



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

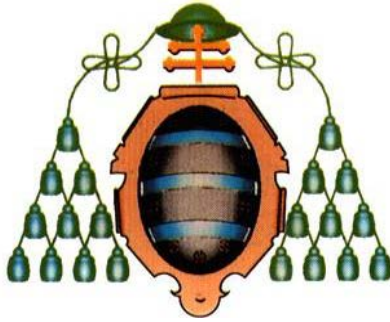
Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

“RESILIENCIA Y SINDROME DE *BURNOUT* EN EL PERSONAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DEL CABUEÑES DE GIJÓN”

Lorena Sánchez Vallina

28 de mayo de 2013

Trabajo Fin De Máster



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

“RESILIENCIA Y SINDROME DE *BURNOUT* EN EL PERSONAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DEL CABUEÑES DE GIJÓN”

Trabajo Fin De Máster

Autora: Lorena Sánchez Vallina

Tutora: M^a Mercedes Paino Piñeiro



MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

M^a Mercedes Paino Piñeiro, Doctor en Psicología por la Universidad de Oviedo, perteneciente al Departamento de Psicología y Área de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, por su condición del Profesor del Máster de Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo, CERTIFICA:

Que el Trabajo Fin de Máster presentado por Dña. **Lorena Sánchez Vallina** titulado **“RESILIENCIA Y SINDROME DE *BURNOUT* EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE CABUEÑES DE GIJON”**, realizado bajo la dirección de la Dra. **M^a Mercedes Paino 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, firma la presente certificación en Oviedo a 27 de Mayo de 2013.

Vº Bº

Fdo. M^a Mercedes Paino Piñeiro

Tutor del Proyecto

ÍNDICE

I.	<u>INTRODUCCIÓN Y MARCO TEORICO</u>	6
	i. <u>Concepto de estrés</u>	
	ii. <u>Síndrome de <i>burnout</i></u>	
	iii. <u>Resiliencia: concepto e historia</u>	
II.	<u>ESTADO ACTUAL DEL TEMA</u>	13
III.	<u>OBJETIVOS</u>	16
IV.	<u>MATERIAL Y MÉTODO</u>	17
	i. <u>Participantes</u>	
	ii. <u>Instrumentos</u>	
	iii. <u>Procedimiento</u>	
	iv. <u>Cronología</u>	
	v. <u>Plan de análisis</u>	
V.	<u>DISCUSIÓN</u>	26
VI.	<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	27
VII.	<u>ANEXOS</u>	34

I. INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

i. Concepto de Estrés

El estrés forma parte de la vida cotidiana y aunque en un principio, a dosis bajas haga que nos mantengamos alerta, según Rout y Rout *“es un proceso complejo en el cual el individuo responde a los estresores con un patrón de respuestas por parte del organismo que pueden ser fisiológicas, conductuales, cognitivas, emocionales o una combinación de éstas, al momento de ser interpretadas estas situaciones como amenazantes”*. Cuando esto repercute negativamente sobre el entorno laboral es considerado como patológico ¹⁻³.

Para dichos autores, estos estresores pueden ser tanto eventos vitales como pequeños incidentes de la vida diaria y la manera en que se viven, afrontan o resuelven determinan que la respuesta individual al estrés sea adaptativa (aprendizaje y satisfacción) o desadaptativa (desgaste e insatisfacción) ².

Cuando las respuestas al estrés son excesivas, frecuentes y duraderas, pueden producir trastornos en el organismo. Se agota la energía y las resistencias dejándolo más vulnerable ante los problemas de salud ⁴.

Tanto su aparición como su duración van a depender de la capacidad de afrontamiento individual ^{5, 6}.

Es un término utilizado frecuentemente, tanto a nivel profesional como entre la población, hasta el punto de existir diferentes significados y utilizaciones del mismo ³⁻⁷.

Según el modelo de Peter Warr (1987) los factores que más influyen en la salud mental del trabajador son ⁸: a) Autonomía; b) Uso de capacidades; c) Objetivos

externos; d) Variedad de la tarea; e) Claridad ambiental; f) Salario; g) Seguridad física; h) Relaciones interpersonales; i) Posición social.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el estrés es la enfermedad del s.XX y surge del desequilibrio entre las demandas que el trabajo exige y las capacidades de afrontamiento del trabajador ^{9,10}.

ii. Síndrome de *Burnout*

Como respuesta al estrés laboral crónico, surge el término "*burnout*" (estar quemado) que fue introducido por Herbert Freudenberg en 1974, como un tipo de estrés laboral o institucional que afecta más a profesionales que requieren contacto, entrega e implicación emocional hacia otras personas ¹¹⁻¹⁴.

Para definir el síndrome, Freudenberg se basó en las actitudes que aparecían en dichos profesionales, tales como incomprensión, frialdad en la atención o incluso muestras de agresividad. Ésta definición fundada por Freudenberg, ha sido plasmada en numerosos estudios posteriores ^{2, 15}.

