

**Universidad de Oviedo**

**Centro Internacional de Postgrado**

**Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos**

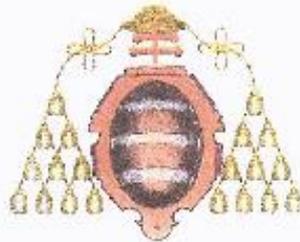
**“SENTIDO DE COHERENCIA Y SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL  
SANITARIO DE URGENCIAS”**

**María del Carmen Vega Martínez**

**1 – 05 – 2013**

**Trabajo Fin De Master**





**Universidad de Oviedo**

**Centro Internacional de Postgrado**

**Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos**

**"SENTIDO DE COHERENCIA Y SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL  
SANITARIO DE URGENCIAS"**

**Trabajo Fin De Master**

Una firma manuscrita en tinta negra, que parece ser 'M. Vega Martínez', con trazos fluidos y entrelazados.

**María del Carmen Vega Martínez**

Una firma manuscrita en tinta negra, que parece ser 'M. Paimo Piñeiro', con trazos fluidos y entrelazados.

**María de las Mercedes Paimo Piñeiro**



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS**

**D<sup>a</sup> María Mercedes Paimo Piñeiro**, Doctora en Psicología por la Universidad de Oviedo, perteneciente al Departamento de Psicología, Área de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.

**CERTIFICACION:**

Que el Trabajo Fin de Máster presentado por **D/Dña. María del Carmen Vega Martínez**, titulado "Sentido de coherencia y Síndrome de Burnout en el personal sanitario de urgencias", realizado bajo la dirección del **Dr/Dña. María Mercedes Paimo Piñeiro**, dentro del Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo, reúne a nuestro juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Máster en la Universidad de Oviedo.

Y para que así conste dónde convenga, firman la presente certificación en Oviedo a 29 de Junio de 2012.

Vº Bº

  
Mercedes Paimo

Fdo. INDICAR NOMBRE DEL TUTOR

Director/Tutor del Proyecto

## ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN .....	1
1.1.	Promoción de Salud .....	1
1.2.	Sentido De Coherencia (SOC) .....	2
1.2.1.	Descripción y marco teórico: Modelo Satulogénico. ....	2
1.2.2.	Dimensiones del Sentido de Coherencia. ....	6
1.3.	Síndrome de Burnout .....	8
1.3.1.	Descripción y marco teórico. ....	8
1.3.2.	Síndrome de <i>Burnout</i> en el área de Urgencias. Factores de riesgo y síntomas. ....	11
1.3.3.	Evaluación del <i>Burnout</i> . Dimensiones y descripción del <i>Maslach Burnout Inventory (MBI)</i> .....	14
2.	OBJETIVOS .....	17
3.	HIPÓTESIS .....	18
4.	METODOLOGÍA .....	19
2.1.	Diseño .....	19
2.2.	Variables estudiadas .....	19
2.3.	Instrumentos de medida .....	19
2.4.	Muestra de estudio obtenida y características socio - demográficas .....	21
2.5.	Procedimiento .....	28
2.6.	Análisis de datos .....	30
5.	RESULTADOS .....	31
A.	Determinación del Sentido de Coherencia y nivel de Síndrome de <i>Burnout</i> en la población estudiada. ....	31
B.	Comparación de medias en Sentido de Coherencia en función del sexo y la edad.....	31
C.	Comparación de medias de las variables estudiadas en el Síndrome de <i>Burnout</i> .....	33
D.	Relación entre Sentido de Coherencia y Síndrome de <i>Burnout</i> .....	35

6. DISCUSIÓN.....	36
7. CONCLUSIONES.....	38
8. ANEXOS.....	40
9. BIBLIOGRAFÍA.....	41

## ÍNDICE DE TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

Figura 1. La salud en el río de la vida.....	4
Gráfico 1. Descriptivo variable “categorías profesionales” .....	22
Gráfico 2. Descriptivo variable “sexo” .....	23
Gráfico 3. Descriptivo variable “edad” .....	23
Gráfico 4. Descriptivo variable “antigüedad” .....	24
Gráfico 5. Descriptivo variable “estado civil” .....	24
Gráfico 6. Descriptivo variable “número de hijos” .....	25
Gráficos 7 y 8. Descriptivos variable “especialidad médica” .....	26
Tabla 1. Caracterización de la muestra estudiada.....	28
Tabla 2. Comparación de medias de las variables sexo y edad en el SOC. ....	32
Tabla 3. Comparación de medias de las variables sociodemográficas en Burnout. ....	34

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

H.U.C.A.: Hospital Universitario Central de Asturias.

SOC: Sentido de Coherencia.

IC: Intervalo de Confianza.

DE: Desviación típica.

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Promoción de Salud

Hoy día, el concepto de Promoción de Salud sigue siendo el mismo que el que se acuñó en 1986. En resumen se puede decir que la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud<sup>1</sup>.

No cabe duda que la Promoción en Salud y Salud y seguridad en el trabajo están en íntima conexión. En este último ámbito, la estrategia marcada por la Unión Europea adopta un enfoque global de cara al bienestar en el trabajo. Su objetivo es rotundo: mejorar la calidad del trabajo que redunde en bienestar para los trabajadores.

El trabajo no es nunca neutro frente a la salud; o es patógeno o es un promotor privilegiado de salud. Por su parte, la salud pone en práctica no solamente defensas contra las agresiones, sino que pasa también por una dimensión positiva (satisfacción, estima de sí mismo, integración social, etc.). El trabajo aparece como un integrador social importante, y toda insatisfacción en el trabajo salpica al conjunto de las condiciones que hacen posible la construcción de la salud.

En el Capítulo IV de la Ley General de Sanidad, dedicado a la Salud Laboral, establece los criterios fundamentales con cuyo desarrollo se logrará alcanzar sus objetivos: la

## Introducción

prevención de los riesgos laborales y la promoción de la salud física y mental de los trabajadores. Además de indicar la necesidad de investigar las condiciones de trabajo, vigilar y promover la salud de los trabajadores, informar y formar, hace referencia a la coordinación con las autoridades laborales para desarrollar un sistema de información que sirva para la planificación de actividades encaminadas al logro de los objetivos enunciados<sup>2</sup>.

Por lo tanto es necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la atención a la Salud laboral en salud física y mental que conlleva tiene repercusiones sobre la organización a todos los niveles, trascendiendo a la sociedad acentuándose en casos el ámbito sanitario.

Sentirse comprometido en realizar cambios en los hábitos de salud menos favorables y promover un ambiente saludable, de compañerismo, donde todos se sientan apoyados en cada uno de los ámbitos profesionales, es sin duda un gran avance que elevará a esa entidad a exprimir todos sus recursos al máximo aumentando la competitividad.

La investigación en la Promoción de Salud es evidentemente escasa, a pesar de la gran importancia que supone para la salud de los individuos y en general, para la sociedad en sí. Medir aspectos en las personas que ayuden a enfocar recursos para una práctica de vida laboral que tenga como objetivo final el mantenimiento de la buena calidad de vida además de otros muchos beneficios es inmensamente importante.

### **1.2. Sentido De Coherencia (SOC)**

#### **1.2.1. Descripción y marco teórico: Modelo Satulogénico.**

Más de veinte años han pasado desde que el sociólogo Aaron Antonovsky introdujera su teoría de la satulogénesis “Sentido de Coherencia” como una orientación global para

ver el mundo y el entorno individual como comprensible, manejable, y significativo, declarando que el camino que ve la gente de sus vidas tiene una influencia positiva sobre su salud.

Durante los diez primeros años después de la introducción de la satulogénesis, Antonovsky desarrolló el cuestionario de orientación hacia la vida, la escala del sentido de coherencia, y examinó sus propiedades. Además, la teoría fue revisada con el tiempo y hecha más explícita en su segundo libro “Desenredando el Misterio de Salud”<sup>3</sup>.

En una de sus investigaciones empíricas más importantes, Antonovsky estudió a mujeres nacidas en Europa central entre 1914 y 1923, algunas de las cuales habían estado internadas en campos de concentración. Tal y como se esperaba, el grupo de supervivientes de los campos de concentración exhibía significativamente más signos de enfermedad en comparación con las mujeres del grupo control. Sin embargo, hasta el 29% de las antiguas prisioneras alegaron tener una relativamente buena salud mental, a pesar de sus experiencias traumáticas. Antonovsky se preguntó cómo estas mujeres lograron mantenerse saludables a pesar de la extrema presión que se ejerció sobre ellas. Al formular la pregunta en positivo, este cambio de perspectiva influyó en todas sus investigaciones posteriores<sup>4</sup>.

Él postuló que esto era debido al modo que ellas vieron su vida y su esencia de existencia. Investigó tres componentes surgidos: la capacidad de las personas para entender qué pasa a su alrededor, en qué medida ellas fueron capaz de manejar la situación solas o por otros significativos en su red social, y la capacidad de encontrar significado en la situación<sup>3</sup>.

