las agresiones físicas, sino que también abarca todos aquellos comportamientos capaces de producir algún daño físico o psicológico en el afectado⁽⁶⁰⁾. Actualmente, existe una gran tolerancia hacia la violencia y en la mayoría de los casos no se llega a notificar ya que los profesionales tienen la percepción de que no sirve para nada^(58,61). Según un estudio realizado por Morphet et al⁽⁵⁸⁾, los principales causantes de violencia en el ámbito de urgencias son los largos tiempos de espera, la situación crítica del paciente, la falta de información, el desconocimiento por parte del usuario del funcionamiento del servicio, el abuso de drogas y alcohol, enfermedades mentales y espacios libres de humo. Sin embargo, el propio profesional sanitario también puede provocar comportamientos agresivos en los pacientes si no muestran suficiente empatía y tolerancia o hacen un uso inadecuado de la comunicación^(58,59).

Los profesionales de enfermería en el área de urgencias, son conscientes de que la comunicación y el diálogo son fundamentales para desarrollar una atención integral y establecer una adecuada relación con el paciente y la familia⁽⁵⁷⁾. Sin embargo, la necesidad de rapidez, la presión asistencial, situaciones críticas, la actitud de los usuarios ante la situación vivida... dificultan el proceso de comunicación y el entendimiento entre las partes implicadas⁽⁵⁷⁾.

Los pacientes y acompañantes que acuden al servicio de urgencias, se encuentran en una situación compleja, inesperada y desconocida, por lo que requieren apoyo por parte de los profesionales sanitarios y un alto nivel de comunicación e información para así aumentar su seguridad, aliviar su malestar emocional y conseguir una mayor satisfacción⁽⁵⁷⁾. Por lo que es labor de la enfermera brindar información en todo momento acerca de los procedimientos que se van a realizar, la medicación administrada, pruebas solicitadas, tiempos de espera, seguimiento del paciente, etc⁽⁵⁷⁾. En la mayoría de los casos la insatisfacción de los pacientes en este servicio se relaciona con una escasa e inadecuada información⁽²²⁾.

Para ofrecer una información de calidad, es necesario un clima cálido y relajado, proporcionar privacidad y confianza, no manifestar sentimientos de enfado, nerviosismo o apuro, cumplir con el secreto profesional, mostrar una disposición de ayuda y emplear un lenguaje sin muchos tecnicismos y adecuado al interlocutor, proporcionando a cada paciente la cantidad de información que necesite⁽⁶²⁾. Debemos tener en cuenta que la información en los servicios de urgencias tiene como funciones: disminuir la angustia de los pacientes y familiares, proporcionar apoyo emocional, dar consejos y contribuir al cumplimiento de las normas para el correcto funcionamiento del servicio⁽⁶²⁾.

En muchas ocasiones, el profesional sanitario se ve obligado en urgencias a notificar malas noticias (defunciones, situaciones de salud comprometidas, diagnósticos sombríos), lo que supone una situación difícil por la alta responsabilidad, las intensas emociones que implica y el temor a una respuesta incontrolable o preguntas incómodas^(57,63,64). Informar adecuadamente a los familiares o pacientes sobre un acontecimiento inesperado, favorece la comprensión,

aceptación y conciliación, por ello es necesario integrar una serie de actitudes y habilidades de comunicación⁽⁶³⁾.

El profesional encargado, antes de comenzar, debe estar muy seguro de lo que va a decir y como decirlo⁽⁶⁴⁾ y enfrentarse a los sentimientos que le genera a el mismo la noticia y puedan interferir en la comunicación⁽⁶³⁾. Dentro de un contexto tranquilo y privado, se debe mostrar más afecto y cercanía que formalidad, para favorecer así un clima de escucha y empatía, usar un lenguaje sencillo, evitando convenciones del tipo: “me sabe muy mal tenerte que decir”... o “esta noticia te afectará terriblemente, términos con alto contenido emocional y los tonos lúgubres⁽⁶³⁶⁵⁾. Para favorecer la empatía, es importante emplear expresiones como “entiendo su preocupación”, “esta reacción suya es muy normal” y “tiene derecho a sentirse así”, así como emplear gestos de afecto⁽⁶⁵⁾.

La importancia de la comunicación dentro del equipo, también es otro aspecto esencial para prestar cuidados de calidad⁽²²⁾. El servicio de urgencias atiende a una gran variedad de patologías y de diversa complejidad, que precisa de la valoración de diferentes especialidades médicas y de una coordinación interna y externa con otros servicios como radiología, laboratorio, farmacia, ambulancias...^(17,43) Lo que implica establecer un consenso interno entre el personal para alcanzar los objetivos asistenciales.

Por último, las habilidades de comunicación en urgencias son un instrumento imprescindible en el primer contacto con el paciente al servicio de urgencias⁽⁵⁷⁾. La unidad de Triage es el área dónde se establece este primer contacto, se identifica el nombre del paciente y el por qué ha acudido al servicio⁽⁵⁷⁾. El profesional en esta unidad se encarga de identificar el

principal problema de salud de cada paciente, para establecer la prioridad de atención según su gravedad. Además, debe realizar un seguimiento de los pacientes triados que permanecen en la sala de espera, para detectar posibles agravamientos e informar al paciente y familiares del motivo del retraso mostrando así preocupación por su bienestar emocional^(41,66). Por ello es básico establecer una relación adecuada con el paciente y poseer las habilidades necesarias para llevar a cabo una entrevista que permita obtener los datos relevantes^(40,41).

El primer lugar, se debe tener presente que el contacto con el paciente es fundamental a la hora de iniciar una correcta interacción y es labor de la enfermera que se establezca una relación agradable y cordial^(22,25). Para ello, es necesario llamar al paciente, saludarlo con amabilidad, mantener el contacto visual y presentarse correctamente aclarando nuestra función^(13,13,22,41). Estos comportamientos demuestran una atención individualizada y favorecen la confianza, acercamiento y seguridad del paciente y de sus acompañantes⁽⁴¹⁾.

Por otro lado, es importante desde el primer momento proporcionar comodidad y privacidad para que el paciente exprese su problema⁽⁴¹⁾. Un ambiente relajado, cómodo, libre de interrupciones contribuye al proceso de comunicación⁽²⁵⁾. Del mismo modo, es necesario finalizar todo lo que estábamos haciendo con anterioridad y justificar el uso del ordenador mientras se habla con el paciente⁽²²⁾, así como escuchar activamente el motivo de su consulta, mostrando una actitud abierta e interés por su problema y por ayudarlo, siendo éste uno de los puntos clave en la recopilación de información^(13,41).