Cherniss en 1980 ¹⁶ es uno de los primeros autores que señala el trabajo como antecedente en la aparición del *burnout* y lo define como "*cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes o con excesivas demandas*". Lo describe como un proceso de interacción entre estrés y tensión en el trabajo con 3 etapas:

- Desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés).
- Respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento (tensión)
- Cambios en actitudes y conductas (afrontamiento defensivo).

Con esta conceptualización, el autor será uno de los defensores iniciales de la importancia de las estrategias de afrontamiento como mediadoras en el proceso que conduce al trastorno. (En el presente estudio se pretende estudiar la resiliencia como una estrategia de afrontamiento).

En 1980, Edelwich y Brodsky ¹⁷, lo definen "*como una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo*" y explican 4 etapas de paso del *burnout*:

- Entusiasmo: alta motivación y expectativas del trabajador.
- Estancamiento: surge tras no cumplirse las expectativas iniciales.
- Frustración: fase central del síndrome, desmotivación y desilusión con problemas emocionales, físicos y conductuales.
- Apatía: falta de recursos para hacer frente a la frustración.

En 1976, la psicóloga Christina Maslach ¹⁸, lo calificó como "sobrecarga emocional" y culpa como causas del síndrome, las personales, profesionales e institucionales.

Este término, adquiere verdadera importancia en 1981, cuando Maslach y Susan E. Jackson lo definen desde una perspectiva psicosocial 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*", creando en 1986 y como culminación de sus estudios el *Maslach Burnout Inventory (MBI)* ¹⁹,

²⁰.

Lo describen como un síndrome tridimensional caracterizado por:

- Agotamiento emocional (AE): sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás.
- Despersonalización (DP): desarrollo de actitudes frías, negativas y deshumanización (insensibilidad hacia los pacientes)
- Baja realización personal (RP): sentimientos de fracaso y baja autoestima. Pérdida de motivación laboral.

En la actualidad se considera que este síndrome se manifiesta en respuestas ^{21,22}:

- Físicas: cefaleas, mialgias....
- Cognitivas: pensamientos negativos
- Emocionales: agotamiento emocional, frustración e impotencia.
- Actitudinales: aislamientos personal y absentismo laboral.

iii. **Resiliencia: concepto e historia**

Existen pruebas de cómo las personas son capaces de resistir al estrés, surge así el concepto de resiliencia que procede del latín y significa resilio, volver atrás. En diccionarios la capacidad de un material de volver a su estado normal tras estar sometido a presión ^{23, 24}.

Como consecuencia de esto, quienes elaboraron el concepto de resiliencia, consideran que equivale a la resistencia al estrés y a la adversidad ^{25, 26}.

En psicología cobra importancia con Michael Rutter, quien considera la resiliencia como la habilidad de continuar hacia adelante a pesar de las malas experiencias ²⁷.

Tiene su origen en 1955 con Emmy Werner y Ruth quienes se centraron en el desarrollo infantil y adolescente ²³.

Uno de los primeros conceptos de resiliencia se originó en psicología clínica, para entender cómo algunas personas pueden mantenerse estables a pesar de un alto riesgo de inadaptación cuando se exponen a la adversidad ²⁸.

En este contexto, los trabajos de Masten, Rutter y Werner han sido de referencia para otros investigadores.

Masten considera la resiliencia como un rasgo de personalidad que permite a la persona una mejor adaptación a la vida ²⁹.

Para Rutter, es *“caracterizar aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos”* ^{26, 27}.

E. E. Werner (1992) ³⁰, estudió la influencia de los factores de riesgo, como pobreza, sobrecargas físicas o exposición a peligros, todos ellos considerados procesos destructivos por Breilh, 2003 ³¹.

Los primeros estudios se llevaron a cabo con personas esquizofrénicas o aquellas que sufrieron hechos traumáticos en su niñez, siendo los estudios de Garmezy los considerados de referencia, quien considera la resiliencia como *“la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante”* ^{32, 33}.

Grotbert agrupó los factores protectores en cuatro categorías que promueven conductas resilientes: yo tengo, yo soy, yo estoy, yo puedo ³⁴.

- Yo Tengo: Personas de entorno en quienes confío, me quieren, me ponen límites para que aprenda a evitar los problemas y me enseñan la mejor manera de proceder.
- Yo soy: una persona respetuosa conmigo mismo y los demás, y feliz cuando hago algo bueno por los demás.

- Yo estoy: seguro de que todo saldrá bien y me responsabilizo de mis actor,
- Yo puedo: buscar la forma de resolver los problemas, hablar sobre cosas que me inquietan y encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.

Existe una interacción entre factores de riesgo y factores resilientes, por lo que su investigación y relación permitirá comprender como se produce esta adaptación ³⁵.

Para explicar, que distingue a aquellas personas resilientes de aquellas que no consiguen adaptarse, se han identificado una serie de características consideradas pilares de la resiliencia como son ^{34, 36}:

- Autoestima consistente: base del resto de los pilares. Tiene su origen en el afecto que recibe el niño por parte de un adulto.
- Introspección: arte de mirarse a uno mismo, reconociendo las propias emociones y depende a su vez de la propia autoestima.
- Independencia: saber definir límites emocionales y físicos entre uno mismo y situaciones adversas sin caer en el aislamiento.
- Capacidad de relacionarse o interacción: habilidad de intimar con otras personas manejando el equilibrio entre nuestra necesidad de afecto y el que le brindamos a los otros.
- Iniciativa: cualidad personal de iniciar una labor exigente.
- Humor: ver el lado bueno de las cosas, huyendo de pensamientos negativos.
- Creatividad: Es la capacidad de crear orden a partir del caos; hacer todo a partir de la nada. Es fruto de la capacidad de reflexión.