Tradicionalmente, las diferencias entre el modelo biomédico y la salud pública han sido descritas metafóricamente como un río. Los siguientes estadios se describen río arriba: (i) cura o tratamiento de enfermedades, (ii) protección de la salud/prevención de

## Introducción

enfermedades, (iii) educación para la salud y, finalmente, encima de todo la promoción de la salud. La promoción de la salud tiene una perspectiva más bien diferente en relación a los recursos para la salud y la vida, no específicamente sobre los riesgos y enfermedades. Todas las aproximaciones finalmente tienden a mejorar la salud, pero desde perspectivas diferentes. Esta es una imagen clásica llamada El Río de la Vida (figura 1) donde la diagonal de la corriente del río se centra en los procesos donde la exposición al riesgo ya puede haber causado daños (cura, protección, prevención y a menudo educación para la salud)<sup>5</sup>. El concepto de salud en este paradigma se forma desde la comprensión de la enfermedad, afección y riesgo. Sin embargo, en la aproximación de la promoción de la salud la atención se centra río arriba encontrando recursos, iniciando procesos no sólo para la salud, sino para el bienestar y calidad de vida<sup>6</sup>. Como sugiere Antonovsky (1979), no existe nadie totalmente sano o totalmente enfermo, las personas nos movemos continuamente entre la salud y la enfermedad. En consecuencia, la orientación salutogénica propone el estudio de la localización a lo largo de este continuo de una persona dada, en un momento determinado<sup>7</sup>.

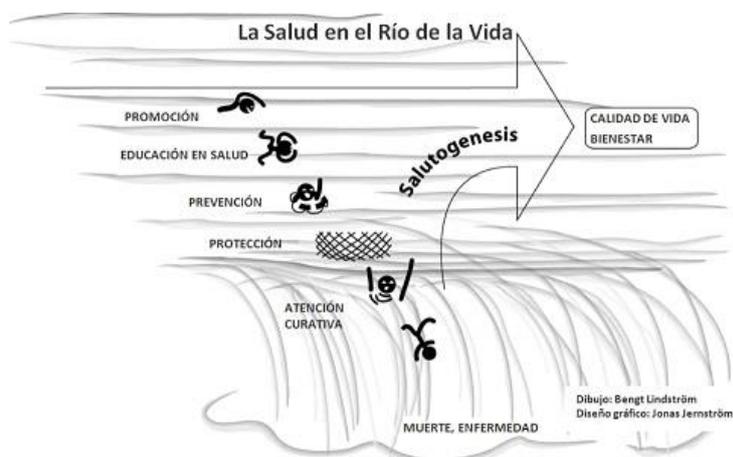


Figura 1. La salud en el río de la vida.

Antonovsky hablaba explícitamente de los recursos para la vida y creó un cuestionario de orientación a la vida, el cuestionario SOC. Estamos hablando de unos de los más

prestigiosos cuestionarios, creado para la medición de un concepto muy ligado a la promoción de la salud, el Sentido de Coherencia.

El sentido de coherencia [SOC] es un constructo relacionado con el afrontamiento de situaciones traumáticas que se ha empleado extensamente como predictor de medidas de salud percibida y objetiva. Aunque no se considera un estilo de afrontamiento, sino una capacidad general de percibir experiencias vitales que permite actuar de forma constructiva en situaciones desfavorables. Según Antonovsky, «el individuo con un SOC elevado selecciona el tipo de estrategia de afrontamiento que resulta más apropiada en función del estresor ante el que se encuentra». Cabe añadir, que el SOC es un constructo mundialmente significativo, que corta a través de las líneas de clase sexual, social, región y cultura<sup>8</sup>.

No se puede esperar que todos los individuos sean igualmente sensibles a los cambios. Según Antonovsky, el SOC de los individuos más jóvenes no está completamente desarrollado y, por tanto, son más sensibles a los cambios. El mayor desarrollo del SOC de individuo se lleva a cabo en la infancia y en la adolescencia y se considera que está completamente desarrollado a los 30 años. Mientras que las fluctuaciones del SOC en la infancia y adolescencia se consideran normales, en las personas adultas se deben mantener constantes los niveles del SOC<sup>9</sup>.

De acuerdo con el modelo original de Antonovsky, hay 3 mecanismos mediante los cuales el SOC favorece el estado objetivo y percibido de salud física, mental y social: a) los individuos con SOC elevado tienen menor riesgo de percibir situaciones desfavorables como estresantes, lo que les protege de los efectos negativos del estrés sobre el estado de salud; b) la percepción de «controlabilidad», que subyace a los componentes del SOC, tiene efectos fisiológicos protectores, y c) las personas con

## Introducción

SOC alto tienen una mayor probabilidad de adoptar conductas saludables (p. ej., practicar ejercicio físico o abstenerse del consumo de drogas)<sup>10</sup>.

Según Antonovsky el SOC es un constructo que permanece estable especialmente después de los 30 años, aunque pueden ocurrir algunas transformaciones después de esta edad. Esta hipótesis no se ha reflejado en estudios posteriores en los que se concluye que la estabilidad del SOC no es mayor entre los mayores de 30 años que en los menores de 30<sup>11</sup>.

Entonces, lo que el concepto principal de la teoría de Antonovsky dice, es que cada persona tiene una predisposición individual que la hace más o menos resistente a los factores estresantes con el que él o ella se enfrenta a la vida cotidiana<sup>12</sup>.

Antonovsky define el SOC de la siguiente forma: una orientación global que expresa el grado a aquel que tiene un sentimiento penetrante, duradero aunque dinámico, de confianza de que los estímulos que provienen de ambientes internos y externos de uno mismo en el curso de la vida están estructurados, previsibles, y explicables; los recursos están disponibles para satisfacer las demandas representadas por estos estímulos; y estas demandas son desafíos, dignos de inversión y compromiso<sup>13</sup>.

El instrumento de medida del SOC es el cuestionario de Orientación a la Vida. Pretende medir pues, una orientación global de personalidad que facilita la solución de problemas de forma adaptativa cuando la gente se encuentra ante situaciones estresantes<sup>11</sup>.

### 1.2.2. Dimensiones del Sentido de Coherencia.

Según el autor, el constructo estaría compuesto por tres componentes clave: la comprensibilidad (componente cognitivo), la manejabilidad (componente instrumental o de comportamiento) y la significatividad (componente motivacional). Es decir, por un lado la capacidad del sujeto para comprender cómo está organizada su vida y cómo se

sitúa él frente al mundo; por otro, mostrarse capaz de manejarla y, finalmente, sentir que tiene sentido, que la propia vida está orientada hacia metas que se desean alcanzar<sup>4</sup>.

Por tanto, según Antonovsky, el SOC se compondría de estas 3 partes mencionadas<sup>3</sup>:

- *Comprensibilidad (Comprehensibility)*. Se refiere al grado en el cual los individuos tienen un sentido cognitivo de los estímulos con los que se encuentran en el presente y en el futuro. Es considerado como el componente cognitivo del constructo. Se refiere a la habilidad de establecer conexiones lógicas y ordenadas en lo que sucede en el ambiente y en creer que la vida es predecible. Los individuos con una elevada comprensibilidad perciben los estímulos a los que se enfrentan dotándolos de un marco cognitivo y considerando la información como ordenada, consistente, estable, predecible, estructurada y clara en vez de caótica, desordenada, azarosa, accidental o impredecible. Se refiere a la sensación de que es posible comprender lo que sucede. Aumenta las expectativas y la capacidad de una persona para asimilar y modificar experiencias y sucesos. También se refiere a la habilidad de entender a otras personas y de controlar los propios pensamientos y emociones. Permite una gestión adecuada de las relaciones con el entorno social e interpersonal. Este componente capacita al sujeto para conductas adaptativas y realistas a los más diversos acontecimientos y una actitud flexible a los cambios futuros.

- *Manejabilidad (Manageability)*. Es el grado en que los individuos entienden que los recursos adecuados para hacer frente a las demandas del medio se encuentran a su disposición. Tales recursos pueden estar bajo su propio control o bajo el de otros. Esta dimensión es el componente instrumental, comportamental o conductual del constructo. La persona tiene el sentimiento de poder afrontar los retos de la vida. Está relacionado con la autoeficacia y la competencia, pero se diferencia de ellos en que esta dimensión

## Introducción

del SOC se refiere a que los recursos están a disposición de la persona y no que uno controla los recursos requeridos. Es un sentimiento de carácter cognitivo-emocional. Incluye una visión positiva de la vida en general.

- Significatividad (*Meaningfulness*). Se refiere al valor que el sujeto otorga a lo que acontece, independientemente de la forma en la que ocurra. Alude al deseo y voluntad de la persona, a las emociones, a los valores ante un suceso. Es la experiencia de que la vida vale la pena, de que los retos se merecen los esfuerzos, de que son significativos y dignos de nuestro compromiso. La persona está feliz con la vida y considera que tiene un significado y un propósito. Una elevada significatividad es síntoma de una visión comprometida con ciertas áreas de la vida para las cuales merece la pena emplear tiempo y esfuerzo, de forma que las demandas a las que se enfrenta la persona son consideradas como retos dignos de invertir energía. Tiene un carácter fundamentalmente emocional y es considerada la dimensión motivacional.

Frente a un factor estresante, la persona (o colectivo pero esto es otro problema muy complejo como para hablarlo aquí, a pesar de que es importante), con un fuerte SOC:

- Desea y está motivada para, enfrentarse a los problemas (significado);
- Cree que el problema es entendible (comprensión);
- Cree que los recursos están disponibles para hacer frente (manejabilidad).