La escucha activa implica estar atento no sólo a lo que nos cuenta el paciente sino a los elementos no verbales que acompaña al mensaje^(22,25). A veces lo que transmite el paciente no

coincide con los que observamos. Es muy importante no interrumpir, respetar los silencios y manifestar con elementos de retroalimentación que estamos atendiendo^(13,22,25). Con frecuencia el tiempo de consulta es limitado y la enfermera debe tener la capacidad de reorientar la conversación con el fin de conocer el motivo de la misma. Para ello, es preciso clarificar puntos, hacer un resumen de lo que nos ha dicho, desarrollar una secuencia cronológica de los sucesos etc^(22,25).

El lenguaje empleado durante la entrevista debe ser claro, sencillo, acorde al receptor con el que estamos tratando⁽¹³⁾. No se debe hacer uso de muchos tecnicismos para facilitar su comprensión^(13,22,24,25). Para identificar el problema de salud es imprescindible realizar preguntas abiertas que inviten al paciente a hablar sobre el mismo y posteriormente preguntas cerradas para poder recopilar la máxima información⁽²²⁾.

Los profesionales de enfermería deben poseer las características de cordialidad, educación y de disposición para escuchar las quejas de los pacientes en la acogida, para evitar situaciones de insatisfacción en la atención recibida, que puedan manifestarse en posibles reclamaciones^(24,57). De ahí la gran importancia de saber empatizar, siendo capaces de ponernos en su lugar para poder comprender mejor su problema o preocupación^(25,30,67). Debemos tener en cuenta que cada individuo es diferente, tiene su propia historia, necesidades y creencias, por lo que una misma situación puede ser vivida de forma diferente por cada persona^(25,41). Por eso es importante el respeto, la aceptación y no realizar juicios de valor. Empatizar no significa estar de acuerdo con todo lo que nos cuente el paciente ni darle la razón sino ser capaces de entender el

problema desde su propia vivencia^(28,31). Es importante emplear palabras que permitan transmitir que lo entendemos⁽²⁵⁾.

Otro aspecto importantísimo, es la comunicación no verbal que está presente en todo momento en el proceso de intercambio de información contribuyendo a reafirmar y clarificar el mensaje y resultando en ocasiones contradictoria al mensaje verbal⁽²⁶⁾. El profesional de enfermería debe estar atento a su propia comunicación no verbal que va a permitir crear confianza y seguridad en el paciente y además debe ser capaz de interpretar los mensajes no verbales que éstos nos transmiten⁽²²⁾.

Para que una enfermera haga buen uso de la comunicación no verbal debe comenzar recibiendo al paciente con una sonrisa y un gesto de afecto, como ya hemos comentado anteriormente⁽²²⁾. Durante la entrevista es importante mantener el contacto visual en todo momento y una postura adecuada que muestre nuestra disponibilidad para escuchar. Se debe cuidar la expresión facial, así como los gestos excesivos usados para dar énfasis a las palabras^(20,24,26,36,54). Es importante también, mostrar gestos de afecto como tocarle el brazo, tomarle la mano, decir alguna palabra de aliento... ya que ayudan a tranquilizar al paciente, disminuyen la ansiedad y reflejan preocupación por sus problemas⁽⁴¹⁾.

Por otro lado, no hay que olvidar, prestar atención a la comunicación no verbal de los pacientes que acuden al servicio de urgencias ya que a menudo se encuentran en una condición clínica desfavorable, que les impide utilizar adecuadamente la comunicación verbal. La enfermera debe captar lo que la expresión facial y el cuerpo manifiestan como señales y síntomas, a fin de evaluar el cuadro clínico objetivo y subjetivo e instituir el cuidado adecuado⁽⁵⁷⁾. La comunicación

no verbal también alerta sobre el estado afectivo del paciente, por ejemplo, una postura retraída, la expresión facial dura, movimientos continuos de las manos o piernas, una mirada esquiva... lo que puede indicarnos que el paciente no está siendo sincero o no está dispuesto a comunicarse^(20,26,36).

En cuanto a los elementos paralingüísticos, se debe emplear un volumen de voz adecuado, dando mayor énfasis en aquello que queremos resaltar, evitando los tonos monótonos y con pocas variaciones porque pueden reflejar inseguridad^(24,26). Es importante hablar con cierta fluidez y claridad, prestando interés en las pausas y los silencios^(22,24), así como darle tiempo al paciente a expresar sus emociones⁽²⁵⁾.

Por todo lo anteriormente expuesto, consideramos fundamental que la enfermera de urgencias, en especial la de Triage disponga de habilidades sociales que le permitan establecer una comunicación interpersonal correcta con el paciente para conocer el problema de salud y lidiar con los sentimientos expresados por los pacientes ante la enfermedad como son: dolor, sufrimiento, miedo, ansiedad, estrés, desesperanza, irritabilidad o agresividad^(40,41,58). La enfermera de Triage debe ser capaz de percibir y entender dichos sentimientos ya sean explícitos o implícitos para ello, debe hacer uso de la llamada inteligencia emocional para captar los mensajes emocionales y poder responder a ellos⁽³⁴⁾; en muchos casos la carga emocional que presenta los pacientes y la familia son los verdaderos responsables del malestar del paciente enfermo⁽³⁴⁾.

La alta implicación emocional que supone la tarea de la enfermera en el Triage junto con el hecho de que se trata de un trabajo monótono, aburrido y poco gratificante, precisa de alta

concentración y responsabilidad, conocimientos clínicos complementarios y exige una actuación rápida debido a la sobrecarga de trabajo^(66,68), califica este trabajo como una de las labores más estresantes en el servicio de urgencias^(41,66), lo que puede causar problemas en los profesionales sanitarios relacionados con el Síndrome de Burnout.

2. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Como ya hemos constatado, las habilidades sociales y de comunicación son un elemento indispensable en nuestro ejercicio profesional^(13,22,41). Dichas habilidades nos permiten llevar a cabo una comunicación efectiva con los pacientes, familiares y resto del personal sanitario y hacer frente a las situaciones conflictivas que nos encontramos^(21,22,44). Logrando así, una mayor satisfacción tanto para el paciente como el propio profesional.

Algunos autores^(2,11-13,37,44,69) han señalado que la formación en técnicas de habilidades sociales puede contribuir al bienestar físico y psicológico de los profesional, disminuyendo así la aparición del Burnout. El hecho de que el profesional de enfermería cuente con unas adecuadas habilidades de comunicación puede contribuir a aumentar su seguridad, competencias y a una mejor relación interpersonal tanto con los pacientes como con el equipo de trabajo^(21,55,70).