- Moralidad: es la base del buen trato hacia los demás, la capacidad de comprometerse
- Capacidad de pensamiento crítico: surge de la combinación de todos los anteriores y permite analizar las causas de la adversidad, proponiendo modos de enfrentarlas.

Por tanto, una persona con características resilientes es aquella capaz de establecer relaciones constructivas, analiza los problemas, posee iniciativa y se fija metas posibles de alcanzar ³⁷.

Promover la resiliencia en el entorno laboral, contribuye a la adaptación del trabajador mejorando su calidad de vida, ya que si los líderes aportan técnicas con metodología y humanismo para el desarrollo de la resiliencia, harán que los colaboradores estén a gusto y lleguen a una realización personal y a una superación ante la crisis ³⁵.

II. ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La incidencia de padecimiento de estrés laboral causa del 50-60% de las bajas laborales, según la Encuesta europea de riesgos nuevos y emergentes, y la incidencia de síndrome de *burnout* es mayor en personas que realizan un trabajo asistencial, como es el caso de médicos y enfermería.

Según algunos estudios, en enfermería un 25% de los trabajadores se vería afectado por este síndrome ¹⁰, y según el estudio realizado por Frade et al en 2009 ³⁸, la prevalencia de *burnout* en enfermería sería más elevado con un 16%. Éstas cifras aumentan en el caso del personal de enfermería de cuidados críticos ya que las condiciones de estrés a las que se ven sometidos a diario, les hace más propensos a padecer *burnout*, ocasionando un gran número de bajas laborales, que acarrearán consecuencias tanto a nivel humano como económico, observándose un alto nivel de agotamiento emocional y despersonalización en dichos profesionales ^{38, 39}.

En el estudio de Ríos et al, destacan altos niveles de agotamiento emocional (54.8%) y despersonalización (35.7%) ³⁹.

En estas unidades, el personal de enfermería se ve sometido a diario a lidiar con pacientes que tienen dolor, padecen enfermedades terminales, siendo necesaria una gran experiencia profesional de cara a tomar decisiones con implicaciones éticas y morales ^{10, 40, 41}.

Actualmente el *burnout* se investiga a nivel internacional mediante artículos que afirman sus consecuencias sobre la salud, dando lugar a enfermedades y patologías mentales que repercuten negativamente en el desempeño laboral, y

por consiguiente en las personas atendidas y en la institución en la que sirve el trabajador ^{42,43}.

Para su aparición es imprescindible la unión entre el comportamiento individual ante la situación de estrés y la presión en el entorno de trabajo, siendo el personal de enfermería su primer blanco, debido al tipo de tarea multidisciplinar que realiza ⁴³⁻⁴⁵.

Las causas o factores personales, que llevan a que se desencadene dicho síndrome, no están bien definidas, aunque existen estudios que indican que estas variables se pueden dividir en 2 grandes grupos ⁴⁶⁻⁵⁰:

- Personales: edad, sexo, estado civil, entrenamiento profesional, número de hijos
- Estructura del trabajo y organizacionales: sobrecarga de trabajo, relaciones con el equipo laboral, antigüedad, turnicidad, salario.

La literatura científica actual demuestra que el desarrollo de resiliencia no indica patología, sino una forma de sobrellevar a la adversidad.

Para el profesional de enfermería, el desarrollo de la resiliencia ayuda a una mejor optimización de las estrategias de intervención, mediante la movilización de los recursos que tiene a su alrededor, ya sean personas o servicios.

Cortes, J en 2010 ⁵¹, en su estudio, relaciona la resiliencia con el modelo de enfermería de Dorothy Johnson y conceptualiza que la resiliencia nos lleva a trabajar con un enfoque interdisciplinario poniendo en práctica el enfoque "bio-psico-social".

La literatura reciente muestra la importancia de promover resiliencia, siendo

necesario continuar con nuevas investigaciones que expliquen la adaptación ante la adversidad que consigue una personal resiliente ³⁶.

Desarrollar la resiliencia, es decir la capacidad de recuperarse ante la adversidad y aprender de experiencias, hace posible, como cuenta Michael Rutter (1993), tener una vida “sana” viviendo en un medio “insano” ^{26, 27}.

III. OBJETIVOS e HIPÓTESIS

Objetivo general:

- Analizar la relación entre niveles de resiliencia y síndrome de *burnout* en el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Cabueñes de Gijón.

Objetivos específicos:

- Examinar los niveles de resiliencia en el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Cabueñes de Gijón.
- Tratar de determinar la presencia o no del síndrome de *burnout* en dicha población.
- Identificar, más específicamente, en nuestra muestra de estudio, la posible relación entre el nivel de resiliencia y cada uno de los factores que constituyen el síndrome de *burnout*.