### **1.3. Síndrome de Burnout**

#### 1.3.1. Descripción y marco teórico.

El síndrome *Burnout* es un síndrome clínico descrito en 1974 por el psiquiatra Herbert Freudenberger quien observó que hacia el año de empezar a trabajar en un proyecto con pacientes toxicómanos la mayoría sufría una gradual pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, así como desmotivación para el trabajo, junto con varios síntomas

de ansiedad y de depresión. Freudenberger describió cómo estas personas se volvían menos sensibles, poco comprensivas e incluso agresivas en relación con los pacientes, con un trato distanciado y cínico, con tendencia a culpar al paciente de los problemas que padecía<sup>14</sup>. O dicho de otra forma, cuando la actividad laboral no satisface sus objetivos, el profesional se agota física y mentalmente, pierde la ilusión, la motivación y corre el riesgo de caer en la apatía y en el desinterés reduciendo así su rendimiento<sup>15</sup>.

Freudenberger describía el *Burnout* como una "sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador" que situaban las emociones y sentimientos negativos producidos por el *Burnout* en el contexto laboral. El autor afirmaba que el *Burnout* era el síndrome que ocasionaba la "adicción al trabajo" que provocaba un desequilibrio productivo y, como consecuencia, la pérdida de la motivación<sup>16</sup>.

Para otros autores<sup>17</sup> el *Burnout* se refiere a un proceso en el que los profesionales están desengañados de su trabajo, en respuesta a experiencias de estrés y tensión en el mismo.

Sin duda hay dos autoras que aportaron ideas importantes sobre este término, Maslach y Jackson, las cuales definieron el *Burnout* como «una pérdida gradual de preocupación y de todo sentimiento emocional hacia las personas con las que trabajan y que conlleva a un aislamiento o deshumanización». Lo entienden como un síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) en el trato con clientes y usuarios, y dificultad para el logro/realización personal (RP). Por otro lado, sentaron las bases para la realización de estudios en diferentes colectividades y

## Introducción

sociedades, ya que idearon un instrumento de medida, denominado *Maslach Burnout Inventory* (MBI), del que hablaremos en otro apartado<sup>18</sup>.

El concepto del Síndrome de *Burnout* ha traído a lo largo de la historia algunas que otras polémicas en cuanto se refiere a su aplicación en ámbitos donde el profesional esté en contacto directo con el usuario o incluye más ámbitos en la que esta condición no esté presente. En este último lado, es decir, entre los que amplían el síndrome a profesiones no asistenciales, destacan los conocidos y numerosos trabajos de Pines y Aronson (1988)<sup>19</sup>, que defienden que los síntomas del *Burnout* se pueden observar también en personas que no trabajan en el sector de asistencia social. A estos, se les suma otros muchos autores como Shirom (1989)<sup>20</sup>, Hombrados (1997)<sup>21</sup>.

Cada vez es mayor el número de trabajadores que padecen estrés y concretamente *burnout*; algunos estudios indican que el estrés afecta al 28% de los trabajadores de la Unión Europea, de los cuales un 23% presenta *burnout* (Paoli y Merllié, 2001). Este problema se recoge también en la legislación española. Más concretamente, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995) señala entre los factores de riesgo psicosociales el estrés laboral y el síndrome de *burnout*, que son considerados una de las principales causas de deterioro de las condiciones de trabajo, y una fuente de accidentalidad y absentismo<sup>22</sup>.

Este síndrome es de suma importancia dado que no sólo afecta la calidad de vida y la salud mental del profesional que lo padece sino que en muchas ocasiones, a causa de este síndrome se llega a poner en peligro la salud de los pacientes; tanto los que lo sufren directamente, así como los que son atendidos por alguien que lo padece<sup>18</sup>. Se estima que siete de cada diez trabajadores se sienten quemados por su trabajo<sup>12.11</sup>.

Tal frecuencia de este síndrome es el motivo de que la Organización Mundial de la Salud en el año 2000 lo calificara de riesgo laboral<sup>23</sup>.

### 1.3.2. Síndrome de *Burnout* en el área de Urgencias. Factores de riesgo y síntomas.

Se observa que a lo largo de los años el Síndrome de *Burnout* ha cobrado gran importancia, hasta tal punto que se encuentra entre los tres temas más estudiados en urgencias<sup>24</sup>. Pero, ¿por qué se produce este fenómeno con mayor magnitud en las áreas de Urgencias? Para contestar esta pregunta debemos tener en cuenta las características de este servicio:

- ✓ Priorización
- ✓ Actuación inmediata
- ✓ Eficacia
- ✓ Rapidez
- ✓ Coordinación
- ✓ Control de técnicas

Es decir, los profesionales de la Salud que trabajan en esta área se ven sometidos a un estrés que no está presente en otras áreas del hospital. Además en todas estas zonas del servicio de urgencias el / la enfermero/a trabaja con personas. Esto produce un intercambio emocional entre enfermero/a y paciente lo que produce a menudo desgaste psicológico<sup>25</sup>.

Una característica común a todos los profesionales de la salud es que trabajan con personas que tienen problemas, bajo una fuerte presión y se ven sometidos a un grado elevado de estrés al tener que resolver estas demandas con los recursos disponibles. Entre los factores de estrés se destacan: la presión del tiempo, tratar con la muerte y el

## Introducción

sufrimiento, la incertidumbre, cubrir las necesidades y las demandas de los pacientes, las interrupciones y el conflicto casa/trabajo<sup>11</sup>.

Garnes (2005)<sup>26</sup> realizó un estudio para determinar el nivel de estrés laboral en los médicos de urgencia hospitalaria, encontrando un nivel medio de estrés laboral, que era significativamente mayor en las mujeres y en los médicos más jóvenes con menor experiencia profesional. Pinedo et al. (2005)<sup>27</sup> llevaron a cabo un estudio del estrés laboral al que estaba sometido el personal de enfermería de una unidad de urgencias hospitalaria, llegando a la conclusión de que el personal se encontraba aislado, con poca valoración de su trabajo y falta de comunicación y planificación por parte de la supervisión y dirección de enfermería. Según estudios epidemiológicos, el *burnout* afecta aproximadamente al 25% de las enfermeras y va en aumento.

No se han efectuado estudios sobre las urgencias extrahospitalarias<sup>28</sup>.

En cuanto a los factores de riesgo, se han descrito varios para que se desarrolle el síndrome de *burnout*, entre los cuales se encuentran personas jóvenes, género femenino, solteros o sin pareja estable, mayores turnos laborales o sobrecarga laboral, estado civil, número de hijos, rasgos de personalidad tales como personas idealistas, optimistas, con expectativas altruistas elevadas, deseo de prestigio y mayores ingresos económicos. De entre todos los factores de riesgo comentados el que resulta ser más prevalente e importante es el de sobrecarga de trabajo<sup>29</sup>.

Los síntomas se van produciendo como un proceso insidioso, no aparecen de forma súbita, sino que se desarrollan de forma paulatina. También se puede dar de forma cíclica repitiéndose a lo largo del tiempo.

Las manifestaciones se pueden ordenar según Borja et al, en 2001<sup>15</sup>.

1.- Psicofisiológicas:

- ✓ Fatiga crónica
- ✓ Dolores de cabeza
- ✓ Insomnio
- ✓ Desórdenes gastrointestinales
- ✓ Pérdida de peso
- ✓ Dolores musculares y tensión muscular
- ✓ Dolor cervical
- ✓ Aumento de enfermedades y dolencias preexistentes: Hipertensión arterial, jaquecas, lumbago, asma, alergia...

2.- Conductuales:

- ✓ Absentismo laboral.
- ✓ Abuso de drogas( café, alcohol, tabaco, fármacos)
- ✓ Superficialidad de contacto con los demás
- ✓ Aumento de conductas violentas
- ✓ Propensión a los accidentes
- ✓ Mal cumplimiento del horario laboral ( llegadas tardías o salidas anticipadas al horario)
- ✓ Vagar alrededor del trabajo sin objetivo específico

3.- Emocionales:

- ✓ Distanciamiento afectivo para protegerse
- ✓ Actitud cínica
- ✓ Impaciencia e irritabilidad
- ✓ Incapacidad de concentración

## Introducción

- ✓ Sentimientos depresivos
- ✓ Otras: abatimiento, soledad, miedo, vacío emocional, culpabilidad, vulnerabilidad, tensión y pérdida de autocontrol.

### 4.- Cognoscitivos:

- ✓ Intolerancia, rigidez, inflexibilidad.
- ✓ Cierre a la innovación.
- ✓ Aumento del desapego.
- ✓ Desconfianza.
- ✓ Despersonalización y actitud hipercrítica.

### 5.- Del ambiente laboral – paciente.

- ✓ Detrimento capacidad de trabajo.
- ✓ Detrimento calidad de los servicios prestados a los usuarios.
- ✓ Aumento interacciones hostiles, artificiales o mecánicas.
- ✓ Comunicaciones deficientes.

#### 1.3.3. Evaluación del *Burnout*. Dimensiones y descripción del *Maslach Burnout Inventory (MBI)*

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

Es el instrumento que ha generado un mayor volumen de estudios e investigaciones, formado por 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert. El sujeto valora, mediante un rango de 6 adjetivos que van de “nunca” a “diariamente”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems<sup>30</sup>.