Sin embargo, no se ha realizado estudios en España que relacionen la influencia de las habilidades sociales en la aparición de Burnout. El único estudio encontrado ha sido realizado por Leal Costa et al⁽⁷⁰⁾ en 2015 con profesionales sanitarios de tres colectivos (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) que prestaban sus servicios en hospitales públicos y estatales y en centros de atención primaria, en las provincias de Murcia y Alicante. Dicho estudio concluye que las habilidades de comunicación pueden ser un factor preventivo del Burnout y asume como limitación del estudio la gran heterogeneidad de la población.

Debido al entorno tan estresante que por todo lo anteriormente expuesto presentan los servicios de urgencias hospitalarias y concretamente las unidades de Triage y la importancia que las habilidades sociales pueden tener para aumentar la seguridad de los profesionales en dicho

entorno. Nos planteamos, estudiar la relación entre el nivel de habilidades sociales que presentan los enfermeros en el área de Triage del servicio de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias y el nivel de Síndrome de Burnout que padecen. Con el fin de poder aportar más datos en relación a este ámbito de conocimiento y diseñar en un futuro medidas preventivas basadas en programas de formación en habilidades sociales.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

3.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe asociación entre el nivel de habilidades sociales de los profesionales de enfermería, que trabajan en el área de Triage del servicio de urgencias generales del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) y el nivel de Burnout que presentan?

3.2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo principal

Analizar la relación existente entre el nivel de habilidades sociales y Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería, que trabajan en el área de Triage del servicio de urgencias generales del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Objetivos específicos

- Conocer la prevalencia del Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería encargados del Triage en el servicio de urgencias generales del HUCA.
- Evaluar el nivel de habilidades sociales de los profesionales de enfermería del área de Triage en el servicio de urgencias generales del HUCA.
- Determinar la influencia de las variables sociodemográficas y laborales sobre las dimensiones del Burnout (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal).
- Analizar la influencia de las variables sociodemográficas y laborales en el nivel de habilidades sociales.

4. MATERIAL Y MÉTODO

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Se plantea un estudio descriptivo transversal en una muestra de profesionales de enfermería del ámbito de urgencias en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

4.2. CONTEXTO DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO

El Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), está ubicado en Oviedo y pertenece al Área Sanitaria IV. Se trata del hospital de referencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) y proporciona atención superior a la encontrada en los otros hospitales de la Comunidad Autónoma.

Los servicios de urgencias del HUCA atendieron a 107.576 personas durante el año 2016 lo que supone una media de 295 pacientes al día. Desde su apertura en el 2014 en la nueva ubicación, está sufriendo un aumento de la presión asistencial. En el servicio de urgencias del HUCA, se diferencian tres áreas: urgencias generales, urgencias pediátricas y urgencias de obstetricia y ginecología. Es el servicio de urgencias generales el más demandado, por este motivo el estudio se lleva a cabo en esta área hospitalaria.

El servicio de urgencias de adultos está estructurado en subzonas según la función que cumplen. A continuación, presentamos brevemente las distintas partes que componen la unidad.

TRIAGE

Es la zona de recepción de pacientes y clasificación de los mismos según el nivel de gravedad clínica que presentan, con el fin de establecer un orden de prioridad de manera que los pacientes más urgentes sean tratados los primeros.

Para realizar una correcta asignación del nivel de prioridad, se emplea un método de Triage estructurado conocido como Sistema de Triage Manchester (MTS). El MTS permite clasificar a los pacientes en 5 niveles de gravedad tal y como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Niveles de atención del sistema de Triage Manchester

NIVEL	NOMBRE	COLOR	TIEMPO DE ATENCIÓN
1	Emergencia	Rojo	0min
2	Muy urgente	Naranja	10min
3	Urgente	Amarillo	60min
4	Poco urgente	Verde	120min
5	No urgente	Azul	240min

Existen 3 salas de Triage conocidas como sala 1, 2 y 3 respectivamente. La sala de Triage 1 es la principal y permanece abierta durante las 24 horas del día y en momentos de alta presión asistencial es apoyado por la sala 2. La función de la sala de Triage 3 es la atención de pacientes que llegan en ambulancias y sólo permanece abierta de 10 a 22 horas.

ZONA ASISTENCIAL

Se distinguen distintas secciones según el tipo de atención que precisen los pacientes: *Área de críticos* (atiende a pacientes con urgencia vital, nivel 1); *Atención Urgente-A* (pacientes con patología muy graves denominados nivel II); *Atención Urgente-B* (proporciona atención a pacientes de gravedad media, nivel III); *Atención Urgente-C* (sirve de apoyo a la Atención Urgente-B); *Área de Consultas* (pacientes con patología leve nivel IV y V o que precisen ser atendidos por especialidades concretas como oftalmología y otorrino); *Área de Traumatología y Cirugía Menor*

(atienden a pacientes con traumatismos o heridas de diferentes niveles de prioridad) y *Área polivalente* (proporciona apoyo al resto de las unidades en especial a pacientes pendientes de ingreso).

UNIDADES DE OBSERVACIÓN

Es el lugar donde están ubicados los pacientes que precisan estar ingresados durante un corto periodo de tiempo para poder observar su evolución o que se encuentran a la espera de pruebas complementarias, tratamientos específicos o de cama para poder ser ingresados en hospitalización.

El servicio prestado por el personal de enfermería se realiza en turno de mañana (8-15), turno de tarde (15-22), turno deslizante (12-17 y 17-24) y turno de noche (22-8), lo que supone 7 horas en turno diurno y 10 horas en el nocturno. La distribución de la jornada se realiza según un turno rotatorio de 9 días, de tal forma que las enfermeras trabajan dos días de mañana, dos días de tarde y dos días de noche, descansando 3 días. El personal del servicio de urgencias generales realiza una rotación por cada una de las áreas, existiendo 14 ubicaciones. En turno diurno, la rotación se realiza cada quince días y cada turno nocturno se realiza en un área distinta. De esta forma, una enfermera pasa por Triage entre 28-32 días al año en turno diurno y 6-7 noches al año. Para trabajar en el área de Triage, es necesario una experiencia mínima de un año y haber realizado el curso específico de Triage Manchester por el Grupo Español de Triage.

4.3. SUJETOS

El tipo de muestreo que se va a realizar será no probabilístico por conveniencia. La muestra del estudio está formada por el total de profesionales de enfermería del servicio de urgencias que trabajan en el área de Triage del Hospital Universitario Central de Asturias (n=73).