Hipótesis:

Basándonos en la literatura previa sobre el papel de la resiliencia como factor protector de estrés y adversidad, la hipótesis de partida es que se encontrará una relación inversa entre los niveles de resiliencia y síndrome de *burnout* en el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Cabueñes de Gijón.

IV. MATERIAL Y MÉTODO

i. Diseño del estudio

Se llevará a cabo un estudio descriptivo, transversal y correlacional con los datos que resulten de las respuestas dadas a los distintos cuestionarios que se entregarán al personal de enfermería de cuidados críticos de hospital de Cabueñes de Gijón.

ii. Participantes

Los sujetos a estudio, serán el personal de enfermería del Hospital de Cabueñes de Gijón (enfermeros/as y auxiliares de enfermería).

La unidad consta de 50 enfermeras y 23 auxiliares de enfermería que prestan su trabajo en turno rotatorio (2 mañanas – 2 tardes – 2 noches – 3 días de descanso) siendo este:

- turno de mañana 8:00-15:00
- turno de tarde 15:00-22:00
- turno de noche 22:00-8:00

Criterios de inclusión:

- Aceptación y firma del consentimiento informado.
- Ser enfermera o auxiliar de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del hospital de Cabueñes de Gijón.
- Llevar más de 6 meses de trabajo continuo en la unidad.
- Cumplimentación de los cuestionarios que serán proporcionados.

Criterios de exclusión:

- Incumplimiento de uno o más de los criterios de inclusión.

iii. Instrumentos

CUESTIONARIO VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS ⁴⁶⁻⁵⁰(Anexo 1)

Cuestionario que recogerá algunas de las variables más utilizadas en estudios previos y que por ello permitirá obtener información relevante para el estudio.

Contemplará Edad, Sexo, Estado civil, Nº de hijos, Categoría profesional, Años de profesión, Situación laboral, Satisfacción laboral, Turnicidad.

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI) ⁵²(Anexo 2)

Se utilizará el cuestionario MBI en su versión traducida al castellano por Seisdedos en 1997 y que ha sido utilizada en numerosas investigaciones ^{10, 53, 54}. Ésta escala tiene una alta consistencia interna medida con el alpha de Cronbach obteniéndose unos valores de: 0,9089 para cansancio emocional; 0,7532 para despersonalización; 0,8133 para realización personal y 0,6870 para *Burnout* ¹⁰ total y una fiabilidad cercana al 90% ⁵⁵, está compuesta por 22 ítems en forma de afirmaciones en escala tipo Likert a cerca de los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y tiene como finalidad medir el desgaste profesional.

Los profesionales, deben valorar con una puntuación de 0-6 la frecuencia con la que experimentan las situaciones reflejadas en los ítems siendo:

- 0-nunca
- 1-alguna vez al año o menos

- 2-una vez al mes o menos
- 3-algunas veces al mes
- 4-una vez a la semana
- 5-varias veces a la semana
- 6-a diario.

Se realiza en 10-15 minutos y mide las tres dimensiones del *burnout* en subescalas:

- cansancio o agotamiento emocional (AE): se recoge mediante 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20), con cuatro posibilidades de respuesta. Hace referencia a la disminución o pérdida de recursos emocionales, saturación o cansancio emocional en el trabajo. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome, es decir, cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de *burnout* experimentado por el sujeto.
- despersonalización (DP): se recoge mediante 5 ítems (5, 10, 11, 15 y 22) valoradas igual que la dimensión anterior y valora el grado en que se reconoce una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención. Cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la despersonalización y el nivel de *burnout* experimentado por el sujeto.
- realización personal (RP): se recoge mediante 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21) con las mismas condiciones anteriores. Se describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo. Cuanto mayor es la puntuación en

esta subescala mayor es la realización personal y menos estará afectado el sujeto.

A la hora de interpretar los datos se debe tener en cuenta que mientras que en las subescalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización, puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado, en la subescala de realización personal ocurre a la inversa, bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse.

Los valores de cada subescala (AE, DP y RP), se obtienen sumando la puntuación de cada ítem, y de esta manera atendiendo a la literatura, se categorizará en niveles de bajos medios o altos las puntuaciones de:

- AE: bajo<19; medio19-26; alto>27. Puntuación máxima de 54
- DP: bajo<8; medio9-12; alto>13. Puntuación máxima de 30
- RP: bajo<16; medio17-22; alto>23. Puntuación máxima de 48

Sumando las puntuaciones de las 3 subescalas, se considera que las puntuaciones de MBI son:

- bajas entre 1 y 33
- media entre 34 y 66
- 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.

ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG ⁵⁶ (Anexo 3)

Esta escala que mide el grado de resiliencia individual fue elaborada por Wagnild & Young en 1993 ⁵⁸.

La versión en español fue desarrollada por Heilemann, Lee y Kury en 2003 ⁵⁷.

Consta de 25 ítems, que el sujeto a estudio puntuará de acuerdo a una escala tipo likert de 7 puntos, donde 1 es en desacuerdo, y un máximo de acuerdo es 7.