Este cuestionario arroja 3 factores<sup>31</sup>:

- ✓ Agotamiento emocional (con 9 ítems), refleja la sensación de estar exhausto emocionalmente por el trabajo y con menor capacidad de entrega a los demás. Puntuación máxima 54.
- ✓ Despersonalización (con 8 ítems), describe una respuesta impersonal y fría hacia los pacientes y/o clientes. Puntuación máxima 30.
- ✓ Baja realización personal en el trabajo (con 5 ítems), alude a la sensación de que no se están obteniendo logros de su trabajo, autocalificándose negativamente, apuntando a las dificultades en el desempeño. Puntuación máxima 48.

El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos. Respecto a las puntuaciones se consideran bajas entre 1 y 33, media entre 34 y 66 y alta entre 67 y 99. Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de *burnout*, puntuaciones altas en Agotamiento emocional y Despersonalización y baja en Realización Personal definen el síndrome.

En la subescala de Agotamiento emocional puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de *burnout*, el intervalo entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de *burnout* bajos o muy bajos. En la subescala de Despersonalización puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, de 6 a 9 medio y menor de 6 bajo grado de Despersonalización. Y en la subescala de Realización Personal funciona en sentido contrario a las anteriores; y así de 0 a 30 puntos indicaría baja realización personal, de 34 a 39 intermedia y superior a 40 una sensación de logro<sup>32</sup>.

En términos psicométricos, originalmente, los autores reportaron coeficientes de consistencia interna en los rangos de .71 a .90, dicha prueba fue construida a partir de

## Introducción

una aproximación estadística más que teórica, por lo que se trata de un instrumento que sigue siendo objeto de estudio<sup>33</sup>.

Los valores que aporta el manual de Maslach y Jackson, 1986, sobre el alfa de Cronbach o lo que es lo mismo, la fiabilidad de cada subescala son<sup>34</sup>:

1. Agotamiento emocional: *0.90*
2. Baja realización personal en el trabajo: *0.71*
3. Despersonalización: *0.79*

## 2. OBJETIVOS

### 1. OBJETIVO GENERAL:

- ✓ Determinar la posible relación existente entre el Síndrome de *Burnout* y Sentido de Coherencia en los profesionales sanitarios de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias (H.U.C.A.).

### 2. OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- ✓ Determinar el Sentido de Coherencia del profesional sanitario en el HUCA y analizar su relación con el sexo y edad.
- ✓ Determinar el nivel de Síndrome de *Burnout* en los profesionales sanitarios del HUCA y analizar su relación con las variables sociodemográficas.

### 3. HIPÓTESIS

#### 1. GENERAL

- ✓ El personal sanitario con puntuaciones elevadas en el Sentido de Coherencia tendrá menores puntuaciones en el Síndrome de *Burnout*.

#### 2. ESPECÍFICAS:

- ✓ El personal sanitario del área de urgencias del H.U.C.A. presentará un Sentido de Coherencia elevado.
- ✓ El personal sanitario del área de urgencias del H.U.C.A. obtendrá altas puntuaciones en Síndrome de *Burnout*.

## 4. METODOLOGÍA

### 2.1. Diseño

Estudio observacional, descriptivo, transversal.

### 2.2. Variables estudiadas

Las variables sociodemográficas recogidas de los profesionales de la salud en urgencias son: a) edad: en años, b) género: Hombre / Mujer, c) antigüedad del puesto en urgencias: en años, d) categoría profesional: Médico / Médico Interno Residente / D.U.E. / Auxiliar de enfermería, e) especialidad (Sólo en caso de medicina), f) estado civil: Soltero/a; Con pareja; Casado/a; Viudo/a, g) número de hijos: 0 / 1 / 2 / 3 o más.

### 2.3. Instrumentos de medida

El síndrome de *Burnout* se ha medido con el cuestionario *Maslach Burnout Inventory* (MBI) de Maslach, C. y Jackson, S.E. en 1981 y validado por Seisdedos, en 1997<sup>30</sup>. Este instrumento goza de un amplio consenso y evidencia empírica en cuanto a su adecuación para la evaluación de este constructo (Bakker y Schaufeli, 2000; Belcastro y Gold, 1983; Farber, 1984; Friedman, 1995; Yela,1996), así como sobre sus propiedades psicométricas de fiabilidad y validez, tanto en la versión original como en la española (Bakker et al.,2000; Cordes et al., 1997; Gil-Monte, 2002; Gil Monte y Peiró, 1997; HernándezMartín et al., 2006; Lee y Ashforth, 1996; Maslach y Jackson, 1986)<sup>22</sup>.

El Sentido de Coherencia (SOC) se ha medido con el cuestionario de Orientación hacia la Vida, creado por Antonovsky y validado en profesionales de enfermería por Malagón Aguilera, MC y cols. El estadístico Kaiser-Meyer-Oklín fue  $> 0,5$ , aproximándose a un ajuste medio; y la prueba de esfericidad de Bartlett resultó significativa ( $p ,001$ )<sup>35</sup>. **¡Error! Marcador no definido.** El nivel de consistencia del alfa de Cronbach, medido por

## Metodología

Antonovsky en la escala de 29 ítems, es alto, con rangos que van de 0.84 a 0.93, un grado decente de consistencia interna y fiabilidad del instrumento. En la escala SOC-13, se encuentra entre 0,70 y 0,92 La correlación test-retest muestra una considerable estabilidad como por ejemplo 0,54 en un periodo de 2 años. Se muestra también una elevada validez de contenido, consenso y constructo. La estructura factorial de la escala en las tres dimensiones no está completamente clara, el SOC parece ser un concepto multidimensional más que unidimensional. Se han encontrado diferencias con respecto al sexo, aunque son pequeñas, parece que los hombres muestran un nivel más elevado de SOC que las mujeres. Se han obtenido también resultados aceptables en cuanto a la validez discriminativa<sup>11</sup>.

En España, diferentes grupos de investigación han usado el cuestionario SOC, estudiando su relación con algunos interesantes conceptos. El primer estudio publicado en España sobre el SOC es de 1999. Trata la relación entre salud y una serie de variables de personalidad, como son el sentido de coherencia, la personalidad resistente y la autoestima. Utilizó el Cuestionario de Orientación a la Vida (SOC) en su versión de 29 ítems. Este trabajo ha tenido el mérito de informar acerca de las características psicométricas del SOC en población española por vez primera, ofreciendo indicadores psicométricos semejantes a los ofrecidos por adaptaciones a poblaciones normalizadas en otros países<sup>16</sup>.

Dos años más tarde se publicó un nuevo trabajo, liderado también por el doctor Moreno-Jiménez, en el que utilizó la misma versión del cuestionario. En dicho artículo se aborda nuevamente el papel del SOC como mediador entre el estrés y la salud pero esta vez centrándose en el proceso burnout sufrido por una muestra de profesores en educación primaria. Los datos de fiabilidad para esta muestra de nuevo se encuentran entre los parámetros habituales para este cuestionario<sup>7</sup>.

Tras estos dos artículos, no se volvieron a divulgar en España datos sobre el sentido de coherencia hasta 2007, cuando se publicó un artículo sobre la validación transcultural del cuestionario SOC en su versión reducida (SOC-13) en una muestra de personas mayores de 70 años<sup>10</sup>. Este estudio se centró en el proceso de validación y propiedades psicométricas del cuestionario ofreciéndose nuevamente datos óptimos en fiabilidad y nuevos aportes de validez convergente del SOC, con medidas autorreferidas de salud física, calidad de vida y depresión para la población anciana<sup>4</sup>.

Por último en 2012 el número de investigaciones que han estudiado el SOC ha crecido. Vega Martínez<sup>36</sup> realizó una validación del cuestionario SOC en su versión reducida de 13 ítems en una muestra de estudiantes universitarios de la Universidad de Jaén. Los resultados obtenidos en cuanto a fiabilidad y consistencia interna fueron altos. En el mismo año, con esta misma versión validada, Rodríguez Morcillo<sup>37</sup> realizó un estudio en la misma muestra de estudiantes, relacionando el SOC con estilos de vida.

#### 2.4. Muestra de estudio obtenida y características socio - demográficas

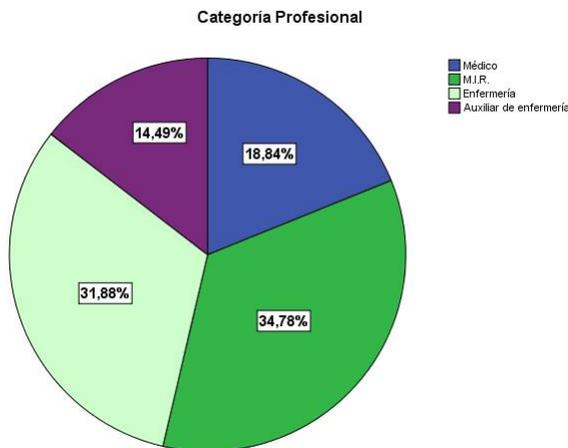
El objetivo que se planteó fue la participación de 152 sanitarios del área de Urgencias del Hospital Central de Asturias (HUCA) del total de 221 personas que componen la plantilla del personal sanitario en urgencias: 40 médicos adjuntos, 52 enfermeras, 93 médicos internos residentes y 36 auxiliares de enfermería.

Los criterios de inclusión para este estudio fueron: Personal sanitario de urgencias del HUCA (Médicos adjuntos, Médicos Internos Residentes de primer año y Médicos Internos Residentes de Familia y Comunitaria de los cuatro años de residencia, Enfermeras y Auxiliares de enfermería) que aceptara voluntariamente participar en el estudio.