Criterios de inclusión

- Formar parte de la plantilla fija del personal de enfermería del servicio de urgencias generales del HUCA
- Desempeñar las labores de enfermera durante el periodo de estudio.
- Experiencia laboral mínima de un año en el área de Triage.
- Haber realizado el curso específico de Triage Manchester por el Grupo Español de Triage.
- Aceptación de participación en el estudio firmando el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- No cumplir con alguno de los criterios de inclusión.
- Que no hayan cumplimentado el cuestionario en su totalidad.
- No firmar el consentimiento informado.

4.4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Como instrumentos de evaluación se empleará la Escala de Habilidades Sociales (EHS), el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) y una hoja de recogida de datos sociodemográficos y laborales.

Hoja de recogida de datos

Para la recogida de datos sociodemográficos y laborales necesarios para el estudio, se ha elaborado un hoja de recogida de datos (Anexo 1) que incluye las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, personas a su cargo, tipo de contrato, años de experiencia laboral, años trabajados en el servicio, tiempo realizando el Triage Manchester, satisfacción del trabajo realizado en urgencias, satisfacción del trabajo realizado en el área de Triage, nivel de estrés que genera el trabajo realizado en urgencias, nivel de estrés que genera el trabajo realizado en Triage y frecuencia con la que los pacientes le causan estrés.

Escala de Habilidades Sociales (EHS)

La escala de Habilidades Sociales de Gímero (EHS) (Anexo 2), permite conocer el nivel de habilidades sociales o aserción del sujeto e identificar cuáles son las áreas más problemáticas para comportarse de forma asertiva.

Se trata de un instrumento construido, validado y tipificado en población española y que cuenta con unas adecuadas propiedades psicométricas⁽¹⁾. Requiere aproximadamente unos 15 minutos para ser cumplimentado. Está compuesta por 33 ítems, 28 de los cuales están redactados en sentido de falta aserción o falta de habilidades sociales y 5 de ellos en sentido positivo, lo que indicaría una conducta socialmente habilidosa (ítems 3, 7, 16, 18 y 25).

En esta escala se puede diferenciar seis factores o subescalas que corresponden a la capacidad asertiva en los distintos contextos: autoexpresión en las situaciones sociales; defensa de los propios derechos como consumidor; expresión de enfado o disconformidad; decir no y cortar interacciones; hacer peticiones; e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

La puntuación de cada uno de los ítems se realiza a partir de cuatro patrones de respuestas expresadas de la siguiente manera: **A**: no me identifico en absoluto, la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría; **B**: más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra; **C**: me describe aproximadamente, aunque no siempre actué o me sienta así; **D**: muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos.

De esta forma la puntuación de los ítems redactados en positivo se haría de la siguiente manera: A=1, B=2, C=3 y D=4 y de los negativos: A=4, B=3, C=2 y D=1. La puntuación global de la escala oscila entre 33 y 132 puntos, una mayor puntuación global indica que la persona tiene más habilidades sociales y más capacidad de aserción en distintos contextos.

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS)

El cuestionario elegido para el estudio, fue *Maslach Burnout Inventory Human Services Survey* (MBI-HSS), en su adaptación española^(2,3) (Anexo 3). Es un instrumento de medida estandarizado, procedente de la versión clásica del Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach y Jackson 1981) para evaluar la frecuencia y la intensidad con la que los profesionales sanitarios sufren Burnout. Ha sido validado en diferentes países, cumple los criterios de validez convergente y divergente y consta de una consistencia interna entre 0,79 y 0,90^(4,5).

Se trata de una escala autoadministrada que consta de 22 ítems que se distribuyen en 3 dimensiones: agotamiento emocional(AE), despersonalización(DP) y baja realización personal (BRP).

- Subescala de Agotamiento Emocional (AE): valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Costa de 9 ítems representados por las preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. La puntuación máxima es de 54 puntos.
- Subescala de Despersonalización (DP): valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Compuesta por 5 ítems, preguntas 5,10,11,15 y 22 con una puntuación máxima de 30 puntos.
- Subescala de Baja Realización Personal (BRP): evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Formada por 8 ítems correspondientes a las cuestiones 4,7,9,12,17,18,19 y 21. Máxima puntuación de 48.

Para evaluar las respuestas, se emplea una puntuación de 0 a 6 correspondientes a la frecuencia con la que el sujeto experimenta los sentimientos: 0= Nunca; 1 = Pocas veces al año o menos; 2= Una vez al mes o menos; 3 = Unas pocas veces al mes o menos; 4 = Una vez a la semana; 5 = Pocas veces a la semana; 6 = Todos los días

Para obtener las puntuaciones de cada una de las subescalas, se suma los puntos anotados en los ítems correspondientes a cada una de ellas, empleando como puntos de cortes, los considerados por otros autores en estudios similares (2,3). De esta forma, en la subescala AE, un alto nivel de Burnout está asociado a puntuaciones iguales o superiores a 27, niveles intermedios con puntuaciones entre 19-26 y puntuaciones inferiores a 19 mostrarían niveles bajos de Burnout. En la subescala de DP, puntuaciones superiores a 10 indicarían un nivel alto, de 6 a 9 un nivel medio y puntuaciones por debajo de 6 nivel bajo de despersonalización. La subescala de BRP, funciona en sentido opuesto, de tal forma que las puntuaciones entre 0-33 muestran baja

realización personal, de 33-39 indicarían una realización intermedia y puntuaciones superiores a 40 una alta realización personal.

Se considera que una persona presenta Síndrome de Burnout cuando consigue puntuaciones altas en las dimensiones de AE y DP y una puntuación baja en BRP.

4.5. VARIABLES A ESTUDIO

Variables sociodemográficas y laborales

- **Edad:** edad exacta de la persona que participe en el estudio. Variable cuantitativa discreta.
- **Sexo:** condición organizativa masculina o femenina del participante. Variable cualitativa nominal, dicotómica. Categorías: hombre/ mujer.
- **Estado civil:** situación civil del participante. Variable cualitativa, nominal, politómica. Categorías: casado/soltero/viudo/separado/con paraje.
- **Personas a su cargo:** nº de personas que tiene bajo su cargo (hijos, padres, suegros...). Variable cuantitativa discreta.
- **Tipo de contrato:** tipo de contrato laboral en el momento del estudio. Variable cualitativa, nominal, politómica. Categorías: fijo/interino/eventual.
- **Años de experiencia laboral:** nº de años enteros que lleva trabajando el individuo hasta el momento del estudio. Variable cuantitativa discreta.
- **Años trabajados en el servicio:** nº de años enteros trabajados en el servicio de urgencias. Variable cuantitativa discreta.