Ésta escala a su vez está dividida en 2 dimensiones:

- Competencia personal (17 ítems) que indica: autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia.
- Aceptación de uno mismo y de su vida (8 ítems) que indica: adaptabilidad, flexibilidad y una perspectiva de vida estable junto con un sentimiento de paz a pesar de la adversidad.

Éstas dos dimensiones incluyen características de la resiliencia, como son:

Satisfacción personal (4 ítems), ecuanimidad (4 ítems), sentirse bien solo (3 ítems), confianza en sí mismo (7 ítems), perseverancia (7 ítems) y satisfacción personal (4 ítems).

La puntuación total se obtiene de la suma de la puntuación de cada uno de los ítems oscilando entre 25-175 puntos, correspondiendo altas puntuaciones a una mayor resiliencia.

Según Wagnild:

- >145: resiliencia moderadamente alta-alta
- 125-145: niveles de resiliencia moderadamente bajos a moderados.
- <120: poca capacidad de resiliencia.

La consistencia interna de esta escala es adecuada, siendo el alpha de Cronbach de 0.94 para el total de la escala y 0,9 y 0,8 para cada uno de los factores (competencia personal y aceptación de uno mismo y su vida) respectivamente, lo que indica una consistencia interna excelente de la escala total y buena con respecto a cada uno de los factores⁵⁸.

Todo esto sugiere que la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young es confiable. Los estudios citados por Wagnild y Young dieron confiabilidades de 0.85 en una muestra de cuidadores de enfermos de Alzheimer.

iv. Procedimiento

Se llevará a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital de Cabueñes de Gijón, constituido por 14 camas y un ratio de enfermera-paciente 1:2 y auxiliar de enfermería-paciente 1:4.

Antes del comienzo del estudio, se llevarán a cabo las pautas para la obtención de los permisos necesarios previos a su realización: autorización del gerente del hospital y la solicitud al Comité Ético de Investigación Clínica Regional de Principado de Asturias. (Anexo 4)

También se informará de la realización del mismo tanto a la dirección de enfermería como a la supervisión de la unidad.

Previo al inicio del estudio, se llevarán a cabo reuniones, en el salón de actos del Hospital de Cabueñes, con el personal a estudio, con el fin de dar instrucciones con respecto a la cumplimentación de los cuestionarios y entregar los mismos.

Éstos cuestionarios, se entregarán en un sobre junto con el consentimiento informado (anexo 5), y una vez cumplimentados se harán llegar a la supervisora,

quien los guardara en su despacho, donde el investigador irá a recogerlos una vez por semana, a no ser que surja alguna duda con respecto al estudio, en este caso se presentará las veces que sea preciso.

v. Cronología

- Enero y febrero 2013: búsqueda bibliográfica
- Marzo 2013: solicitud de los permisos necesarios para llevar a cabo el proyecto.
- Abril y Mayo 2013: diseño del estudio de investigación.
- Junio 2013: entrega y recogida de los cuestionarios.
- Julio y agosto 2013: análisis estadístico de los datos recogidos.
- Septiembre 2013: finalización del estudio y presentación.

vi. Plan de análisis

A. Variables medidas:

- **Resiliencia:**

Se categorizará como:

- Variable cuantitativa, atendiendo a la puntuación total obtenida en la escala mediante la suma del total de los ítems.
- Variable cualitativa politómica atendiendo a los valores.
 - >145: resiliencia moderadamente alta-alta
 - 125-145: niveles de resiliencia moderadamente bajos a moderados.
 - <120: poca capacidad de resiliencia.

- **Burnout:**

Se categorizará como:

- Variable cuantitativa, según la puntuación obtenida al sumar las puntuaciones de la totalidad de los ítems.
- Variable cualitativa dicotómica atendiendo a:
 - Si *burnout*: puntuaciones altas en Agotamiento emocional y Despersonalización y baja en Realización Personal.
 - No *burnout*: en caso contrario al anterior.

Así mismo, cada uno de los factores que intervienen en el síndrome de *burnout* (AE, DP, RP), se categorizarán de forma cualitativa politómica, de manera alto medio o bajo, atendiendo a los puntos de corte establecidos en la bibliografía y que divide dichos valores en éstos niveles.

B. Variables sociodemográficas:

- **Edad:** variable cuantitativa ordinal politómica 22-32; 33-43; 44-54; 55-65
- **Sexo:** cualitativa dicotómica nominal categorizada en hombre; mujer
- **Estado civil:** variable cualitativa dicotómica nominal categorizada en con pareja; sin pareja;
- **Nº de hijos:** variable cuantitativa discreta
- **Categoría profesional:** variable cualitativa dicotómica nominal categorizada enfermera; auxiliar de enfermería
- **Años de profesión:** variable cuantitativa continua
- **Situación laboral:** variable cualitativa politómica nominal categorizada como fijo; interino; eventual

- **Satisfacción laboral:** variable cualitativa politómica ordinal baja; media; alta
- **Turnicidad:** variable cualitativa politómica nominal fijo; con noches; sin noches.

C. Análisis de datos:

El análisis de los datos se hará con el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 15.0 ⁵⁹.