## Metodología

La muestra se compone de las cuatro categorías anteriormente expuestas: 13 médicos adjuntos 24 médicos internos residentes; 22 enfermeras y por último 10 auxiliares de enfermería.

La muestra estudiada se compone de 69 profesionales de la salud del área de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias, de los cuales 13 (18,84%) son médicos adjuntos, 24 (34,78%) Médicos Internos Residentes (M.I.R.), 22 (31,88%) enfermeras y 10 (14,49%) auxiliares de enfermería.



*Gráfico 1. Descriptivo variable "categorías profesionales"*

De esta muestra, un individuo no contestó a la variable "Sexo". De los que si respondieron, 51(75%) son mujeres y 17 (25%) son hombres; estos datos muestran una gran descompensación de género en la muestra estudiada.

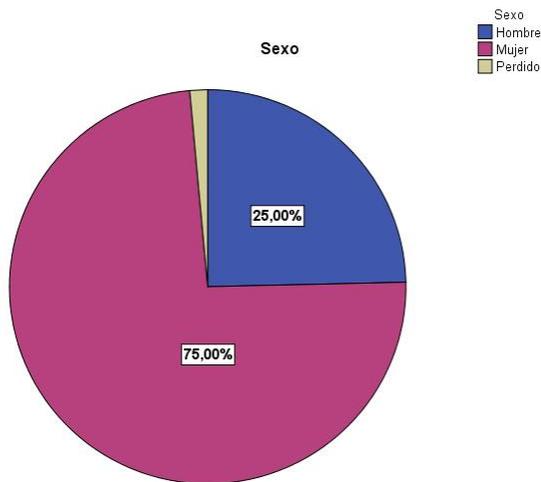


Gráfico 2. Descriptivo variable "sexo"

Respecto a la edad, 7 sujetos no contestaron a la variable; 10 individuos (16, 39 %) del total son menores o igual a 30 años; 34 (55, 74%) tienen una edad comprendida entre 30 – 45 años y por último, 17 (27, 87%) son mayores de 45 años.

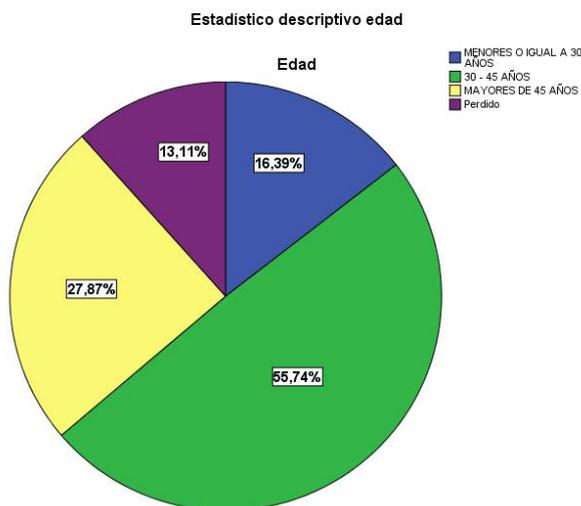
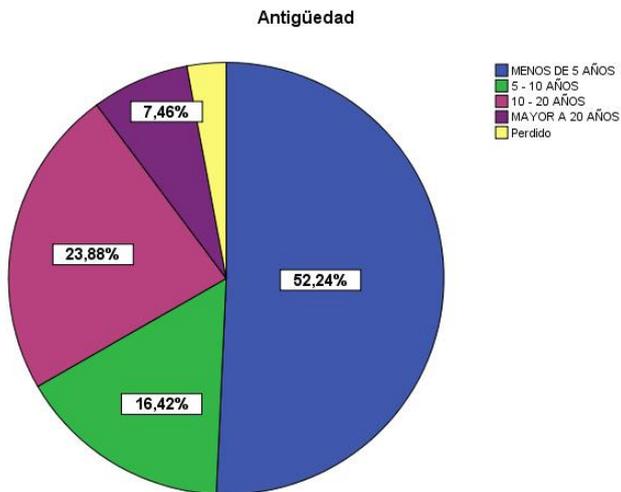


Gráfico 3. Descriptivo variable "edad"

Por otra parte, fue un individuo que no contestó a la variable "antigüedad en su puesto de trabajo en Urgencias"; del total, 36 profesionales (52,24%) se encuentran trabajando menos de 5 años en el área de urgencias, 11 (16, 42%) profesionales llevan en

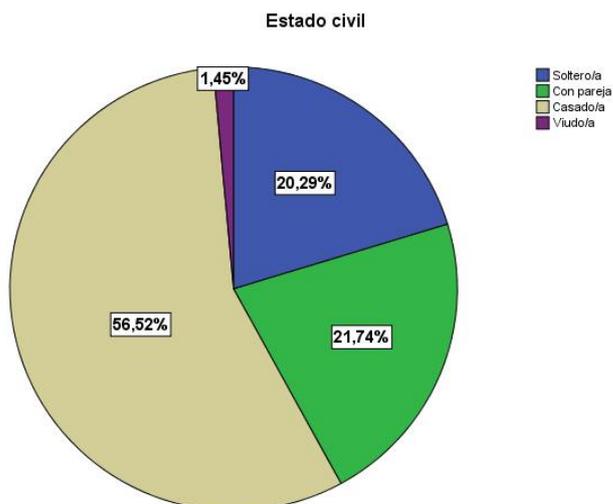
## Metodología

urgencias de 5 a 10 años, de 10 a 20 años constan 16 (23,88%) profesionales en dicha área y únicamente 5 (7,46%) refieren llevar trabajados en urgencias más de 20 años.



*Gráfico 4. Descriptivo variable "antigüedad"*

Con respecto a la variable "estado civil" el total de los individuos contestaron; 14 (20,29%) son solteros/as; 15 (21,74%) están en pareja; 39 (56,52%) alegan estar casados/as y por último solo 1 (1,45%) individuo se encuentra viudo.



*Gráfico 5. Descriptivo variable "estado civil"*

En la variable “número de hijos” no fue contestada por una persona; del total contestados, 36 (52,94%) individuos apuntan no tener ningún hijo, 16 (23,53%) dicen tener solo un hijo, 9 (13,24%) exponen tener dos hijos y el resto, 7 (10,29%), aluden tener 3 o más hijos.

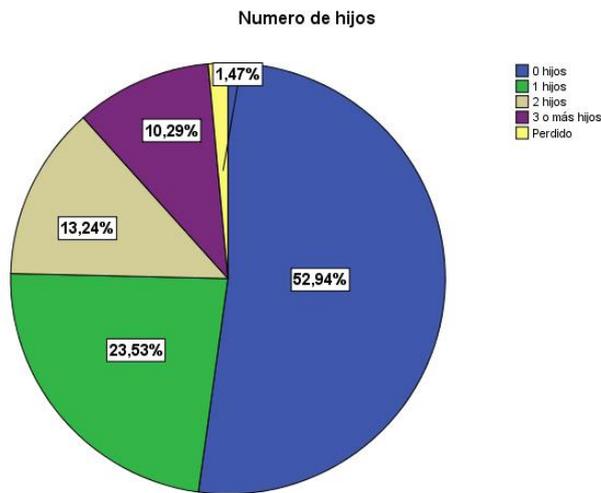
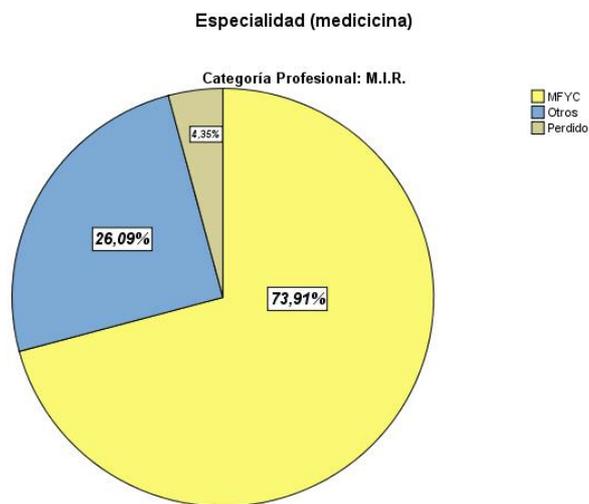
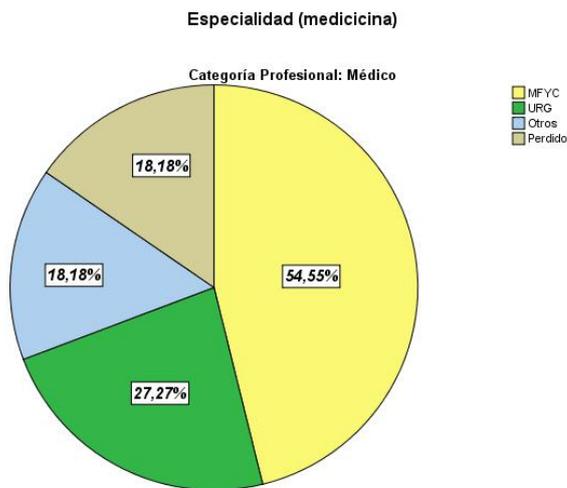


Gráfico 6. Descriptivo variable “número de hijos”

La variable “especialidad” fue dirigida a médicos adjuntos y médicos internos residentes. Del total de 11 médicos adjuntos, 2 no contestaron a la variable, 6 (54,55%) corresponden a la especialidad de medicina familiar y comunitaria, 3 (27,27%) a la especialidad de medicina en urgencias y 2 (18,18%) de ellos corresponden a otras especialidades. Por otra parte, solo un individuo del grupo de médicos internos residentes no contestó a dicha variable; 17 (73,91%) pertenecen a la especialidad de medicina familiar y comunitaria y el resto, 6 (26,09%) M.I.R., a otras especialidades como reumatología, digestivo, oncología médica, radioterapia y neurofisiología.

## Metodología



Gráficos 7 y 8. Descriptivos variable “especialidad médica”

La tabla 1 contiene las características sociodemográficas de la población de estudio, con su respectivo análisis descriptivo (frecuencia absoluta y porcentaje, media, intervalo de confianza para las medias al 95% y por último desviación típica) de cada variable.

Variable	Frecuencia absoluta y %		Media (X)	IC para la X al 95%	Desviación típica	
Edad (años)	61 (88.4%)		39.16	36.9 – 41.42	8.825	
Antigüedad (años)	68 (98.6%)		7.5	5.8 – 9.20	7.015	
Sexo	68 (98.6%)	Hombre 17 (25%)	1.75	1.64 – 1.86	0.436	
		Mujer 51 (75%)				
Categoría Profesional	69 (100%)	Médico 13 (18.84%)	2.42	2.19 – 2.65	0.961	
		M.I.R. 24 (34.78%)				
		Enfermería 22 (31.88%)				
		Auxiliar enfermería 10 (14.49%)				
Especialidad medicina	34 (49.3%)	Médico 13 (18.84%)	MFYC 2 (15.38%)	1.559	1.25 – 1.85	0.8596
			URG 3 (23.077%)			
			Otros 2 (15.38%)			
		M.I.R. 24 (34.78%)	MFYC 17 (70.83%)			
			Otros (25%)			

Variable	Frecuencia absoluta y %		Media (X)	IC para la X al 95%	Desviación típica
<b>Estado civil</b>	69 (100%)	Soltero/a 14 (20.29%)	1.81	1.56 – 2.06	1.026
		Con pareja 15 (21.74%)			
		Casado/a 39 (56.52%)			
		Viudo/a 1 (1.45%)			
<b>Número de hijos</b>	68 (98.6%)	0 hijos 36 (52.94%)	1.81	1.56 – 2.06	7.66289
		1 hijo 16 (23.53%)			
		2 hijos 9 (13.24%)			
		3 o más hijos 7 (10.29%)			

Tabla 1. Caracterización de la muestra estudiada.

## 2.5. Procedimiento

El planning fue solicitar el permiso del pase de cuestionarios a Dirección de enfermería y Dirección de Medicina del HUCA en el mes de Febrero del 2013. Además consideré necesario hablar con la supervisora de enfermería junto con el supervisor de Medicina y de los M.I.R. de la unidad, para informar del estudio que iba a proceder a realizar en urgencias y que en el mes de Marzo iba a proceder al pase de los cuestionarios, SOC y *Maslach Burnout Inventory*.

Se eligió el muestreo estratificado proporcional, con el fin de asignar de forma proporcional el tamaño de la muestra de cada estrato al tamaño del estrato correspondiente con respecto a la población total.

Se tuvieron cuenta varios aspectos importantes. El estrés en esta unidad se concentra en días y horas puntuales. Basándome en estudios anteriores sobre este último hecho los cuales señalan que los lunes y picos de horas como las 10-11h y 16-17h repartidos en todos los días de la semana, son los que soportan mayor carga asistencial<sup>38</sup>. Así se decidió evitar esos momentos y proceder al pase de los cuestionarios cuando la carga asistencial no fuera excesiva. Además se entregaron los cuestionarios a principio de turno, señalando a los profesionales que tendrían todo el turno para rellenarlo tranquilamente y al final de turno, se recogerían.

Para los Médicos adjuntos y Médicos Internos Residentes, además de entregar algunos cuestionarios en urgencias, también se contó con la ayuda de su supervisor, el cual informaba de reuniones que de vez en cuando tenían para así aprovechar el momento y entregar los cuestionarios.

### **Aspectos éticos**

En el desarrollo de la investigación se ha garantizado el permiso por escrito de la dirección médica, y dirección de enfermería del H.U.C.A., permiso verbal de la supervisora del área de urgencias de dicho hospital, la voluntariedad de la participación en el estudio y la confidencialidad de los datos.

Antes de la entrega de los cuestionarios a los participantes, se les aseguraba que la información recogida únicamente se va a utilizar con fines para la investigación y que jamás tendrán acceso a ella personas ajenas al estudio. Al finalizar, si el participante lo deseaba, podía esconder el cuestionario entre el bloque de los demás cuestionarios cumplimentados por sus compañeros.

## Metodología

### 2.6. Análisis de datos

Para el objetivo 1 se ha llevado acabo el análisis de correlación lineal mediante la  $r$  de Pearson. En los objetivos 2 y 3 se ha realizado un análisis descriptivo mediante el cálculo de frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión, así como sus respectivos intervalos de confianza. Además también se ha efectuado un análisis bivalente utilizando el estadístico  $U$  de Mann Whitney para dos muestras independientes y la prueba de Kruskal – Wallis para diferencias de medianas.

## 5. RESULTADOS

### A. Determinación del Sentido de Coherencia y nivel de Síndrome de Burnout en la población estudiada.

La media de Sentido de Coherencia, medida con el cuestionario de Orientación a la Vida de 13 ítems, es de 65.434 puntos o lo que es lo mismo, en la escala del 1 al 7, la puntuación media obtenida de la muestra ha sido de 5.03 puntos, con una desviación típica (DE) de 7.66 y con un IC de la media al 95% entre 63.59 – 67.27. La puntuación mínima y máxima obtenida en el cuestionario SOC -13 ha sido de 43 y 83 puntos respectivamente.

Con respecto al Síndrome de *Burnout*, medido con el cuestionario de *Maslach Burnout Inventory* (MBI), la media calculada es de 36 puntos con un Intervalo de Confianza (IC) al 95% de 32.03 – 39.96 y una DE de 16.01. La puntuación mínima en la muestra es de 7 puntos y la máxima es de 79 puntos. En la dimensión “agotamiento emocional”, un 18.84% han puntuado más de 27 puntos, un 27.53% entre 19 y 26 puntos y el resto, el 46.37% han puntuado menos de 19. El 23.18% de los participantes han obtenido más de 10 puntos en la dimensión “despersonalización”, entre 6 y 9 puntos han puntuado el 20.28% y 43.47% han obtenido menos de 6 puntos. Por último, en la dimensión “realización personal” el 47.82% han obtenido de 0 a 32 puntos, el 43.47% de los participantes de 33 a 39 puntos y finalmente, el 7.24% ha obtenido una calificación de más de 40 puntos.

### B. Comparación de medias en Sentido de Coherencia en función del sexo y la edad

En el análisis bivariante se observa que la media de Sentido de Coherencia en hombres es de 66.61 (en la escala del 1 al 7, la media es de 5.12 puntos), apenas más elevada

## Resultados

que en la mujer, 64.98 (en la escala del 1 al 7, la puntuación media obtenida es 4.99 puntos). Para poder comparar medias, he utilizado la prueba U de Mann Whitney para dos muestras independientes (valor p 0.41), es decir, no existen diferencias estadísticamente significativas al comparar las dos medias.

Por otro lado, las medias en los diferentes grupos de edad son de 67.31 en menores o igual a 30 años; 65.94 en el grupo de 30 a 45 años y por último 63.64 en mayores de 45 años. Para la comparación se utilizó la prueba de Kruskal – Wallis, en la cual se obtuvo un valor p de 0.15, por lo que se acepta igualdad de medianas, es decir, que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el SOC de las distintas edades.

En la tabla 2 está representado el SOC por sexo y edad con los respectivos estadísticos de contraste y nivel de significancia para cada categoría.

		<b>MEDIA</b>	<b>DE</b>	<b>Estadístico de contraste</b>	<b>P valor</b>
<b>SOC Total</b>		65.43	7.62	----	----
<b>Sexo</b>	Hombre	6.93	66.41	U de Mann Whitney = 376.5	0.42
	Mujer	7.94	64.98		
<b>Edad</b>	Igual o menores de 30 años	5.58	67.31	Kruskall – Wallis $\text{Chi}^2 = 3.76$	0.15
	De 30 a 45 años	9.64	65.94		
	Mayores de 45 años	4.34	63.67		

Tabla 2. Comparación de medias de las variables sexo y edad en el SOC.

C. Comparación de medias de las variables estudiadas en el Síndrome de *Burnout*

El análisis bivalente en la variable sexo, ha mostrado una puntuación en la media de Síndrome de Burnout en los hombres de 34.41 y en las mujeres de 37.04. En la variable edad, las medias para los menores o iguales de 30 años, de 30 a 45 años y mayores de 45 han sido de 29.88, 35.93 y 41.64 respectivamente. Por otra parte las medias en la variable categoría profesional han sido de 38.41 en médicos, 30.45 en M.I.R., 38.01 en enfermería y 41.44 en auxiliar de enfermería. En la variable antigüedad en su puesto en urgencias han obtenido de media 34.27 puntos los profesionales con menos de 5 años trabajados en urgencias, 33.6 puntos de media en profesionales de 5 a 10 años trabajados, 38.81 puntos en profesionales de 10 a 20 años, y 43.4 puntos en profesionales con más de 20 años trabajados en el área de urgencias. Con respecto al estado civil las medias del *burnout* para los solteros/as han sido de 30.09, en los individuos con pareja de 34.43 y en los casados/as de 37.74. La categoría viudo/a no se ha incluido en el análisis ya que solo consta de un individuo. Por último, en la variable número de hijos, el grupo de profesionales que refieren no tener ningún descendiente, han puntuado una media de 32.56, los profesionales que tienen solo uno han puntuado 40.93, los que tienen 2 hijos han obtenido 36 puntos y los que tienen 3 o más hijos han puntuado 41.42.

Como en el caso del SOC, he comparado las medias de las distintas variables a través de las prueba U de Mann – Whitney para la variable cualitativa dicotómica “sexo” y Kruskal – Wallis para las restantes variables policotómicas.

Observando los resultados de la prueba dichas pruebas (tabla 3) en cada una de las variables vemos como no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de cada variable con respecto al síndrome de *Burnout*.

Resultados

		<b>MEDIA</b>	<b>DE</b>	<b>Estadístico de contraste</b>	<b>P valor</b>
<b>Burnout Total</b>		32.03	16.01	---	---
<b>Sexo</b>	Hombre	13.28	34.41	U de Mann Whitney=367.5	0.41
	Mujer	16.80	37.04		
<b>Edad</b>	Igual o menores de 30 años	8.34	29.88	Kruskall – Wallis Chi <sup>2</sup> = 4.28	0.11
	De 30 – 40 años	18.51	35.93		
	Mayores de 45 años	13.28	41.64		
<b>Antigüedad en urgencias</b>	Menos de 5 años	14.90	34.27	Kruskall – Wallis Chi <sup>2</sup> =3.11	0.37
	De 5 – 10 años	19.57	33.60		
	De 10 – 20 años	17.54	41.64		
	Más de 20 años	12.75	43.41		
<b>Categoría Profesional</b>	Médico	17.90	38.41	Kruskall – Wallis Chi <sup>2</sup> = 5.36	0.14
	M.I.R.	13.56	10.45		
	Enfermería	17.44	38.00		
	Auxiliar de enfermería	13.71	43.40		
<b>Estado civil</b>	Soltero/a	12.46	30.09	Kruskall – Wallis Chi <sup>2</sup> = 3.358	0.34
	Con pareja	17.18	34.42		
	Casado/a	16.29	37.74		
	Viudo/a	No procede	No procede		
<b>Número de hijos</b>	0 hijos	15.21	32.56	Kruskall – Wallis Chi <sup>2</sup> = 4.226	0.24
	1 hijo	17.11	40.93		
	2 hijos	18.66	36.00		
	3 o más hijos	12.98	41.42		

Tabla 3. Comparación de medias de las variables sociodemográficas en Burnout.

D. Relación entre Sentido de Coherencia y Síndrome de *Burnout*

Mediante el análisis de correlación lineal simple se observa que el Sentido de Coherencia está asociado con el Síndrome de *Burnout* manteniendo una relación inversa moderada ( $r$  de Pearson= -0.53  $p$ : 0.00). Además, realizando una regresión lineal simple, se ha obtenido una  $R$  cuadrado de 0.28 ( $R$  cuadrado corregida = 0.27), con lo cual se puede decir que el SOC explica un 27.3 % de la variabilidad total del *Burnout*.

## 6. DISCUSIÓN

El desarrollo de este trabajo permitirá ampliar los conocimientos de un nuevo constructo ahora en auge, como es el Sentido de Coherencia, y otro concepto, el Síndrome de *Burnout*, igualmente importante para la salud y bienestar de los profesionales.

Se considera que la metodología seguida en el trabajo ha sido adecuada para los objetivos propuestos. Los instrumentos escogidos han sido validados en España con una afable fiabilidad. Además se han incluido aquellas variables sociodemográficas que la literatura dice poder influenciar en los conceptos que se están estudiando en este trabajo. Con respecto a la fase de entrega de cuestionarios, se ha evitado en todo lo posible el efecto Hawthorne, retirándose el investigador en cuanto entregaba el cuestionario y explicaba los objetivos de la investigación para luego volver y proceder a su recogida, de este modo se ha evitado el sesgo de clasificación. Si bien puede ser que haya existido influencia entre los profesionales al rellenar los cuestionarios, hecho que puede afectar a la validez y precisión en los resultados y que quizás pueda ser corregido en futuras aplicaciones del instrumento mediante su pase en contactos más controlados.

En el análisis entre las variables del estudio, se ha encontrado significación estadística entre el SOC y el Síndrome de *Burnout* con correlación inversa, objetivo principal de este trabajo. Por el contrario no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las distintas variables con el SOC y el *Burnout*, si bien considero que se debe al insuficiente tamaño de muestra del estudio, lo cual se traduce a una baja potencia o poder estadístico, lo cual podría estar escondiendo alguna asociación estadística cuando realmente sí que la hay (error tipo II o  $\beta$ ).

Este es el primer trabajo realizado que estudia relación entre SOC y Síndrome de *Burnout*, en las distintas categorías de profesionales de la salud. Debo decir que el vínculo hallado entre estos dos conceptos es realmente importante: a más Sentido de Coherencia, menos síntomas del Síndrome de *Burnout*, o a la inversa, a más Síndrome de *Burnout*, menos Sentido de coherencia, ya que el estudio es de carácter transversal lo cual limita a no poder probar causalidad entre las variables estudiadas. De igual forma, este considerable resultado podría ser traducido en que ayudando al colectivo de profesionales que trabajan sobre la salud de la comunidad, a comprender y establecer conexiones lógicas de lo que ocurre a su alrededor, saber manejar adecuadamente los recursos de los que disponen para hacer frente a las demandas del medio, y darle valor y significado a lo que están haciendo día a día en su trabajo, estamos consiguiendo reducir los síntomas del Síndrome de *Burnout* (insomnio, sentimientos depresivos, superficialidad en el trato a los demás, propensión a los accidentes, absentismo laboral, etc.), lo cual a su vez se traduce en la mejora de la calidad en prestación de servicios de salud a la comunidad.

Para finalizar, añadir que a partir de esta investigación, la comunidad científica podrá tener a su alcance y disponer de estos resultados para futuros proyectos de investigación sobre un colectivo de gran importancia, como son los profesionales de la salud.

## 7. CONCLUSIONES

Una vez analizado y discutido el presente estudio podemos llegar a las siguientes conclusiones:

- Teniendo en cuenta los valores de referencia de la escala de medida del SOC-13 de 1 a 7 puntos<sup>8</sup>: puntuaciones de 1,00 a 2,33 corresponderían a un nivel bajo de SOC, 2,34 - 4,66 sería niveles moderados de sentido de coherencia y un SOC fuerte correspondería a los valores comprendidos entre 4,67-7,00. Los resultados en nuestra muestra ha sido una media de 5.03 puntos en el cuestionario de Orientación a la Vida, por lo tanto se puede concluir que existe un Sentido de Coherencia fuerte en el personal sanitario de urgencias.
- No hay diferencias significativas de SOC en el sexo (si bien se muestran en los resultados una pequeña elevación en la puntuación de los hombres, 5.12 puntos; con respecto a las mujeres, 4.99 puntos). Este resultado coincide con otros resultados obtenidos en numerosos estudios (Amaya, M.A<sup>39</sup>; Salazar Estada, J.G.<sup>40</sup>; Fernandez Martínez, M.E. et cols<sup>41</sup>).
- Con respecto a la edad y el SOC, en el presente estudio se observa que no hay diferencias significativas entre las distintas edades. Lo cual coincide con la teoría de Antonovsky, el cual aportó que el SOC es un constructo que permanece estable especialmente después de los 30 años<sup>42</sup>.
- Los valores obtenidos en la media de la muestra estudiada del síndrome de *Burnout*, nos muestran un nivel medio – bajo. Centrándonos en los distintos factores que componen el concepto, se observa que el 18.84% del total de la muestra ha obtenido puntuaciones altas en la dimensión de agotamiento personal. Por otro lado, también es de destacar que el 23.18% ha obtenido

calificaciones altas en la dimensión de despersonalización. Por último, el 47.82% ha obtenido puntuaciones bajas, lo cual indica baja realización personal.

- En la muestra estudiada no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el *Burnout* y las variables sociodemográficas estudiadas (sexo, edad, antigüedad en su puesto de trabajo, estado civil y número de hijos).
- Por último podemos afirmar que el presente estudio contribuye a afirmar una asociación estadística entre el Sentido de Coherencia y Síndrome de *Burnout*, con un resultado en la *r* de Pearson de -0.53, lo cual significa que se confirma la hipótesis planteada al inicio del estudio de que a más sentido de coherencia, menos síntomas del Síndrome de *Burnout* o que a más Síndrome de *Burnout*, menos sentido de coherencia tienen los profesionales de la salud. Si bien puede tener más sentido la primera suposición pero no podemos afirmarlo ya que no podemos presuponer causalidad entre ambas variables al tratarse de un estudio descriptivo transversal.

## **8. ANEXOS**

A continuación se encuentran los cuestionarios administrados a los profesionales de la salud encuestados, el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) para medir el Síndrome de *Burnout* y el cuestionario de Orientación a la Vida para medir el Sentido de Coherencia.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

- 
- <sup>1</sup> Promoción de la Salud. Glosario. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1998.
- <sup>2</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La Salud Pública y la Salud de los trabajadores. [Citado el 2011]. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/saludLaboral/saludTrab/home.htm>
- <sup>3</sup> Eriksson, M., Lindström, B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J. Epidemiol Community Health* 2005; 59:460–466.
- <sup>4</sup> Rivera de los Santos, F., Ramos Valverde, P., Moreno Rodríguez, C., Hernán García, M. Análisis del Modelo Satulogénico en España: Aplicación en Salud Pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev. Esp. Salud Pública* 2011; 85: 137-147
- <sup>5</sup> Eriksson, M., Lindström, B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 2008; 23 (2):190-199
- <sup>6</sup> Eriksson, M., Lindström, B. Un cambio de perspectiva. La creación de los hombres ciegos. Guía del autopista satulogénico. Camino satulogénico hacia la Promoción de la Salud. Gerona: Documenta universitaria. 2011. 22.
- <sup>7</sup> Moreno Jiménez, B., González Gutiérrez, J.L., Garrosa Hernández, E. Burnout docente, sentido de la coherencia y salud percibida. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 1990. (4), 3: 163-180.
- <sup>8</sup> Antonovsky, A. The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale. *Social science medicine*. 1993; 36 (6): 125-733.
- <sup>9</sup> Vastamäki, J., Moser, K., Ingmar Paul, K. How stable is sense of coherence? Changes following an intervention for unemployed individuals. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2009; 50: 161–171.
- <sup>10</sup> Virués-Ortega, J., Martínez-Martín, P., del Barrio, J.L., Lozano, L.M. Grupo Español de Estudios Epidemiológicos sobre Envejecimiento. Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. [tesis doctoral]. *Medical Clinic*. 2007. Barcelona: 128 (13): 486-92.

## Bibliografía

---

- <sup>11</sup> Fernández Martínez, M. Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional. [tesis doctoral]. Universidad de León. Departamento de Psicología, Sociología y Filosofía. 2009.
- <sup>12</sup> Binkowska-Bury, M., Januszewicz, P. Sense of Coherence and Health-related behaviour among university students –a questionnaire survey Institute of Public Health, Medical Department, University of Rzeszow, Poland. *Cent Eur J. Public Health* 2010; 18 (3): 145–150.
- <sup>13</sup> Antonovsky, A. The “Sense of Coherence” concept. *Unraveling the mystery of health. How People Manage Stress and Stay Well. The Jossey – Bass Social and Behavioral Science Series and The Jossey – Baas Health Series.* San Francisco, California; 1987: 19.
- <sup>14</sup> Freudenberger, H. J. Staff burnout. *Journal of Social Issues* 1974; 30(1): 159-165.
- <sup>15</sup> Herrero Orega, M.C., Sebastián Marín, S., Simarro Cantos, M., Picazo Soriano, M. El Síndrome de Burnout. *Rev de la escuela universitaria de enfermería.* 2003; 3: 210.
- <sup>16</sup> Moreno, B.; Alonso, M.; Álvarez, E. Sentido de Coherencia, personalidad resistente, autoestima y salud. *Rev de Psicología de la Salud* 2013; 2: 185 - 207
- <sup>17</sup> Cherniss C. *Staff Burnout: Job stress in human Services.* Beverly CA: Sage; 1980.
- <sup>18</sup> Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M.E., Domínguez, V. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Pública* 2004.; 78; 505 – 516.
- <sup>19</sup> Pines, A., Aronson, E. *Career Burnout. Causes and cures.* 1988. Manassero, M. A. y col. (1994): *Burnout en profesores: impacto sobre la calidad de la educación, la salud y consecuencias para el desarrollo profesional.* Memoria final de investigación. Madrid, MEC-CIDE.
- <sup>20</sup> Shirom, A. *Burnout in work organization. International Review of Industrial and Organizational Psychology.* Cooper CL, Robertson I. New York: Wiley; 1989.
- <sup>21</sup> Hombrados, M.I. *Estrés y Salud.* Valencia. Promolibro editorial. 1997.

- <sup>22</sup> Jenaro Río, C., Flores Robaina, N., González Gil, F. Síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2007; 7, (1): 109.
- <sup>23</sup> Palmer Y, Gomez-Vera A, Cabrera Pivaral C, Prince Velez R, Searcy R. Factores de riesgo organizacionales asociados al Síndrome de burnout en médicos anestesiólogos. *Salud Mental* 2005;8 (1):82-91.
- <sup>24</sup> Amigó Tadín, M. La investigación de la enfermería de urgencias en España a través de la base de datos CUIDEN (2000-2005). *Emergencias* 2008; 20: 299-307.
- <sup>25</sup> Avilés Serrano, M., Fernández Martín, G., González León, S., Gómez Higuera, J. Desgaste emocional del personal de enfermería en el servicio de urgencias. *Sociedad española de urgencias y emergencias* 2008. 59.
- <sup>26</sup> Garnés, A.F. Fuentes de estrés laboral en médicos de urgencia hospitalaria. *Avances en Traumatología* 2005; 35, 16-20.
- <sup>27</sup> Pinedo, A.M., González, M.C., Undebeytia, L. y Eugenia, M.A. Factores psicosociales que inciden en el estrés laboral de una Unidad de Urgencias (*Hygia*) 2005; 60, 23-28.
- <sup>28</sup> Bernaldo de Quirós Aragón, M., Labrador Encinas, F.J. Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2007; 7 (2): 323-335.
- <sup>29</sup> Gutiérrez Aceves, G.A., Celis López, M.A., Moreno Jiménez, S., Farias Serratos, F., Suárez Campos, J.J. Síndrome de Burnout. *Arch Neurocién (Mex)* 2006; 11 (4): 305-309.
- <sup>30</sup> Seisdedos, N. *Manual MBI, Inventario Burnout de Maslach*. Madrid. 1997: TEA.
- <sup>31</sup> Olivares Faúndez, V.E. Análisis de las Propiedades Psicométricas del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en Profesionales Chilenos. *Ciencia y Trabajo* 2011: 34, 217 – 221.

## Bibliografía

---

- <sup>32</sup> Carazo Zafra, P. El Síndrome de Burnout en los docentes. Descripción y prevención. *Innovación y experiencias educativas* 2010; 35.
- <sup>33</sup> Alvarado Calderón, K. Validez factorial de Maslach Burnout Inventory (Versión castellana) en educadores costarricenses 2009; 9 (1): 1 – 22.
- <sup>34</sup> Gil Monte, P.R., Peiró, J.M. Validez factorial del *Maslach Burnout Inventory* en una muestra Multiocupacional. *Psicothema*, 1999. Vol. 11, nº 3, pp. 679-689.
- <sup>35</sup> Malagón Aguilera, MC.; Juvinya Canal, D.; Bonmatí Tomás, A.; Fernández Peña, R.; Bosch Farré, C.; Bertrán Nogué, C. et cols. Sentido de coherencia de las enfermeras y validación del cuestionario SOC -13. *Metas de enfermería*, 2012; 15 (9): 27 – 31.
- <sup>36</sup> Vega Martínez, M.C. Validación de un cuestionario en Promoción de Salud: Sentido de Coherencia [SOC]. En: XVI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. INVESTEN. Promoción de la Salud. Murcia. 2012.
- <sup>37</sup> Rodríguez Morcillo, R. Factores Relacionados con los estilos de vida y el sentido de coherencia en los estudiantes de Enfermería. En: XVI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. INVESTEN. Promoción de la Salud. Murcia. 2012.
- <sup>38</sup> Montero-Pérez, F.J., Calderón de la Barca Gázquez, J.M., Muñoz Triano, E., Jiménez Murillo, L. Gestión clínica de un Servicio de Urgencias de Hospital mediante un cuadro de mando asistencial específico (II): indicadores asistenciales globales o de frecuentación. Junta de Andalucía. Conserjería de Salud y Bienestar social (Córdoba) 2010. Documento disponible en:[http://www.saludinnova.com/site\\_media/practices/CMA-URGENCIASII.pdf](http://www.saludinnova.com/site_media/practices/CMA-URGENCIASII.pdf).
- <sup>39</sup> Amaya, M.E., Milena Gaviarúa Gómez, A.M. Estilos de vida, bienestar psicológico y sentido de coherencia en los estudiantes adultos de la universidad de san buenaventura. Medellín (Colombia) 2007; 7 (2): 199-385.
- <sup>40</sup> Salazar Estrada, J.G., Ruvalcaba Romero, N.A. Factores psicosociales del trabajador en la industria manufacturera en México. *Trabajo y sociedad* 2013; 20.
- <sup>41</sup> Fernández Martínez, M.E., Mayo Chamorro L., García Mata, M.A., Liébana Presa, C., Fernández García, D., Vázquez Casares, A.M. Sentido de coherencia y salud percibida en alumnos universitarios de ciencias de la salud. En XXV Congreso ANESM. Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. Salamanca. 2008.

---

<sup>42</sup> Torsheim T., Aaroe L.E., Wold B. Sense of coherence and school-related stress as predictors of subjective health complaints in early adolescence: Interactive, indirect or direct relationships? *Social Science and Medicine* 2001; 53(5):603–614.