- **Tiempo realizando el Triage Manchester:** nº de años enteros desempleado la labor de enfermera en el área de Triage de urgencias. Variable cuantitativa discreta.
- **Satisfacción del trabajo realizado en urgencias:** grado en el que el trabajador está satisfecho con el trabajo realizado como enfermero del servicio de urgencias. Variable cualitativa, ordinal, politómica. Categorías: muy satisfecho/bastante satisfecho/medianamente satisfecho/poco satisfecho/nada satisfecho.
- **Satisfacción del trabajo realizado en el área de Triage:** grado en el que el trabajador está satisfecho con la labor que desempeña en el área de Triage. Variable cualitativa, ordinal, politómica. Categorías: muy satisfecho/bastante satisfecho/medianamente satisfecho/poco satisfecho/nada satisfecho.
- **Nivel de estrés que le genera el trabajo realizado en urgencias:** percepción del trabajador del estrés que le genera el trabajo en urgencias. Variable cualitativa, ordinal, politómica. Categorías: mucho/normal/poco.
- **Nivel de estrés que le genera el trabajo realizado en Triage:** percepción del trabajador del estrés que le genera su trabajo en Triage. Variable cualitativa, ordinal, politómica. Categorías: Mucho/normal/poco.
- **Frecuencia con la que los pacientes le causan estrés:** percepción del trabajador de la frecuencia con la que el trato con el paciente le causan estrés. Variable cualitativa, ordinal, politómica. Categorías: muchas veces/bastantes veces/pocas veces/nunca.

VARIABLES RELACIONADAS CON LAS ESCALAS UTILIZADAS

- **Agotamiento emocional:** nivel de agotamiento emocional del sujeto según la subescala de correspondiente del cuestionario MBI. Variable cualitativa. Ordinal. politómica. Categorías: bajo/ medio/ alto.
- **Despersonalización:** nivel de despersonalización del sujeto según la subescala de correspondiente del cuestionario MBI. Variable cualitativa, ordinal, politómica. Categorías: bajo/ medio/ alto.
- **Baja realización personal:** riesgo de baja realización personal del sujeto según la subescala correspondiente del cuestionario de MBI. Variable cualitativa, ordinal, politómica. Categorías: bajo/ medio/ alto.
- **Habilidad social:** nivel de habilidades sociales que presenta el trabajador. Variable cuantitativa discreta, escala de razón de 33 a 132.

4.6. PROCEDIMIENTO

Antes del inicio del estudio, se obtendrá el permiso del Gerente de hospital y de la Dirección de Enfermería para la realización de la investigación, comunicando a los mismos y a la supervisión del servicio de urgencias la aceptación del estudio y la fecha de inicio de éste.

Para la captación de participantes, se solicitará la colaboración a la supervisora de la unidad para que envíe por correo interno del hospital la información acerca del estudio, así como la fecha, hora y lugar de las reuniones explicativas. Además, se colocarán carteles informativos en la sala de estar de enfermería y en los paneles informativos de cada área asistencial.

Las reuniones explicativas tendrán lugar en la sala de reuniones del servicio de urgencias generales y se llevarán a cabo el primer lunes y jueves del mes de octubre. Además, se facilitará la asistencia impartiendo dos sesiones: a las 8:30 am y 14:30 pm. Para la gente que no pudiera asistir, se dejará la información a la supervisora, así como el material necesario. También podrán ponerse en contacto con nosotros para concretar una nueva reunión. Con el fin de lograr la máxima participación, se pasará por los servicios para recordar la importancia del estudio, resolver dudas o ayudar a rellenar los cuestionarios.

El objetivo de las sesiones es explicar detalladamente el motivo del estudio, así como la importancia de su colaboración y dar las instrucciones pertinentes para cumplimentar el material necesario para participar. El material a rellenar será entregado en un sobre y constará del consentimiento informado (Anexo 4), hoja de recogida de datos, Escala de Habilidades Sociales y Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).

Una vez cumplimentado los cuestionarios, deberán depositarse en el mismo sobre en un buzón que estará ubicado en la sala de Triage 1 en un plazo máximo de 10 días transcurridos desde la última reunión.

4.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación se ha desarrollado de acuerdo con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, según la cual han de respetarse los derechos el sujeto a salvaguardar su integridad, han de adoptarse las precauciones necesarias para respetar su intimidad y ha de prevalecer si interés sobre el de la ciencia y la sociedad. El tratamiento, comunicación y cesión de

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

4.8. CRONOGRAMA

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
MARCO TEÓRICO									
DISEÑO ESTUDIO									
PERMISOS PREPARACIÓN									
RECOGIDA DE DATOS									
ANÁLISIS ESTADÍSTICO									
FINALIZACIÓN DEL ESTUDIO									

4.9. GASTOS DE EJECUCIÓN

- Impresión de carteles informativos, consentimiento informado, hoja recogida de datos y cuestionarios varios 100 EUROS
- Material de oficina: bolígrafos, folios, cartuchos de impresora sobres y buzón 100 EUROS
- Análisis estadístico de los datos 140 EUROS

TOTAL 340 EUROS

5. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Los datos obtenidos de los diferentes participantes serán introducidos en una base de datos, para realizar posteriormente un análisis descriptivo de las variables recogidas empleando la última versión del programa SPSS.

Para la descripción de la muestra, se calcularán para las variables cualitativas frecuencias y porcentajes y en las variables cuantitativas se utilizará la media aritmética, la desviación típica y el rango.

Tras comprobar la distribución normal de las variables con la prueba de Kolmogórov-Smirnov, asumiendo valores $>0,05$, se utilizará la prueba T de Student para estudiar la asociación entre las variables cuantitativas y cualitativas dicotómicas y la prueba ANOVA en el caso de las politómicas. El coeficiente de correlación de Pearson para analizar el grado de correlación entre las variables cuantitativas. Y el Test Chi-cuadrado para estudiar la asociación de las variables cualitativas.

En todos los casos, se considerarán estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$.

6. POSIBLES SESGOS DEL ESTUDIO

El presente estudio presenta una serie de limitaciones que vienen dadas por los siguientes sesgos:

Sesgo de selección

Se deriva de los criterios de inclusión y exclusión utilizados para la ejecución del estudio. La participación en el estudio es voluntaria lo que puede incurrir en un sesgo de voluntariedad, los sujetos que decidan participar pueden suponer una diferencia con respecto a aquellos que se nieguen a hacerlo. Además, cabe mencionar que el tamaño muestral es reducido debido a que solo se incluyeron a profesionales de enfermería del servicio de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias. Admitimos a su vez, un sesgo de referencia ya que este hospital atiende a pacientes en peor estado, mayor cantidad de pacientes críticos y con mayores índices de riesgo para la salud. Sin embargo, lo asumimos siendo esperable una sobreestimación, siempre mejor que una infraestimación.

Sesgo de información

Derivados de cómo se obtuvieron los datos. Los cuestionarios empleados para determinar los niveles de Burnout y de habilidades sociales, son cuestionarios validados y con propiedades psicométricas adecuadas lo que contribuye a minimizar estos sesgos. Debe mencionarse otras posibles limitaciones como el sesgo de complacencia relacionado con la mayor o menor sinceridad de los participantes a la hora de responder el cuestionario y el sesgo de memoria ya que determinadas preguntas exigen pensar acerca de acciones o sucesos ocurridos en el pasado. Por lo tanto, se tomarán medidas adicionales para que los participantes se sientan cómodos y

seguros a la hora de responder como: carácter privado, confidencialidad y codificación de los datos personales.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de Burnout. Med. Leg. Costa Rica.2015;32(1):119-24.
2. González Corrales R, de la Gándara Martín J, Flórez Lozano JA. Mesa redonda 2. Síndrome de burnout. ¿Qué podemos hacer?. SEMERGEN.2002;28(2):18–38.
3. Cebrià, J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, Pérez J. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. Atención primaria.2001;27(7):459-68.
4. Chuang CH, Tseng PC, Lin CY, Lin KH, Chen, YY. Burnout in the intensive care unit professionals: A systematic review. Medicine.2016; 95(50):1-12.
5. Khamisa N, Peltzer K, Oldenburg B. Burnout in Relation to Specific Contributing Factors and Health Outcomes among Nurses: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health.2013;10(6):2214-40.
6. Guerrero Barona E, Rubio Jiménez JC. Estrategias de prevención e intervención del Burnout en el ámbito educativo. Salud Mental.2005; 28(5):27-33.
7. Miret C, Martínez Larrea A. El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. Anales Sis San Navarra.2010; 33(1):193-201.
8. De Quirós Aragón MB, Labrador Encinas FJ. Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. IJCHP.2007;7(2):323-35.
9. Ríos Castillo JL, Barrios Santiago P, Ocampo Mancilla M, Ávila Rojas TL. Desgaste profesional en personal de enfermería. Aproximaciones para un debate. Rev Med Inst Mex Seguro Soc.2007;45(5):493-502.

- 10.Olivares Faúndez VE, Gil Monte PR. Análisis de las principales fortalezas y debilidades del “Maslach Burnout Inventory” (MBI). *Ciencia y trabajo*.2009;(33):160-7.
- 11.Ortega Ruiz C, López Ríos F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Int J Clin Health Psychol*. 2004;4(1):137-60.
- 12.Vargas Cruz L, Niño Cardozo C, Acosta Maldonado J. Estrategias que modulan el síndrome de Burnout en enfermeros (as): una revisión bibliográfica. *Ciencia y Cuidado*.2017;14(1): 111-31.
- 13.García Moyano L, Arrazola Alberdi O, Barrio Forné N, Grau Salamero L. Habilidades de comunicación como herramienta útil para la prevención del síndrome de burnout. *Metas de Enferm*.2013;16(1):57-60.
- 14.Choron G, Dutheil F, Lesage FX. Are nurses burned out. *Int J Nurs Stud*. 2016; 58:80-1.
- 15.Molina Linde JM, Avalos Martínez F, Giménez Cervantes I. Burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Enferm Clin*. 2005;15(5):275-82.
- 16.Grau A, Suñer R, García MM. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit*. 2005;19(6):463-70.
- 17.García Izquierdo M, Ríos Rísquez MI. The relationship between psychosocial job stress and burnout in emergency departments: An exploratory study. *Nurs Outlook*. 2012;60(5):322-9.
- 18.Camacho Gómez C, Camacho Calvo M. Habilidades sociales en adolescencia: un programa de intervención. *Revista profesional española de terapia cognitivo-conductual*.2005;3:1-27.

19. García Rojas AD. Estudio sobre la asertividad y las habilidades sociales en el alumnado de Educación Social. *Revista de Educación*.2010;12:225-40.
20. Roca Villanueva E. *Cómo mejorar tus habilidades sociales: programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional*. Valencia: Acde; 2005.
21. Epstein RM. Comunicación, burnout y resultados clínicos: más preguntas que respuestas. *Aten Primaria*. 2001;27(7):511-3.
22. Alves de Lima A. Habilidades de Comunicación: Un pilar básico de la competencia clínica. *Rev CONAREC*.2003;(19);68:19-24.
23. Pereira Lima K, Loureiro SR. Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. *Psychol Health Med*. 2015;20(3):353-62.
24. Ramón García R, Segura Sánchez MP, Palanca Cruz MM, Román López P. Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar. *Rev Esp Comun Sal*.2012;3(1):49- 61.
25. Pons Diez X. La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. *Enfermería Integral*. 2006; 73:27-34.
26. Van der Hofstadt Román CJ, Quiles Marcos Y, Quiles Sebastián MJ. *Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería*. Valencia: Conselleria de Sanitat; 2006.
27. Hernando Gómez Á, Aguaded Gómez I, Pérez Rodríguez A. *Técnicas de comunicación creativas en el aula: escucha activa, el arte de la pregunta, la gestión de los silencios*. *Educación y Futuro*.2011;24: 153-77.

28. García Laborda A, Rodríguez JC. Factores personales en la relación terapéutica. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2005;(96):29-36.
29. Abellón Ruiz J, Satorres Ramis B, Celdrán Baños AI, Manzanares Lázaro JÁ, Subiela García JA. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. Enfermería Global. 2014;13(2):276-92.
30. Ferri P, Guerra E, Marcheselli L, Cunico L, Di Lorenzo R. Empathy and burnout: an analytic cross-sectional study among nurses and nursing students. Acta Bio-Medica Atenei Parm. 2015;86(2):104-15.
31. Müggenburg C, Riveros Rosas A, Juárez García F. Entrenamiento en habilidades de comunicación en enfermeras y percepción del paciente que recibe su cuidado. Enferm Univ. 2016;13(4):201-7.
32. Cortés Sotres JF, Barragán Velásquez C, Vázquez Cruz M de L. Perfil de inteligencia emocional: construcción, validez y confiabilidad. Salud Ment. 2002;25(5):50-60.
33. Licea Jiménez ML. La inteligencia emocional: herramienta fundamental para el trabajador de la salud. Rev Enferm IMSS. 2002; 10(3): 121-3.
34. Basoğul C, Özgür G. Role of Emotional Intelligence in Conflict Management Strategies of Nurses. Asian Nurs Res. 2016;10(3):228-33.
35. Jorcano Lorén P. La comunicación no verbal: un reto en los cuidados enfermeros de calidad. Biblioteca Lascasas. 2005; 1. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0017.php>

36. Pérez Feijoo HM, Sanchís Martín MV. Comunicación y atención al cliente [Internet]. Aravaca, Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España; 2013 [citado 22 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://public.ebib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3212252>
37. Echevarría Ruiz de Vargas C, García Obrero I, Palomo Gallardo JM, Pérez Herrera JC, Sánchez Navarro C, Cayuela Domínguez A. La importancia de la comunicación entre el equipo profesional, el paciente y los cuidadores/familiares. *Rehabilitación*. 2004;38(6):296–305.
38. Van der Hofstadt Román CJ. El libro de las habilidades de comunicación: cómo mejorar la comunicación personal. Madrid: Díaz de Santos; 2005.
39. Naranjo Pereira ML. Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas. *Rev Actual Invest Educ*. 2008;8(1):1-27.
40. Leal Costa C, Luján Cebrián I, Gascón García J, Ferrer Villalonga L, Van der Hofstadt Román CJ. Habilidades sociales en los profesionales de urgencias y cuidados críticos de un hospital público comarcal. *Enferm Intensiva*. 2010;21(4):136–41.
41. Durán Roja CI, Enf. Clínica de Urgencias M. y T. Gutt Fundación Santa Fe de Bogotá. Atención humana del paciente de urgencias. Capítulo XI. Guías para el manejo de urgencias.
42. Pun JKH, Matthiessen CMIM, Murray KA, Slade D. Factors affecting communication in emergency departments: doctors and nurses' perceptions of communication in a trilingual ED in Hong Kong. *Int J Emerg Med*. 2015;8:48.

43. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. *J Nurs Manag.* 2015;23(3):346–58.
44. Iglesias Lepine ML, Gimenez Pérez D, Ferrer Da Pena MD. Medicina de Urgencias y Emergencias: ¿una actividad de riesgo?. *Emergencias.* 2014;26(3):161-2.
45. Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Ilic D. Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction and General Health of Nurses. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12(1):652-66.
46. Bascuñán, R., and M. Luz. «Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos.». *Revista médica de Chile.* 2015; 133(1):11-6.
47. Adriaenssens J, De Gucht V, Van Der Doef M, Maes S. Exploring the burden of emergency care: predictors of stress-health outcomes in emergency nurses: Exploring the burden of emergency care. *J Adv Nurs.* 2011;67(6):1317-28.
48. Caballero Martín MA, Bermejo Fernández F, Nieto Gómez R, Caballero Martínez F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Aten Primaria.* 2001;27(5):313-7.
49. Ordenes N. Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. *Rev Chil Pediatr.* 2004;75(5):449-54.
50. Atance Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout. *Rev Esp Salud Pública.* 1997;71:293.-303.
51. 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(6):480–6.

52. Nuñez Belay J, Castro Muñoz S, Lema Ferra M, Alvarado López S, Valcarcel Torre L, Álvarez López L, et al. Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital. *S.ES.LAP*.2010;11(10):23-27.
53. Hunsaker S, Chen HC, Maughan D, Heaston S. Factors That Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Emergency Department Nurses: Compassion Fatigue, Satisfaction, and Burnout. *J Nurs Scholarsh*. 2015;47(2):186-94.
54. Sarabia Cobo CM, Navas MJ, Ellgring H, García Rodríguez B. Skilful communication: Emotional facial expressions recognition in very old adults. *Int J Nurs Stud*.2016;54:104-11.
55. Cebrià J, Palma C, Segura J, Gracia R, Pérez J. El entrenamiento en habilidades de comunicación podría ser un factor preventivo del síndrome de Burnout en médicos de familia. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*.2006; 33: 34-40.
56. Tudela P, Mòdol JM. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias* 2015;27:113-120.
57. Rocha Oliveira T, Faria Simões S M. La comunicación enfermera-cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: una interpretación en Travelbee. *Enferm Global*.2013;12(30):76-90.
58. Morphet J, Griffiths D, Plummer V, Innes K, Fairhall R, Beattie J. At the crossroads of violence and aggression in the emergency department: perspectives of Australian emergency nurses. *Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc*. 2014;38(2):194-201.

59. Ramacciati N, Ceccagnoli A, Addey B. Violence against nurses in the Triage area: An Italian qualitative study. *Int Emerg Nurs*. 2015;23(4):274-80.
60. Bernaldo De Quirós M, Piccini AT, Gómez MM, Cerdeira JC. Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: Cross sectional survey. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(1):260-70.
61. Edward K, Ousey K, Warelow P, Lui S. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *Br J Nurs Mark Allen Publ*. 2014;23(12):653-9.
62. Otero Martínez H. Hacia una comunicación efectiva y humanista en ámbitos de salud. *Rev haban cienc méd [Internet]*. 2008[citado 24 enero 2016]; 7(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2008000100002&scrip-t=sci_arttext
63. Núñez S, Marco T, Burillo Putze G, Ojeda J. Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias. *Med Clínica*. 2006;127(15):580-3.
64. García Díaz F. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Med Intensiva*. 2006;30(9):452-9.
65. Borrel Carrió F. Cómo dar malas noticias. *FMC*. 2009;16(8):524-7.
66. Sánchez bermejo R, Cortés Fadrique C, Rincón Fraile B, Fernández Centeno E, Peña Cueva S, De las Heras Castro EM. El triaje en urgencias en los hospitales españoles. *Emergencias*. 2013;25(1):66-70.
67. Trevizan MA, Almeida RG, Souza MC, Mazzo A, Mendes IAC, Martins JCA. Empathy in Brazilian nursing professionals: A descriptive study. *Nurs Ethics*. 2015;22(3):367-76.

68. Areces Arboleya MA. Agotamiento emocional en enfermeros de urgencias que realizan el Sistema de Triage Manchester en los hospitales asturianos. [Trabajo Fin de Máster en Internet]. Asturias; Universidad de Oviedo; 2015 [citado 28 enero 2017]. 53 p. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10651/31020>
69. Ministerio de trabajo y asuntos sociales España. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "Burnout" (I): definición y proceso de generación. Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo; [Internet]. 2005. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf
70. Leal Costa C, Diaz Agea JL, Tirado González S, Rodríguez Marín J, van der Hofstadt CJ. Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. Anales Sis San Navarra. 2015;38(2):213-23

8. ANEXOS

Anexo 1: Hoja de recogida de datos

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

Instrucciones:

Este cuestionario recoge datos sociodemográficos y laborales. Para una correcta cumplimentación es necesario rellenar todos los ítems, bien marcando con una cruz la casilla correspondiente o contestando con una cifra numérica cuando sea necesario.

1. EDAD: _____ años.
2. SEXO: HOMBRE MUJER
3. ESTADO CIVIL:
- CASADO SOLTERO VIUDO SEPARADO CON PAREJA
4. PERSONAS A SU CARGO: _____
5. TIPO DE CONTRATO:
- FIJO INTERINO EVENTUAL
6. AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL: _____ años
7. AÑOS TRABAJADOS EN EL SERVICIO: _____ años
8. TIEMPO REALIZANDO EL TRIAJE MANCHESTER: _____ años
9. SATISFACCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO EN URGENCIAS:
- MUY SATISFECHO BASTANTE SATISFECHO MEDIANAMENTE SATISFECHO
- POCO SATISFECHO NADA SATISFECHO.
10. SATISFACCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO EN EL ÁREA DE TRIAJE:
- MUY SATISFECHO BASTANTE SATISFECHO MEDIANAMENTE SATISFECHO
- POCO SATISFECHO NADA SATISFECHO.
11. NIVEL DE ESTRÉS QUE LE GENERA EL TRABAJO REALIZADO EN URGENCIAS:
- MUCHO NORMAL POCO.
12. NIVEL DE ESTRÉS QUE LE GENERAL EL TRABAJO REALIZADO EN TRIAJE:
- MUCHO NORMAL POCO.
13. FRECUENCIA CON LA QUE LOS PACIENTES LE CAUSAN ESTRÉS:
- MUCHAS VECES BASTANTES VECES POCAS VECES NUNCA

GRACIAS POR SU CLABORACIÓN

Anexo 2: Escala de Habilidades Sociales (EHS)

ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES (EHS)

Instrucciones:

Marque con una cruz la respuesta con la que se sienta más identificado para cada una de las cuestiones planteadas.

A: no me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.

B: más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra.

C: me describe aproximadamente, aunque no siempre actué o me sienta así.

D: muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos.

Recuerda:

Para garantizar la validez de tus respuestas es necesario que responda todas las preguntas del cuestionario.

	A	B	C	D
1- A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpido.				
2- Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc.				
3- Si al llegar a mi casa encuentro algún defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.				
4- Cuando en una tienda atienden a alguien que ha entró después que yo me callo.				
5- Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto paso un mal rato para decirle que NO.				
6- A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejé prestado.				
7- Si en un restaurante no me traen la comida como la había pedido, llamo al camarero y pido que me la hagan de nuevo.				
8- A veces no sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto.				
9- Muchas veces cuando tengo que hacer un halago, no sé qué decir.				
10- Tiendo a guardar mis opiniones para mí mismo.				
11- A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.				
12- Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle.				
13- Cuando alguno amigo mío expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo, prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.				
14- Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta cortarla.				
15- Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme.				
16- Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal la vuelta, regreso a pedir el cambio correcto.				
17- No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.				
18- Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella.				
19- Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás.				
20- Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas a tener que pasar por entrevistas personales.				
21- Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo.				
22- Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.				

23- No sé cómo "cortar" a un amigo que habla mucho.				
24- Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicárselo.				

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 3: Cuestionario de Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS)

CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY HUMAN SERVICES SURVEY (MBI-HSS)

Instrucciones:

Marque con una cruz la frecuencia con la que experimenta los diferentes enunciados que se presentan a continuación a la hora de desempeñar su trabajo en el área de Triage.

0= Nunca

1= Casi nunca, pocas veces al año

2= Algunas veces, una vez al mes o menos

3= Bastantes veces, unas pocas veces al mes

4= Muchas veces, una vez a la semana

5= Casi siempre, varias veces a la semana

6= Siempre, todos los días

Recuerda:

Para garantizar la validez de tus respuestas es necesario que responda todas las preguntas del cuestionario.

	0	1	2	3	4	5	6
1-Me siento emocionalmente agotada/o por mi trabajo.							
2-Me siento cansada/o al final de la jornada de trabajo.							
3-Me siento cansada/o cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.							
4-Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.							
5-Creo que trato a los pacientes como si fuesen objetos impersonales.							
6-Trabajar todo el día con pacientes es un esfuerzo que me produce tensión.							
7-Trato eficazmente los problemas de las personas que tengo que atender.							
8-Me siento “quemada/o” por mi trabajo.							
9-Creo que estoy influyendo positivamente, con mi trabajo, en la vida de los demás.							
10-Me he vuelto más insensible y duro con la gente desde que hago este trabajo.							
11-Me preocupa el que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12-Me siento muy activa/o y con vitalidad.							
13-Me siento frustrada/o en mi trabajo.							
14-Creo que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15-No me preocupa lo que le ocurra a los pacientes a los que tengo que atender profesionalmente.							
16-Trabajar directamente con los pacientes me produce estrés.							
17-Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con los pacientes y un clima agradable.							
18-Me siento estimulada/o después de trabajar con mis pacientes.							
19-He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20-Me siento acabada o al límite de mis posibilidades en mi trabajo.							

21 -En mi trabajo trato los problemas emocionales de forma adecuada.							
22 -Siento que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.							

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Título del estudio: “HABILIDADES SOCIALES Y NIVEL DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE TRIAGE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS”

Investigador principal: Carolina Herrero Lobato

Sede donde se realiza el estudio: Universidad de Oviedo

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación. Antes de decidir si participa o no, debe comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento informado, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

Objetivo del estudio:

El presente estudio tiene como objetivo estudiar la relación existente entre el nivel de habilidades sociales del personal de enfermería del servicio de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias y el nivel de Burnout que presenta.

Procedimiento:

Si reúne las condiciones para participar en este estudio y acepta participar deberá responder a tres sencillos cuestionarios. El material necesario será entregado en un sobre, el cual deberá ser

depositado una vez cumplimentado en un buzón situado en la sala de Triage 1 del servicio de urgencias del HUCA.

Riesgo y beneficios:

Este estudio no tiene ningún riesgo para su salud.

Aclaraciones

La decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la investigación.

Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, de las razones de su decisión.

La cual será respetada en su integridad.

No se dará ninguna compensación económica por participar.

No tendrá que hacer gasto económico alguno.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, a la enfermera responsable.

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

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

Si durante el estudio tuviera alguna duda al respecto podría ponerse en contacto con el principal investigador a través de la siguiente dirección electrónica: uo260201@uniovi.es

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

CARTA DE CONSETIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entendido que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante

En _____, a ____ de _____, de 2017.