Para obtener el grado de resiliencia, se hallarán las frecuencias y porcentajes, tomando el grado de resiliencia como variable cualitativa en alta, baja o poca capacidad de resiliencia.

Para obtener la presencia de *burnout*, se hallarán las frecuencias y porcentajes, categorizando el *burnout* de forma cualitativa dicotómica Si/No según se obtengan puntuaciones altas en Agotamiento emocional y Despersonalización y baja en Realización Personal o viceversa.

Con el fin de dar respuesta al objetivo principal, utilizaremos el índice de correlación de Pearson, a partir de las puntuaciones totales en cada una de las escalas.

Con el fin de obtener la relación de la resiliencia con cada uno de los factores que constituyen el síndrome *burnout* (AE, DP, RP), se utilizará la prueba de Chi-cuadrado para ver la relación resiliencia-AE; resiliencia-DP; resiliencia-RP

V. DISCUSIÓN

El presente estudio no ha sido llevado a la práctica por limitaciones en la cronología planteada, pero si se espera poder desarrollarlo en un futuro.

Dado que enfermería, por la labor que desempeña, y más el personal de unidades de cuidados intensivos, son quienes son más propensos a padecer el síndrome de *burnout*, es importante el estudio de la resiliencia.

Ésta investigación tiene por objetivo realzar la resiliencia como variable protectora de la salud física y mental e implica una serie de conductas y maneras de pensar y de actuar que cualquier persona puede aprender a desarrollar.

El camino hacia la resiliencia no es fácil, ya que implica un considerable estrés y malestar emocional, a partir del cual las personas son capaces de seguir con sus vidas frente la adversidad.

Es por todo esto que promover la resiliencia ayuda a mejorar la calidad de vida de las personas a partir de como perciben y enfrentan las situaciones.

La relevancia de dicho estudio recae en la inexistencia de estudios previos en el hospital de Cabueñes, así como encontrados que relacionen resiliencia y *burnout* como tal⁶⁰⁻⁶².

Si se llegara a demostrar, que la posesión de resiliencia influye de manera positiva en el *burnout*, se podrían crear talleres en los que se enseñaría a los profesionales a alcanzar la resiliencia, aceptando de esta manera las adversidades y acoplarse a ellas.

Una vez alcanzado ese estado de resiliencia, la prevalencia de *burnout* podría disminuir, y con él las bajas laborales y mejoraría la atención de enfermería.

VI. BIBLIOGRAFIA

1. Rout U, Rout J. Stress management for primary health care professionals. Hingham, MA: Kluwer Academic Publishers. 2002.
2. Carmona F, Sanz L, Marín D. Relaciones entre el Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería: Factores sociodemográficos y reactividad al estrés. *Enferm Científ.* 2002;238-239:33-39.
3. Martín P, Slanova M, Peiró J. El estrés laboral; ¿Un concepto cajón-de-sastre? *Proyecto social: Revista de relaciones laborales.* 2003;10(11):167-185.
4. Rodriguez R, Roque Doval Y, Moleiro O. Estrés laboral, consideraciones sobre sus características y formas de afrontamiento. *Rev. int. psicol.* 2002;3(1).
5. Pardo A, Fernández C, Gusiñé F, Sales D. Los profesionales de Enfermería y la necesidad de comodidad, reposo y sueño. *Rev Enferm.* 1985;83:51-55.
6. Escribá Agüir V, Más Pons R, Cárdenas Echegaray M, Burguete Ramos MD, Fernández Sánchez R. Estresores laborales y bienestar psicológico. *Rev Enferm.* 2000; 23(7-8): 506-511.
7. Sandín B. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *IJCHP.* 2003;3:141-157.
8. Warr PB. *Work, unemployment, and mental health.* Oxford: Clarendon Press. 1987.
9. Gil-Monte, P. Falta de reciprocidad en los intercambios sociales como antecedente del “síndrome de quemarse por el trabajo” (*burnout*) en

- profesionales de enfermería: un estudio longitudinal. *Revista de Psicología social aplicada*. 2001;11(1):21-31.
10. Albadalejo R, Villanueva R, Ortega P, astasio P, Calle M, Dominguez V. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2004;78(4):505-516.
 11. Buendía J, Ramos F. El síndrome de burnout: concepto, evaluación y tratamiento. *Empleo, estrés y salud*. 2001;33-57.
 12. De las Cuevas C, González de Rivera JL, De la Fuente JA, Alviani M, Ruiz-Benítez A. *Burnout* and reaction to stress. *Rev Med Univ Navarra*. 1997;41:10-18.
 13. Freudenberg H. Staff *burnout*. *J Soc Issues*. 1974;30(1):159-65.
 14. Edwards D, Burnard P, Coyle D, Fothergill A, Hammigan B. Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2000;7(1):7-14.
 15. Rubio, J. Fuentes de estrés, Síndrome de *burnout* y Actitudes disfuncionales en Orientadores de Instituto de Enseñanza Secundaria. Tesis doctoral no publicada. Cáceres: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Extremadura. 2003.
 16. Cherniss C. *Staff burnout: job stress in human services*. Beverly CA: Sage. 1980.
 17. Edelwich J, Brodsky A. *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. Human Sciences Press. New York. 1980.
 18. Maslach C, Jackson S. *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto. California Consulting Psychol Press 1986.

19. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced *burnout*. *Journal of Occupational Behaviour*. 1981; 2:99-113.
20. Maslach C, Jackson S. *Burnout* in health professions: A social Psychological analysis. En G. Sanders y J. Suls, (Eds), *Social Psychology oh health and illness*. Hillsdale N.J.: Lawrence Erlbaum. 1982.
21. Flórez JA, Flórez Lozano JA. *Terapia integral para el médico quemado*. Edit. Menarini (Cuscó, S.A.), Barcelona, 2003.
22. Guerrero Barona E, Vicente-Castro F. *Síndrome de burnout o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado*. Tesis doctoral no publicada. Cáceres: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Extremadura. 2001.
23. Kotliarenko MA, Cáceres I, Foncilla M. *Estado del arte en resiliencia*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. 1997.
24. Becoña E. Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*. 2006;11(3):125-146.
25. Garmezy N. Stress-resistant children; The search for protective factors. *Recent research in developmental pasychopathology*. 1985;4:213-233.
26. Rutter M. Resilience: Some conceptual considerations. *J. Adolesc. Health*. 1993;14(8):626-31.
27. Rutter M. Implications of resilience Concepts for Scientific Understandind. *Annals New York Academy of Sciences*. 2006;1094:1-12.
28. Luthar SL, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*. 2000;71(3):543-62.

29. Masten AS. Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. 1994.
30. Werner EE, Smith EE. Overcoming the odds: High-risk children from birth to adulthood. Ithaca, NY: Cornell University Press. 1992.
31. Breilh J. Epidemiología Crítica, Ciencia emancipadora e intercultural. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2003.
32. Luthar SS. Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities. Cambridge University Press. 2003.
33. Garmezy N, Masten AS, Tellegen, A. The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. Child development. 1984; 97-111.
34. Melillo A, Suárez N, Ojeda E. Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós. 2001; p.35-41.
35. Infante F. La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. En: Melillo, A. y Suarez Ojeda E. (comp) Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós. 2001. p.32-53.
36. Grotberg E. Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós, 2001; 23-25.
37. Saavedra, E. El Enfoque Cognitivo Procesal Sistémico, como posibilidad de intervenir educativamente en la formación de sujetos Resilientes: Estudio de Casos, Tesis Doctoral Universidad Valladolid. 2003.
38. Frade Mera MJ, Vinagre Gaspar R, Zaragoza García I, Viñas Sánchez S, Antúnez Melero E, Álvarez González S, et al. Síndrome de burnout en

- distintas Unidades de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*. 2009;20(4):131-140.
39. Ríos Risquez MI, Godoy Fernández C, Peñalver Hernández F, Alonso Tobar AR, López Álcara F, López Romera A, et al. Estudio comparativo de burnout en personal de enfermería de Cuidados Intensivos y Urgencias. *Enferm Intensiva*. 2008;19(1):2-13.
40. Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. 2009. Disponible en: http://osha.europa.eu/es/publications/reports/es_esener1-summary.pdf
41. Casado A, Muñoz G, Ortega N, Castellanos A. Burnout en profesionales de los servicios paliativos, intensivos y urgencias de un gran hospital. *Med Clin(Barc)*. 2005;124(14):554-6.
42. Gil-Monte P, Peiró J. *Desgaste psíquico en el trabajo*. Madrid: Síntesis. 1997.
43. Gándara- Martín JJ, De Dios Francos A, García Moja C, Fuertes Rocañín JC. *Estrés y trabajo. El síndrome de burnout*. Madrid: Cauce Editorial. 1998.
44. De Pablo González R, Suberviola JF. Prevalencia del síndrome de *burnout* o desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria. *Aten Primaria* 1998;22(9):580-84.
- 45.: De la Peña E, Sanz JC, Garrido J, Carvajal J, Galán R, Herrero A. Factores relacionados con el estrés profesional en personal de enfermería del área de salud de Badajoz. *Enferm clín*. 2002;12(2):59-64.

46. Thomson S. Stress and the female doctor. *Occup Health*. 1995;47(10):344-345.
47. Byone G. Stress in women doctors. *Br J Hosp Med*, 1994;5: 267-268.
48. Olivar C, González S, Martínez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria*. 1999;24(6):352-359.
49. Orozco P, García E. Factores que influyen en el nivel de cansancio laboral de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 1993;12(3):135-38.
50. Luecken L, Edward C. Stress in employed women: impact of marital status and children at home on neurohormone output and home strain. *Psychosomat Med*. 1997;59(4):352-59.
51. Cortés Recaball JE. La resiliencia: una mirada desde la enfermería. *Ciencia y enfermería*. 2010;16(3):27-32.
52. Maslach C, Jackson S. Maslach *Burnout Inventory* Palo Alto, California. 2ª ed. Consulting Psychologists Press. 1986.
53. Seisdedos N. MBI. Inventario de *burnout* de Maslach. Madrid: TEA. 1997.
54. Parraga, J. Eficacia del programa I.R.I.S. Para reducir el síndrome de *burnout* y mejorar la disfunciones emocionales en profesionales sanitarios. Tesis Doctoral no publicada. Cáceres; Servicio de Publicaciones de la universidad de Extremadura. 2005.
55. Moreno-Jiménez B, González JL, Garrosa E. Variables sociodemográficas en el proceso de desgaste profesional de enfermería. *Rev Enferm*. 2002;25(11):18-26.

56. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric validation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas.* 1993;1(2):165-178.
57. Heilemann MV, Lee K, Kury FS. Psychometric properties of the Spanish version of the Resilience Scale. *J Nurs Meas.* 2003;11:61-72.
58. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas.* 1993;1:165-177.
59. Lorenzo-Seva U, Ferrando PJ. FACTOR: a computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behav Res Instrum Comput.* 2006;38:88-91.
60. Menezes de Lucena VA, Fernández B, Hernández L, Ramos F., Contador I. Resiliencia y el modelo burnout-engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema.* 2006;18(4):791-796.
61. Moreno B, Morett NI, Rodríguez A, Morante ME. La personalidad resistente como variable moduladora del síndrome de *burnout* en una muestra de bomberos. *Psicothema.* 2006;18(3):413-418.
62. Ríos Rísquez MI, Carrillo García C, Tebar S, de los Ángeles E. Resiliencia y Síndrome de Burnout en estudiantes de enfermería y su relación con variables sociodemográficas y de relación interpersonal. *IJPR.* 2012;5(1):88-95.

VII. ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Este cuestionario es totalmente confidencial, solo se buscar recoger información relevante dentro del estudio. Gracias.

Edad: 22-32 33-43 44-54 55-65

Sexo: hombre mujer

Estado civil: con pareja sin pareja

Nº de hijos:

Categoría profesional: enfermera auxiliar de enfermería

Años de profesión:

Situación laboral: fijo interino eventual

Satisfacción laboral: baja media alta

Turnicidad: fijo con noches sin noches

ANEXO 2. MASLACH *BURNOUT* INVENTORY

Los datos obtenidos con este cuestionario serán confidenciales. A continuación le muestro el cuestionario y la forma de cumplimentarlo.

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que usted siente los enunciados:

0= NUNCA; 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS; 2= UNA VEZ AL MES O MENOS; 3= UNAS POCAS VECES AL MES; 4= UNA VEZ A LA SEMANA; 5= POCAS VECES A LA SEMANA; 6= TODOS LOS DÍAS.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

ANEXO 3: ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG

Complete la escala en función que esté de acuerdo o desacuerdo con lo que siente.

ITEMS	EN DESACUERDO			4	DE ACUERDO		
	1	2	3		5	6	7
1. Cuando planeo algo lo realizo							
2. Generalmente me las arreglo de una manera u otra							
3. Dependo más de mi mismo que de otras personas							
4. Es importante para mi mantenerme interesado en las cosas							
5. Puedo estar solo si tengo que hacerlo							
6. Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida							
7. Usualmente veo las cosas a largo plazo							
8. Soy amigo de mi mismo							
9. Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo							
10. Soy decidido/a							
11. Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo							
12. Tomo las cosas una por una							
13. Puedo enfrentar las dificultades porque lo he experimentado anteriormente							
14. Tengo autodisciplina							
15. Me mantengo interesado/a en las cosas							
16. Por lo general, encuentro algo de qué reírme							
17. El creer en mí mismo me permite atravesar tiempo difíciles							
18. En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar							
19. Generalmente puedo ver una situación de varias maneras							
20. Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera							
21. Mi vida tiene significado							
22. No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada							
23. Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida							
24. Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer							
25. Acepto que haya personas a las que yo no les agrado							

ANEXO 4: AUTORIZACIÓN PROYECTO INVESTIGACIÓN GERENCIA DEL

AREA SANITARIA V

SOLICITUD	
Investigador/es:	
Tutor/ Asesor metodológico:	
Titulo del proyecto de investigación:	
Fecha:	

REVISIÓN UNIDAD DE INVESTIGACIÓN		
¿Precisa autorización de la Dirección?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Precisa visto Bueno de la Comisión de Investigación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Se adjunta Acta nº
¿Precisa autorización del Comité Ético de Investigación Clínica en Asturias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Se adjunta informe

AUTORIZACIÓN
Leído el proyecto y vistos los informes de la Comisión de investigación y, en su caso, del Comité Ético de Investigación Clínica en Asturias, la Gerencia del Área V /Dirección de Asistencia Sanitaria y Salud Pública del Área V, autoriza la realización del proyecto con las siguientes consideraciones:
Consideraciones:

ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por Lorena Sánchez de la Universidad de Oviedo

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar unas encuestas. Esto tomará aproximadamente 45 minutos de su tiempo, importante que se realicen fuera del horario laboral.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.

Sus respuestas al cuestionario serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Le agradezco su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Lorena Sánchez. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es investigar la resiliencia y síndrome de *burnout* en la unidad de cuidados críticos

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha