

El diario y el estudio de casos como estrategias didácticas en la formación de enfermeras reflexivas

Diarios

La escritura de un diario supone ejercitar la reflexión. Los diarios se engloban en el paradigma de "escribir para reflexionar".

Estudio de Casos

Los casos son la base para los debates y análisis que conducen al pensamiento reflexivo. Esta actividad se considera básica para la formación de profesionales reflexivos porque potencia que los alumnos dialoguen entre sí, compartan sus comprensiones y reconstruyan sus significados en un proceso de reflexión continuo.



995 €
ONLINE

500 HORAS
20 ECTS

Experto universitario en nefrología, diálisis y trasplante

Edición: 58ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 200 Preguntas tipo test, 22 Supuestos y Tesina de investigación

universidad
SANJORGE
GRUPO SANVALERO



5. Síndrome de burnout en profesionales de enfermería del área de salud mental del HUCA. Salud y factores etiológicos

M^a Isabel Fernández Carballido

Graduada en Enfermería. Oviedo

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Definición del síndrome

Nuestra rutina diaria de vida implica afrontar estrés, entendido como pauta de adaptación al entorno inmediato y a nuestra capacidad para satisfacer las necesidades de supervivencia. Dicho mecanismo implica ajustar nuestro perfil conductual manifiesto y no manifiesto a las demandas externas según sus diferentes contextos y en función de sus peculiaridades. Es por ello que constituye la base de supervivencia de la propia especie desde primate a persona moderna. Cuando el sistema que configura a la persona a nivel emocional y conductual funciona correctamente, se da un equilibrio entre las demandas reales y/o percibidas, el esfuerzo invertido y la satisfacción experimentada subjetivamente (eustrés), de forma que el sistema funciona de manera adecuada y ofrece sensaciones internas vinculadas a la salud con vitalidad, creatividad y energía que deriva en relajación. Motivo por el cual, la propia persona se manifiesta como agente de salud autónoma y heterónoma en el desempeño propositivo de sus actividades. Sin embargo, cuando se dan desequilibrios entre las demandas y las respuestas, se desencadenan desórdenes a todos los niveles (interactivas, conductuales, sensaciones subjetivas de malestar, somatizaciones, correlatos fisiológicos negativos,...). En este caso, hablamos de disestrés o estrés negativo, definido por una pauta adaptativa incorrecta, improductiva y/o dañina.

En la línea de razonamiento expuesta, nos surge el interés por estudiar el Burnout. Un fenómeno vinculado al ámbito del estrés laboral y definido por la Organización mundial de la Salud en el año 2000 como *la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación*¹. Definición que nos permite vislumbrar el desarrollo de la conciencia social como problema de este síndrome que desestabiliza la salud del individuo que la padece. Por otro lado, se encuentra también reconocido en la Clasificación internacional de enfermedades dentro del apartado "*problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida*" CIE10- Z73.0², no encontrándose aún reconocido como trastorno mental en el manual diagnóstico DSM-V. Asimismo, las personas que sufren este síndrome han sido diagnosticadas en algunos países europeos con el síndrome

de “neurastenia”, como trastorno mental de tipo neurótico, caracterizado por una fatiga aparentemente inexplicable que cursa tras haber realizado esfuerzos mentales o físicos importantes. La consecuencia más notable de la neurastenia es, precisamente, la disminución de la eficacia para solucionar tareas diarias.

Lo cierto es que el referido síndrome implica una deshumanización y distanciamiento personal dentro del ámbito laboral, implicando la pérdida de implicación e identidad con la finalidad de su tarea. Por lo tanto, implica una realidad esencial en el estudio de la salud laboral y del logro de una buena praxis dentro del campo de la enfermería. Ambos motivos nos llevan a plantear un estudio concreto dentro del ámbito laboral de la salud mental en nuestro Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Un servicio de salud que implica la importancia de esa doble vertiente referida, debido al elevado grado de desgaste que implica un trabajo directo e intenso con pacientes que requieren un implicación personal que llega, en muchos casos, más allá de la propia profesión elegida por el profesional de la enfermería. En este sentido, trataremos de establecer un diseño de estudio que nos permita analizar los tres componentes básicos del Burnout (Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal) que a continuación pasaremos a definir. Además, trataremos de buscar explicaciones a nivel etiológico, fundamentándonos en el estado de salud percibida y variables de índole organizacional y de estilos personales de afrontamiento.

1.2. Historia y definición inicial

Sería necesario comenzar desgranando el devenir histórico en el abordaje conceptual del síndrome del quemado. El vocablo proveniente del inglés, *burnout* (del inglés *burned-out*: que literalmente significa “quemado” y, figuradamente, “saturado de trabajo”). Se refiere al padecimiento fundamentado en una respuesta continua de estrés en el organismo humano, como consecuencia de factores emocionales interpersonales manifestados en el entorno laboral. Este padecimiento incluye síntomas como la ineficacia en el afrontamiento del trabajo, la negación de los hechos ocurridos y, sobre todo, una fatiga física crónica y persistente.

El concepto comienza a desarrollarse en 1930 cuando Selye introduce conceptos concretos, mostrando una serie de síntomas comunes en diferentes individuos, tales como: cansancio, pérdida de apetito, reducción de peso, astenia, etc. Lo denominó “*síndrome de estar enfermo*”³. Identifica, además, tres fases de la presencia del estrés: alarma, resistencia y agotamiento. De tal forma que la persona afectada por el estrés, puede necesitar ayuda o auxilio profesional dentro del mismo ambiente de trabajo⁴.

El *burnout* es también conocido como síndrome del trabajador desgastado, de desgaste profesional, de desgaste ocupacional o del trabajador consumido, entre otros. Bradley es el autor que en 1969⁵ acuña dicha categoría, y la utilizó como símbolo de una fenomenología de naturaleza psico-social en relación con un grupo profesional específico: oficiales de policía vinculados a los presos en libertad condicional. No obstante, sería Freudenberg en 1974⁶ cuando aborda el término “burnout” haciendo referencia a sentimientos de

agotamiento, fatiga o frustración asociados al cansancio por sobrecarga, informando además de un desequilibrio en la producción. Posteriormente, en 1988⁷ profundiza en su estudio, delimitando que este problema implicaría un “(...) deterioro y cansancio excesivo progresivo unido a una reducción drástica de energía (...) acompañado a menudo de una pérdida de motivación (...) que a lo largo del tiempo afecta las actitudes, modales y el comportamiento general”.

En 1976, la psicóloga social Maslach⁸, retoma el término y desarrolla el Maslach Burnout Inventory (MBI), la herramienta de investigación más empleada hasta el momento, con el fin de evaluar el síndrome de *burnout*. Ofreciendo con su teoría el núcleo esencial en cuanto a planteamientos y metodología de nuestro trabajo de investigación. Dicha investigadora define el síndrome de *burnout* como un síndrome –tridimensional– constituido por este orden en: un agotamiento emocional (vinculado a sentimientos de agotamiento de los recursos de índole emocional y desgaste), una despersonalización (que implicaría desarraigo y sentimiento de endurecimiento afectivo, distanciamiento hacia los pacientes y negativismo vital) y una baja realización personal (que implica una reducción en los sentimientos de competencia y de logro en entornos laborales).

Debemos entender el síndrome como de naturaleza crónica y progresiva, de no aparición súbita. Motivo por el cual, resultaría en principio más sencilla su identificación. Además, se va desarrollando en una sucesión de etapas que, encajarían perfectamente con los 3 subfactores ya descritos, y que Edellwich y Brodsky identifican en 1980⁹ del siguiente modo:

1. *de Entusiasmo e Idealismo*: Fase inicial en que el profesional realiza su trabajo con mucha ilusión y vive su realidad laboral de un modo estimulante, lleno de energía y niveles de aspiraciones y logros altos. Los conflictos se convierten en algo anecdótico y pasajero pero siempre encuentra solución y se valoran como positivos para el desarrollo profesional.
2. *de Estancamiento*: Las expectativas se perciben como no cumplidas y los objetivos no alcanzados o difíciles de conseguir.
3. *de Frustración*: Etapa fundamental donde surgen problemas emocionales, físicos y conductuales derivados de la desmotivación. Comienza un período de desilusión y desencanto hacia el trabajo idealizado.
4. *de Apatía*: Se desarrolla conciencia de imposibilidad para cambiar la realidad, optando por rendirse y resignarse.
5. *de Distanciamiento*: Asistencia al trabajo con frustración y sentimientos de vacío o decepción. Ello deriva en una menor implicación y dedicación de tiempo efectivo. Su motivación es fundamentalmente económica.
6. *de Burnout*: Sistema agotado deriva en el rendimiento personal y la somatización de la situación. Enfermedad física y mental, siendo imposible el desempeño profesional. Aparecen con fuerza los síntomas característicos arriba referidos como subfactores del síndrome.

El profesional afectado por el *Burnout* tiene un sentimiento fuerte de impotencia, ya que acostumbra a estar agotado permanentemente. Además, se convierte en una persona anhedónica, sin capacidad para disfrutar. Del mismo modo, este estado sostenido, independientemente del tiempo con que cuente para realizar sus tareas, terminará padeciendo depresión, insatisfacción o hipersensibilidad emocional. Dichos síntomas cursan en tres dimensiones distintas: agotamiento, escepticismo (*cynicism*) y la actitud distante hacia trabajo y pacientes. Por último, destacar la sensación de ineficacia o incompetencia para el trabajo.

En lo que se refiere a la población de riesgo, no es de extrañar que García-Izquierdo ya señale en 1991¹⁰ que es un problema característico de los *“servicios humanos”* y de los profesionales dedicados a la enfermería. Consecuentemente serían dentro de estos profesionales, más expuestos a padecer el síndrome de *burnout*, aquellos en los que existe una interacción humana intensa o duradera entre trabajador y usuario-cliente-paciente. De hecho, el síndrome de *Burnout* es mucho más recurrente entre el personal socio-sanitario: enfermeros, psicólogos, médicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, etc.; respecto a otras variables socio-demográficas tales como el género, existen estudios de Campbell et al. que, en 2011¹¹, demuestran que es mayor la prevalencia entre las mujeres.

En 1986, Maslach y Jackson¹², elaboran un manual de evaluación y sintetizan la siguiente descripción *“un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”*. Destaca aquí el hincapié que hacen de las diferencias individuales (como de personalidad previa), por el contrario de la influencia de las condiciones objetivas profesionales del trabajo.

1.3. Modelos teóricos: entre lo individual y lo organizacional

Son innumerables los autores que irán retomando el concepto de un modo más vinculado a las condiciones laborales. Pudiendo citar por su relevancia histórica a Brill en 1984¹³, que reclama la necesidad de una intervención externa para reajustar laboralmente y recuperar la salud perdida. También destacan en esta línea, Pines y Aronson que en 1988¹⁴, proponen una definición más amplia, trascendiendo a otros ámbitos laborales no tan directamente vinculados a las demandas emocionales interpersonales y sí a factores organizativos y preventivos propiamente tales como la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo, el estilo de supervisión y las oportunidades de aprendizaje continuo y desarrollo de la carrera con las que cuente la persona trabajadora. Dentro de las demandas propiamente laborales, se han considerado fundamentalmente factores como el conflicto y la ambigüedad de rol, los eventos estresantes, la sobrecarga y las presiones. Entre los recursos protectores resaltan el apoyo social y las oportunidades de mejora laboral, a través de un mayor control, autonomía y participación en la toma de decisiones. En todo caso, también se establece la relevancia de ciertos factores de carácter actitudinal y conductual como correlatos y consecuencia del *burnout*. La voluntad por abandonar la organización ha sido interpretada como uno de estos resultados.

Serán dos autores españoles, Peiró et al., quienes en 1993¹⁵ resaltan la dificultad para consensuar lo que define a un estresor ocupacional como antecedente necesario del *burnout*. Además, existen discusiones históricas constatadas respecto a los criterios del constructo, donde Meier defendía en 1984¹⁶ que constaba de validez convergente y discriminante, mientras que Moreno et al. en 1991¹⁷ discrepa planteando que era muy cuestionable.

En la línea organizacional señalada, ciertos *“predictores”*, entendidos como demandas y recursos, se van relacionando con cada una de las dimensiones del *burnout*. Citar en esta tesitura el trabajo de Lee y Ashforth de 1993¹⁸, donde indican que el estrés de rol afecta directamente sobre el agotamiento emocional y conlleva una despersonalización indirecta, a través de la citada dimensión agotamiento emocional. Asimismo, dentro del meta-análisis elaborado esos mismos autores en 1996¹⁹, se demuestra la correlación de diferentes estresores laborales (ambigüedad y conflicto del rol, sobrecarga, eventos estresantes, estrés del rol y presión en el trabajo) de forma intensa con la dimensión agotamiento emocional. No obstante, logran también una relación positiva entre esos factores organizativos y la despersonalización laboral.

La rotación de turno y el horario laboral de los profesionales sanitarios podría conllevar la presencia del síndrome, siendo la enfermería el campo profesional donde mayor influencia existe. Existen investigaciones más recientes sobre el estrés ocupacional que señalan el entorno físico y las características estresantes del puesto de trabajo, el desempeño del rol laboral, las relaciones de trabajo, el desarrollo de la carrera en la organización, las formas organizativas, la propia estructura, el clima organizacional y la implantación de nuevas tecnologías, como desencadenantes de dicho fenómeno en el ambiente laboral. En esta línea destacan desde los trabajos de Peiró en 1992²⁰ hasta los de Shih et al. en 2013²¹. En el otro extremo *“preventivo”* y *“protector”*, se ponen de relieve la importancia del apoyo social y la autonomía en el puesto de trabajo. Proponiendo autores como Lee et al. en 2013²² que la mejor estrategia de afrontamiento podría ser el empoderamiento del propio trabajador sobre sus condiciones laborales.

El marco de trabajo organizacional ha sido muy estudiado en años recientes, ya que se sabe, posee un potencial suficiente para crear por sí una sensación persistente de malestar e insatisfacción. En esta línea se ha definido la relación entre *burnout* y sobrecarga laboral en profesionales de naturaleza sanitaria o sociosanitaria/asistencial, de tal forma que se constata una disminución en calidad y cantidad de prestaciones ofrecidas por los profesionales afectados. Wilson et al. en 1989²³ ya definen esta cuestión aunque, a pesar de todo ello, no identifican claramente una relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición del síndrome. También, Patlan en 2013²⁴ relaciona sobrecarga y calidad de vida. Por su parte, Fernet et al. en 2013²⁵, resaltan el valor de las variables mediadores que modulan, tales como la autonomía percibida sobre la competencia y la relación. En este sentido, Gascon et al. en 2013²⁶, van a enfatizar, además, un fenómeno como el de las agresiones físicas cual factor facilitador del fenómeno. Del mismo modo que el salario, el nivel laboral

y el género han sido invocados como factores que afectarían al desarrollo de Burnout, su relación que parece evidente no queda tan clara en referencias recientes tales como Basińska et al. en 2013²⁷ o Font en 2012²⁸. Siendo Jung quien en 2013²⁹, resalta el papel mediador y regulador del “estado anímico”.

Gandoy et al. en 2009³⁰, estudiarán cuestiones relacionadas con conflictos, personalidad y valores de motivación en el estrés laboral de profesionales de la enfermería en centros de la tercera edad. Su conclusión final no les permitió vincular las dos últimas cuestiones con una mayor prevalencia del estrés en esos entornos de trabajo.

Por su parte, autores como Pinder en 2013³¹, concluyen la necesidad de abordar propuestas concretas de investigación que relacionen la tensión en los lugares de trabajo y el agotamiento, especialmente cuando se relaciona con la violencia como mecanismo de la referida tensión emocional, destacando el género como factor de riesgo.

Regresando al ámbito individual, autores como Godoy-Fernández et al. en 2011³² han estudiado el síndrome de quemarse por el trabajo, la personalidad resistente y el malestar psicológico en personal de enfermería. Para ello, uno de los instrumentos empleados ha sido el Inventario de *Burnout* de Maslach. En sus resultados, los tres concluyen la importancia de las variables individuales y la personalidad resistente (o “dureza”), a nivel protector sobre el síndrome de *burnout* y sus efectos sobre la salud.

Dentro del enfoque individualista, Greifer en 2005³³, identifican la capacidad desarrollada para trascender ante la adversidad en las propias vidas personales, etiquetando de “vocacionalmente resistentes” (o “resilientes ocupacionales”). Motivo por el cual se verían menos afectados los profesionales con ciertas características de personalidad y de afrontamiento dentro de una organización que, simplemente, potencie la participación. En este sentido, resaltan una serie de variables internas y socio-demográficas tales como: la influencia de los estilos personales de afrontamiento (centrados en el problema), el optimismo, la escrupulosidad, el locus de control interno, el humor, la espiritualidad, la significación atribuida al trabajo, el género, la edad, la madurez y la relajación de afrontamiento a la hora de cimentar el compromiso laboral y la capacidad de resistencia y recuperación frente al desgaste laboral.

En línea con la anterior orientación hacia el individuo, Garrido et al. en 2009³⁴, parten de conceptos tales como la transferencia y contra-transferencia o la traumatización vicaria en profesionales que abordan casos que implican maltrato en el paciente. Demostrando niveles medios de agotamiento vinculados a variables tales como la cualificación profesional, los años de experiencia y otras cuestiones de satisfacción laboral. Al tiempo, exponen que las cuestiones organizativas e internas de los equipos de trabajo, mostrarían baja relación con el síndrome.

Haciendo referencia a variables internas y personales, Haber et al. en 2013³⁵, sugieren que la satisfacción vital y la compasión es un indicador asociado a la protección ante el desgaste laboral.

Otros trabajos más recientes como los de Cañadas-de la fuente et al en 2015³⁶, demuestran una elevada prevalencia de burnout en las profesionales de enfermería. Para ellas, las variables de género, edad, estado civil, nivel de asistencia sanitaria, turno de trabajo y departamentos específicos de servicio, predicen claramente la dimensión del burnout. Analizando, complementariamente, la incidencia de los rasgos de personalidad sobre el síndrome y logrando identificar un repertorio predictivo desde el neuroticismo, la aceptación, la extraversión y la escrupulosidad, sobre al menos dos dimensiones del síndrome en este colectivo. Concluyendo así que la consideración de estos rasgos de personalidad sería necesaria para la elaboración de perfiles de riesgo en la profesión de enfermería.

1.4. Impacto personal y organizacional

De todo lo expuesto se puede concluir que el constructo Burnout comienza a abordarse en investigación asociada al entorno laboral, hace poco más de cuarenta años, de un modo controvertido y cada vez más intenso. Existen autores como Gillespie que en 1980³⁷ ya resaltan la importancia de los elevados costos que supone su impacto a nivel individual y organizacional, urgiendo la investigación en este campo. Más cerca en el tiempo y el espacio, Flórez en 1994³⁸, justifica el alto nivel de absentismo laboral entre estos profesionales por problemas de salud física y psicológica, siendo frecuentes los estados depresivos, que derivan en situaciones más graves como la automedicación, el consumo de psicofármacos o el incremento de hábitos tóxicos marcados por el alcohol y otras drogas De Paula et al. en 2014³⁹ o Galbraith et al. en 2015⁴⁰, corroboran estas cuestiones en fechas aún más recientes.

La aportación de Moreno et al. en 2001⁴¹, resulta bajo nuestro punto de vista, fundamental en el estudio del síndrome de *burnout* y las consecuencias asociadas de un modo estructurado. Dichos autores identifican cuatro bloques interrelacionados pero diversos: el Emocional (con efectos como la depresión, indefensión, hostilidad o supresión de sentimientos); el Cognitivo (donde destacan la pérdida de valores y la modificación del autoconcepto); el Conductual (manifestado en absentismo, conductas inadaptativas o evitación de decisiones); y, finalmente, el Social (destacado por la evitación profesional, los conflictos interpersonales, la formación de grupos críticos o la evitación de contactos).

Rescatando los entornos hospitalarios, Green et al. ofrecen un estudio epidemiológico en 2013⁴² que pone de manifiesto la influencia de ciertas cuestiones, tales como: las expectativas y la capacidad de adaptación a las cargas de trabajo variables. Logran determinar unos niveles óptimos en la dotación de recursos humanos, demostrando una no relación entre absentismo y falta de personal en los casos de motivación endógena (programación de número de profesionales). Complementariamente, el ausentismo constante de naturaleza exógena, sí se demostró vinculado a tasas más elevadas de absentismo en personal de enfermería con aversión a variaciones de incremento sobre la carga laboral.

En esa misma línea de impacto del burnout sobre el absentismo, Diestel et al. elaboran en 2014⁴³, un modelo transversal integrador que relaciona condiciones y unidad de trabajo por una parte y absentismo por otro. En su estudio estadístico logran demostrar la influencia del entorno social y la satisfacción colectiva a la hora de reducir el burnout y mejorar las tasas de absentismo.

1.5. Factores epidemiológicos y análisis en el campo de la enfermería

Partiendo de las dificultades comparativas existentes en la literatura científica para comparar las diversas estimaciones acerca de la prevalencia, podemos vislumbrar de entrada la dificultad añadida que implica analizar la interdependencia existente entre los diferentes los factores epidemiológicos detectados, que podemos referir como “de riesgo”.

En la actualidad se identifican líneas de trabajo que parecen revestir cierta definición. Siguiendo a Garcés de los Fayos et al. en 2012⁴⁴, podemos acotar cuatro vertientes diferenciadas, destacando entre ellas aquella que se refiere a la identificación de variables predictoras del burnout. Desde un enfoque más investigador hasta otro más aplicado, se diferencian por su volumen de publicación los bloques: sanitario, social-familiar, deportivo y personal. Todos ellos como contextos de estudio circunstancial del fenómeno, tal y como destacan Harris y Smith en 2009⁴⁵.

Martínez y Guerra ya habían realizado un estudio epidemiológico en el año 1997⁴⁶ de interés respecto a los enfoques teórico-prácticos en el sector sanitario al vincularlo con la desmotivación y las tasas de absentismo profesional. En dicho estudio, tratan de aportar un conjunto de caracterizaciones de las variables epidemiológicas universales que posibiliten una aproximación al perfil de riesgo profesional sanitario, concluyendo que las diferencias encontradas por género se definen en la dimensión del cansancio emocional, siendo mayor en las mujeres de conformidad con la propia Maslach. Por su parte, los mayores de 44 años de edad también fueron los más agotados emocionalmente y menos realizados. Dichos planteamientos coinciden con la bibliografía más relevante en esta materia.

En la misma línea anterior de resultados, Gosseries et al. en 2012⁴⁷, realizan un estudio epidemiológico del síndrome usando el MBI en profesionales de enfermería que trabajan con pacientes lesionados cerebrales graves y de mínima consciencia. Los resultados obtenidos permiten vincular la profesión como la variable que más correlaciona con el agotamiento laboral. Siendo las variables del lugar de trabajo y cantidad de tiempo invertido en contacto directo, las variables de mayor influencia. En su estudio, la afectación llega al 18% de afectados, especialmente en población femenina. Lo más llamativo es que la despersonalización llega a ser incluso superior al agotamiento (36% vs. 33%).

Discrepando con el anterior estudio, Slade en 2014⁴⁸ se centra en el colectivo de enfermería geriátrica, investigando los niveles de estrés, afrontamiento y burnout según diversas variables socio-demográficas que no se demostrarán significativas (edad, género, nivel educativo, horarios laborales, categoría profesional,...). Sin embargo, en su estudio sí lo-

gra identificar una relación significativa entre agotamiento emocional y realización personal a la hora de predecir el burnout. Siendo la despersonalización poco significativa en el síndrome y en la calidad de atención prestada a los usuarios.

Por lo tanto, respecto a aspectos propiamente epidemiológicos del burnout, no existe un acuerdo único aunque sí se estiman ciertas coincidencias en determinadas variables. Sobre la antigüedad profesional encontramos un acuerdo no pleno. Existiendo autores que detectan una relación positiva hacia el síndrome, manifestada en los períodos inferiores a los dos años o superiores a los diez de experiencia. Concretamente se estima un periodo de especial sensibilización y vulnerabilidad por edad en los primeros años de carrera profesional, vinculado probablemente a la etapa de expectativas idealistas hacia la práctica profesional. Reconociendo ya en este período vital laboral que las recompensas exógenas y endógenas a nivel personal, profesional y económico no coinciden con lo esperado. Siendo la cuestión parcialmente contra-argumentada por otros autores como Naisber y Fenning en 1991⁴⁹ al referir precisamente una relación inversa justificada porque los sujetos que más burnout experimentan, acaban por abandonar la profesión, siendo los más antiguos los que mejor han sabido gestionarlo y por ello continuando en su empleo.

Si bien respecto a la variable de género, sería principalmente el grupo femenino el más vulnerable, que por razones diversas (algunas de carácter social o antropológico) tales como la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y familiar; así como por la elección de determinadas especialidades profesionales como señala Aranda en 2006⁵⁰. Ramírez y Lee en 2011⁵¹, enfatizarán la satisfacción y el clima laboral en función de la variable género.

En relación al estado civil, parece ser que no tener una pareja estable o ser soltero correlaciona en mayor medida con el cansancio emocional, la baja realización y una mayor despersonalización. En la misma línea, la existencia de hijos hace que estas personas resulten más resistentes al síndrome, posiblemente por la tendencia hacia la madurez y estabilidad personal o la mayor implicación familiar como mecanismo de desarrollo para el afrontamiento de problemas o conflictos emocionales de un modo más realista según exponía ya Atance en 1997⁴⁷ o Aranda en 2006⁴⁸.

1.6. Investigaciones recientes en el ámbito de la salud mental

En este apartado trataremos específicamente la situación de las principales investigaciones realizadas actualmente (2017) con personal de enfermería en el ámbito de la salud mental. Todos ellos parecen estar abordando la determinación de las variables organizativas sobre el síndrome, si bien suelen considerar variables individuales en la modulación de su efecto. Se realiza una revisión sobre publicaciones científicas relacionadas con el burnout y desarrolladas en enfermería durante los últimos 4 años. Se consultaron diferentes bases de datos (Dialnet, Medline,

PsycINFO, PubMed Central), así como el directorio de revistas con acceso abierto (DOAJ). En todos los casos, se limitó la búsqueda al intervalo 2014-2018. Se utilizaron descriptores en inglés ("burnout in nursing") y español ("burnout en enfermería"). Los criterios establecidos fueron: 1) Estudios que analicen aspectos concretos de burnout en servicios especializados de enfermería y 2) que aporten datos empíricos sobre el estado de la cuestión. De un total de 19.000 publicaciones, cuando concretamos estos descriptores en el ámbito de la "salud mental", las publicaciones se limitan a 4.500. Fueron seleccionadas 4 que abordan servicios relacionados con la salud mental.

Comenzar citando a Ruíz et al. que en 2017⁵⁴ defiende que la forma en que se configura el sistema de trabajo facilita factores que pueden resultar estresantes a nivel ocupacional, afectando a todos los participantes. Dichos profesionales, los afrontan a través de sus recursos personales, los recursos disponibles o las redes de apoyo y la experiencia adquirida. Entre las variables organizativas, refiere que los principales estresores ocupacionales son unos recursos físicos desfavorables o ausentes, las propias características del paciente, la sobrecarga de trabajo, los conflictos interpersonales, una falta de preparación y una falta de puntualidad en el cobro del salario. Como resultado, se encontraron cambios en la salud mental del personal y la provisión de los servicios provistos.

También en 2017, Marin y Ebony⁵⁵ determinan un 30% de su muestra con un nivel alto de burnout y un 40% medio. Dentro de este nivel medio, la distribución en los 3 subfactores del burnout sería uniforme en toda la muestra. Además, entienden que no existe una asociación significativa con el perfil socio-demográfico en cuanto a las dimensiones de despersonalización y realización personal.

Quispe en 2017⁵⁶, refieren baja prevalencia del síndrome en su muestra. Si bien, detectan tendencia alta en los niveles de cansancio emocional y despersonalización. Resalta los factores de protección (apoyo familiar y hábitos saludables). Cuando analizan detalladamente la dimensión cansancio emocional, identifican elevados niveles en profesionales poco motivados, fatigados y agotados por los horarios rotativos, la antigüedad y las demandas constantes de los pacientes. Este agotamiento genera vulnerabilidad hacia el padecimiento de ansiedad y depresión. Respecto a la despersonalización, refieren niveles altos vinculados a personal insensible y con bajas habilidades interpersonales y de empatía. En un campo donde los usuarios padecen trastornos psiquiátricos, esta circunstancia parece ser la determinante. Finalmente, respecto a la realización personal encuentran ambivalencias entre niveles altos y moderados, relacionados con cuestiones de estabilidad laboral, logro de metas profesionales y reconocimiento.

Finalmente, García en 2017⁵⁷ concluye la no existencia de este riesgo en trabajadores que participan en su investigación. Si bien, reconoce que su muestra no es significativa. En todo caso, reconoce la importancia del riesgo y plantea una serie de recomendaciones preventivas.

1.7. Justificación

El Principado de Asturias cuenta con una unidad especializada en salud mental, dentro del Hospital Universitario Central de Asturias (en adelante HUCA). Dicha unidad implica la hospitalización de pacientes y cuenta con una plantilla actual de 79 profesionales de la enfermería (23 enfermeras y 56 auxiliares de enfermería). Un colectivo no abordado en ninguna investigación previamente conocida y, especialmente, sensible a este fenómeno por la naturaleza de su actividad. Teniendo en cuenta que el rol asumido dentro de las funciones y tareas diarias llevadas a cabo por este perfil profesional en la unidad de "Hospitalización psiquiátrica", implica un contacto constante, intenso e irregular respecto a sus dinámicas comunicativas con las personas usuarias, supone todo un reto lograr conocer de primera mano cuál es su realidad potencial de queme profesional. Por otra parte, el perfil de usuario ha ido variando con los años, suponiendo a día de hoy una diversidad muy amplia, lo cual implica un estrés añadido sobre las pautas profesionales más adecuadas a la hora de abordar su intervención diaria.

Al respecto de lo anteriormente señalado, referir ciertos datos (58,59) que ofrecen una perspectiva de demanda. Así, en 2014, en número de 84 camas para una estimación de 31.545 estancias. Pasando por su parte en 2016 a ser de 101 camas para una estimación de 32.173 estancias. La duración media de la hospitalización ha ido incrementándose ligeramente desde 12,76 días en 2014 a 13,65 en 2016. Se trata pues de una estancia que podríamos calificar de media, con todas las implicaciones que ello conlleva a la hora de establecer una continua dinámica de conocimiento y confianza con pacientes que cambian constantemente. Dicha actividad se divide de forma diferenciada en "Atención a Adultos" y "Atención Infanto-Juvenil".

Del análisis realizado hasta el momento, parece sobradamente justificada la negativa repercusión laboral sobre toda la organización y sobre cada profesional trabajador, del síndrome objeto de nuestro interés. Podemos estimar costes de índole económica, social, emocional y personal. El Burnout es un verdadero problema de salud laboral en el ámbito profesional de la enfermería que, no estando aún reconocido como enfermedad profesional, merece un trabajo específico y sistemático a nivel de prevención de riesgos laborales y de mejora de la propia actividad profesional. En este sentido, su repercusión sobre la calidad asistencial y de servicios del ámbito público, se estima esencial. Motivo que le otorga un doble valor añadido a su estudio específico y detallado.

Debido a que la fenomenología psicósomática que acarrea el síndrome de burnout parece ser, a día de hoy, prevenible, diagnosticable e intervenible; resulta esencial conocer sus grados de prevalencia o incidencia, cara a proponer medidas de prevención y/o intervención eficaces y adecuadas. En este sentido, y con el objeto de discriminar inicialmente los colectivos más sensibles o vulnerables, haremos un análisis diferencial socio-demográfico y profesional fundamentado en cuestiones de género, edad, años de profesión y de servicio en esta área,...; así como de otras variables que se muestren significativas durante

el estudio. Así mismo, analizaremos las correlaciones con el estado de salud de este colectivo (síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave) y el burnout profesional.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1. Hipótesis

- *Hipótesis nula (H0)*. Los profesionales de enfermería en el área de salud mental del HUCA no presentan niveles significativamente elevados del síndrome de Burnout y dicha situación no afecta a su salud.
- *Hipótesis alternativa (H1)*. Los profesionales de enfermería en el área de salud mental del HUCA presentan niveles significativamente elevados del síndrome de Burnout y dicha circunstancia daña su salud.

2.2. Objetivos

- *Objetivo principal*
 - » Conocer el nivel de queme laboral y de salud que muestran los profesionales de enfermería especializados en salud mental del HUCA, así como sus principales condicionantes socio-demográficos, profesionales, organizativos e individuales.
- *Objetivos secundarios*
 - » Determinar el análisis diferencial de los diferentes componentes del queme profesional, según variables socio-demográficas y profesionales.
 - » Conocer las diferencias en los componentes de salud de los profesionales en función del grado de queme profesional y sus subfactores.
 - » Establecer las variables organizativas y/o individuales que permiten predecir cada uno de los niveles que definen el síndrome de queme profesional, así como a éste en su totalidad.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo, transversal y analítico.

3.2. Población a estudio

Todos los profesionales de las categorías de enfermería y auxiliar de enfermería o técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, del área de salud mental del HUCA.

Los criterios de inclusión son los siguientes:

- Que estén trabajando en este momento en la referida área.
- Que acepten participar en el estudio.
- Que cumplimenten el 100% de los cuestionarios y hoja de recogida de datos.

Los criterios de exclusión son los siguientes:

- Que no estén trabajando en la referida área.
- Que no acepten participar en el estudio.
- Que no cumplimenten el 100% de los cuestionarios y hoja de recogida de datos.

3.3. Variables socio-demográficas y profesionales

- *Sub-área de destino (Adultos/Infanto-Juvenil)*: Variable cualitativa discreta dicotómica.
- *Categoría profesional (Enfermera/Auxiliar de Enfermería)*: Variable cualitativa discreta dicotómica.
- *Género (Masculino/Femenino)*: Variable cualitativa discreta dicotómica.
- *Edad*: Variable cuantitativa continua que especifica la edad cronológica de la persona en el momento de cubrir el cuestionario.
- *Antigüedad profesional*: Variable cuantitativa continua que especifica años y meses completos de servicio profesional en el ámbito de la enfermería.
- *Antigüedad en el servicio*: Variable cuantitativa continua que especifica años y meses completados en el área de salud mental.

3.4. Instrumentos y factores a estudio

- *Hoja de registro de variables socio-demográficas y profesionales*: Se diseña una hoja de recogida de datos (Anexo 1) para la recogida de variables socio-demográficas y profesionales.
- *Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)*: Para evaluar el síndrome de burnout y sus 3 dimensiones se aplicará el "Maslach Burnout Inventory" (MBI). Concretamente se utiliza la versión MBI-HSS ("Human Services Survey"), especialmente dirigido a profesionales de la salud (Anexo 2). Dicho instrumento de medida estandarizado, consta de 22 ítems y mide 3 dimensiones diferentes y complementarias: Agotamiento emocional; Despersonalización; y Realización personal. Su cumplimentación implica valorar en un rango de 6 puntos que van de "nunca" a "diariamente", la frecuencia con que experimenta cada una de las situaciones descritas en los referidos ítems.

Se trata de una escala validada internacionalmente y que cuenta con alta consistencia interna (0.8) y unas fiabilidades que oscilan el 0.9 para el Agotamiento emocional, 0.79 para la Despersonalización y 0.71 para la Realización personal. De ahí que sea la escala más aceptada y utilizada en investigación relacionada con este síndrome.

Los ítems agrupados determinan la presencia del síndrome en cada una de las dimensiones que lo componen:

- *Agotamiento personal (9 ítems)*: Definido por la vivencia de estar exhausto emocionalmente debido a las deman-

das. Constituida por los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Puntuación máxima: 54 puntos.

- *Despersonalización: (5 ítems):* Definido por sentimientos y actitudes negativas hacia el paciente. Constituida por los ítems 5, 10, 11, 15, 22. Puntuación máxima: 30 puntos.
- *Falta de realización personal (8 ítems):* Definido por sentimientos de autoeficacia y realización personal. Constituida por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. Puntuación máxima: 48 puntos.

Una elevada puntuación en los factores "Agotamiento personal" y "Despersonalización", combinado con una baja puntuación en el factor "Realización personal" definen la presencia positiva del síndrome.

Los valores de referencia para la interpretación del cuestionario están representados en la Tabla 1:

Tabla 1. Valores de referencia de las dimensiones del cuestionario MBI (Riesgo de burnout).

Subescalas/nivel de riesgo	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento Emocional (AE)	≤ 18	19-26	≥ 27
Despersonalización (D)	≤ 5	6-9	≥ 10
Realización Personal (RP)	≤ 33	34-39	≥ 40
Burnout (total)	≤ 33	34-66	≥ 67

- *Test de Salud General de Goldberg (GHQ-28):* Para evaluar el estado de salud en relación a 4 factores, se utiliza el Cuestionario de Salud General (GHQ-28), de Goldberg y Hillier (1979) (Anexo 3). Dicho instrumento de medida estandarizado, consta de 28 ítems y mide 4 dimensiones diferentes y complementarias sobre la salud física y psicológica: Síntomas somáticos; Ansiedad/Insomnio; Disfunción social; y Depresión grave. Su cumplimentación implica valorar en un rango de respuesta orientada a una escala ordinal de 0 a 3 puntos, la frecuencia con que percibe cada una de las situaciones descritas en los referidos ítems, vinculadas al último mes.

Se trata de una escala validada internacionalmente y que cuenta con alta consistencia interna (0.94) y unas fiabilidades que oscilan el 0.9 para la Sintomatología somática, 0.92 para la Ansiedad/Insomnio, 0.79 para la Disfunción social y 0.93 para la Depresión grave. Al tiempo, los cuatro factores son clasificables en otros dos con buena consistencia interna: Salud (0.77) y Enfermedad (0.94). De ahí que sea la escala más aceptada y utilizada en la investigación acerca de esta cuestión.

- *Cuestionario sobre "Factores Psicosociales. Método de Evaluación" del INSHT (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo) (F-PSICO):* Para evaluar las condiciones organizacionales en relación a 9 factores, se utiliza el FP-SICO del INSHT (Anexo 4). Dicho instrumento de medida estandarizado, consta de 75 ítems y mide 9 dimensiones

diferentes y complementarias sobre los factores organizacionales psicosociales: Tiempo de trabajo (4 ítems), Autonomía (12 ítems), Carga de trabajo (11 ítems), Demandas psicológicas (12 ítems), Variedad/Contenido (7 ítems), Participación/Supervisión (11 ítems), Interés por el trabajador/Compensación (8 ítems), Desempeño de rol (11 ítems) y Relaciones y apoyo social (10 ítems). Su cumplimentación implica valorar en un rango de respuesta orientada a una escala ordinal de 0 a 10 puntos, la frecuencia con que percibe cada una de las situaciones descritas en los referidos ítems (0 a 4 = satisfactorio, 4,01 a 6,99 = intermedio y 7 a 10 = nocivo). Para su análisis se utiliza la versión FPSICO 3.1 del programa "Factores psicosociales. Método de evaluación" que edita el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Se trata de una escala validada a nivel nacional y que cuenta con excelente fiabilidad a nivel global (0.895) y unas fiabilidades que oscilan valores adecuados o buenos, exceptuando el "Tiempo de trabajo" que se erige como adecuada pero con déficits.

- *Cuestionario sobre Modos de Afrontamiento del Estrés de Carver, Scheier y Weintraub:* Para evaluar el afrontamiento del estrés en relación a 13 modos y 2 funciones, se utiliza el Cuestionario sobre Modos de Afrontamiento del Estrés de Carver, Scheier y Weintraub (1989) (Anexo 5). Dicho instrumento de medida estandarizado, consta de 52 ítems y mide 13 modos diferentes y complementarios sobre el estilo de afrontamiento que se sintetizan en 2 funciones de afrontamiento: Dirigido al problema; y Dirigido a la emoción. Su cumplimentación implica valorar en un rango de respuesta orientada a una escala ordinal de 1 a 4 puntos, el grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación. Las estrategias incluidas son por un lado las que suponen estrategias de afrontamiento activo de los problemas: búsqueda de apoyo social emocional, búsqueda de apoyo social instrumental, planificación y afrontamiento activo, desahogo, reinterpretación positiva, humor, aceptación, religión y auto-culpabilización y por otro las estrategias de afrontamiento evitativo: auto-distracción, negación, consumo de alcohol y drogas y desconexión conductual.

Se trata de una escala validada internacionalmente y que cuenta con alta consistencia interna (>0.60 en población española para todas sus escalas). Además, su fiabilidad test-retest llega a valores de 0.96.

3.5. Procedimiento

La recogida de datos de este proyecto de investigación se llevará a cabo entre el 1 de septiembre de 2018 hasta 1 de marzo 2019. Previamente, tramitaremos el permiso del Comité de ética regional de Investigación del Principado de Asturias (Anexo 6). Además, solicitaremos la autorización a Coordinación de Enfermería del Área de Salud Mental del HUCA (Anexo 7) y, previo al inicio se informará a todos los profesionales los objetivos del estudio, el procedimiento, solicitud de consentimiento y colaboración para poder llevarlo a cabo. En esta línea, se entregará y explicará de forma detallada a los profesionales de enfermería del citado servicio la finalidad del estudio y la forma de cumpli-

mentación de los cuestionarios, garantizando el anonimato y confidencialidad de los datos proporcionados (Anexo 8). En este encuentro, se ubicará una caja precintada para la recogida de los cuestionarios, informando de la fecha tope para su recogida, y se instará y agradecerá la colaboración. Teniendo en cuenta el trabajo a turnos del área, se estimarán 20-30 días para la recogida de la referida caja. Tras su retirada, se procederá a realizar el análisis de los resultados de las encuestas.

Contaremos con ciertos recursos aportados por el investigador principal: carpeta con los cuestionarios, bolígrafos, caja precintada para la recogida de las encuestas una vez cumplimentadas, ordenador y software estadístico SPSS.

3.6. Tratamiento de datos y análisis estadístico

Para el análisis de datos y obtención de resultados se realizará una base de datos mediante el paquete estadístico SPSS para Windows. En ella, realizaremos una descripción de las variables de estudio por medio de la determinación de frecuencias absolutas, relativas, medidas de tendencia central y de dispersión. En este sentido, para el estudio de las variables se realizará de la siguiente manera:

1. Para la descripción de las variables cuantitativas utilizaremos la media aritmética como medida de tendencia central, la desviación típica y el rango para la medida de dispersión de los datos.
2. Para la descripción de las variables cualitativas utilizaremos las frecuencias totales y porcentajes para describir este tipo de variables.

Posteriormente, para la comparación de distintas variables utilizaremos el Test de Kolmogorov-Smirnov o ANOVA según sea normal la distribución de los datos o variables politómicas. En el caso de las dicotómicas, usaremos U de Mann Whitney. Para las variables cualitativas se usará Chi Cuadrado. Se acepta como valor estadísticamente significativo una p menor o igual a 0.05.

Cronograma

	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo
Decisión tema investigación							
Revisión bibliográfica							
Diseño del estudio							
Solicitud de permisos							
Entrevista con responsables							
Distribución y recogida de cuestionarios							
Interpretación de datos							
Redacción del estudio							

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). O.M.S. The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance (fecha de acceso 1 de marzo de 2018). Disponible en el World Wide Web: <http://www.who.int/whr>. (2000)
2. Clasificación internacional de enfermedades, décima versión (CIE-10) 2018. (fecha de acceso 1 de marzo de 2018). Disponible en la web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: <https://eciemaps.mssi.gob.es/ecieMaps/browser/metabusador.html>
3. Luis Cuevas R. Síndrome de burnout en el personal de quirófano del Regional de Río Blanco [Tesis]. [México]: Universidad Veracruzana; 2010.
4. Everly GS Jr, Lating JM. A clinical guide to the treatment of the human stress response. Book Series: The Plenum Series on Stress and Coping: New York (USA). Springer; 2002.
5. Bradley HB. Community-based treatment for young adult offenders. *Crime and Delinquency*. 1969; 15(3): 359-370. doi:10.1177/001112876901500307
6. Freudenberger H. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*. 1974; 30: 159-165.
7. Freudenberger H. Stress and Burnout and their implication in the Work Environment. *Stellman. Encyclopedia of occupational health and safety*. 1988; 1: 516.
8. Maslach C. Burnout. *Human Behavior*. 1976; 5: 16-22.
9. Edelwich J y Brodsky A. Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions. Nueva York: Human Sciences Press; 1980.
10. García-Izquierdo M. Burnout en profesionales de enfermería de Centros Hospitalarios. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 1991; 18(7): 3-12.

11. Campbell J, Prochazka A. y Gopal R. The Need for a Uniform Use of the Construct of Burnout (Letters to the Editor). *Academic Medicine*. 2011;86(6):661. doi:10.1097/ACM.0b013e318218858f.
12. Maslach C y Jackson S. *Maslach burnout inventory manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, Inc; 1986.
13. Brill P. The need for an operational definition of burnout. *Family and Community Health* 1984;6(4):12-24.
14. Pines AM y Aronson E. *Career Burnout: Causes and Cures*. New York: Free Press; 1988.
15. Peiró J. y Salvador A. *Control del estrés laboral*. Madrid: Eudema; 1993.
16. Meier S. The construct validity of burnout, *Journal of Occupational Psychology*. 1984; 57(3): 211-220.
17. Moreno B, Oliver C y Aragoneses A. (1991). El burnout, una forma específica de estrés laboral. En Buela-Casal, G. y Caballo, V. (Eds.), *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI; 1991. p. 271-285.
18. Lee R. y Ashforth B. A further examination of managerial burnout: Toward an integrate model. *Journal of Organizational Behavior*. 1993; 14: 3-20.
19. Lee R y Ashforth B. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*. 1996; 81(2): 123-133.
20. Peiró J. *Desencadenantes del Estrés laboral*. Madrid: Eudema; 1992.
21. Shih S, Jiang JJ, Klein G y Wang E. Job burnout of the information technology worker: Work exhaustion, depersonalization, and personal accomplishment. *Information y Management*. 2013;50(7):582-589. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.im.2013.08.003.
22. Lee E, Esaki N, Kim J, Greene R, Kirkland K y Mitchell-Herzfeld S. Organizational climate and burnout among home visitors: Testing mediating effects of empowerment. *Children and Youth Services Review*. 2013; 35(4): 594-602. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.01.011
23. Wilson D. y Chiwakata L. Locus of control and burnout among nurses in Zimbabwe. *Psychological Reports*. 1989;65(2):426-430
24. Patlan J. Efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo. *Estudios Gerenciales*. 2013; 29(129): 445-455.
25. Fernet C, Austin S, Trépanier S y Dussault M. How do job characteristics contribute to burnout? exploring the distinct mediating roles of perceived autonomy, competence, and relatedness. *European Journal of Work and Organizational Psychology*,. 2013;22(2):123-137. doi:http://dx.doi.org/10.1080/1359432X.2011.632161
26. Gascon S, Leiter MP, Andrés E, Santed MA, Pereira JP, Cunha MJ. y Martínez-Jarreta B. (2013). The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout: Corrigendum. *Journal of Clinical Nursing*. 2013; 22: 3120-9. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04255-x.
27. Basińska BA. y Wilczek-Rużycza E. The role of rewards and demands in burnout among surgical nurses. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. 2013; 26(4): 593-604. doi:http://dx.doi.org/10.2478/s13382-013-0129-8
28. Font S. Burnout in child welfare: The role of employment characteristics and workplace opportunities. *Social Service Review*. 2012; 86(4): 636-659.
29. Jung E. Work stress and burnout: The mediating role of mood regulation among information technology professionals. *Journal of Workplace Behavioral Health*. 2013; 28(2): 94-106. doi:http://dx.doi.org/10.1080/155240.2013.779502
30. Gandoy M, Clemente M, Mayán-Santos JM y Espinosa P. Personal determinants of burnout in nursing staff at geriatric centers. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2009; 48: 246-249.
31. Pinder Evette D. Occupational stress and burnout: The risk of physical assault. Conference: 136st APHA Annual Meeting and Exposition. University of Minnesota Twin Cities; 2013.
32. Godoy-Fernández C, Ríos MI y Sánchez J. Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *Anales de psicología*. 2011; 27(1): 71-79
33. Greifer AN. *Occupational resilience: Protective factors among clinical social workers*. School of Social Work. Michigan State University; 2015.
34. Garrido M, Del Moral G, González E y López AM. Estudio del burnout entre los profesionales de los equipos de tratamiento familiar en la atención a las familias en riesgo psicosocial. *Apuntes De Psicología*. 2009; 27(2-3): 517-537.
35. Haber Y, Palgi Y, Hamama-Raz Y, Shrira A. y Ben-Ezra M. Predictors of professional quality of life among physicians in a conflict setting: The role of risk and protective factors. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 2013; 50(3): 174-181
36. Cañadas-de la Fuente GA, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR y De la Fuente EI. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*. 2015; 52(1): 240-249. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.00
37. Gillespie, D. Correlates for active and pasives Burnout, types of Burnout. *Journal of social service Research*. 1980; 4(2): 1-16.
38. Flórez JA. (1994). *Síndrome de "estar quemado"*. Barcelona: Edika Med.

39. De Paula AV CO, Boas, AAV y de Moura MG. Psychosocial factors involved in absenteeism —A qualitative analysis in a brazilian context. *Psychology*. 2014; 5(8): 808-818. doi:<http://dx.doi.org/10.4236/psych.2014.58092>
40. Galbraith CS y Merrill GB. Academic performance and burnout: An efficient frontier analysis of resource use efficiency among employed university students. *Journal of further and Higher Education*. 2015; 39(2): 255-277.
41. Moreno B, González J y Garrosa E. Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En J. Buendía y F. Ramos (Eds.), *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Ediciones Pirámide; 2001. p. 59-83.
42. Green LV, Savin S y Savva N. Nursevendor problem: Personnel staffing in the presence of endogenous absenteeism. *Management Science*. 2013; 59(10): 2237-2256.
43. Diestel S, Wegge J y Schmidt K. The impact of social context on the relationship between individual job satisfaction and absenteeism: The roles of different foci of job satisfaction and work-unit absenteeism. *Academy of Management Journal*. 2014; 57(2): 353-382. doi:<http://dx.doi.org/10.5465/amj.2010.1087>
44. Garcés de Los Fayos E, De Francisco C y Arce C. Inventario de Burnout en Deportistas Revisado (IBD-R). *Revista de Psicología del Deporte*. 2012; 21(2): 271-278.
45. Harris BS y Smith, ML. The influence of motivational climate and goal orientation on burnout: An exploratory analysis among Division I collegiate student-athletes. *Athletic Insight: The Online Journal of Sport Psychology*. 2009; 11(2): no paginado.
46. Martínez M. y Guerra P. Síndrome de Burnout: el riesgo de ser profesional de ayuda. *Revista Salud y Cambio*. 1997; 6: 23.
47. Gosseries O, Demertzi A, Ledoux D, Bruno M, Vanhau-denhuysse A, Thibaut A y Schnakers C. Burnout in health-care workers managing chronic patients with disorders of consciousness. *Brain Injury*. 2012; 26(12): 1493-1499. doi:<http://dx.doi.org/10.3109/02699052.2012.695426>
48. Slade RB (dir). *Understanding the role of stress and burnout in employees at nursing facilities for the elderly* [Tesis]. [Minneapolis]: Capella University; 2014.
49. Naisberg JL y Fenning S. Personality characteristics and propeness to Burnout: A study among psychiatrists. *Stress Med*. 1991; 7(4): 201-205.
50. Aranda C. Diferencias por sexo, síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. *Revista Costarricense de Salud Pública*. 2006; 15: 1-7.
51. Ramírez M. y Lee SL. Síndrome de burnout entre hombres y mujeres medido por el clima y la satisfacción laboral. *Polis, Rev Univ Bolivariana*. 2011; 10(30): 431-446.
52. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*. 1997;71:293-303.
53. Aranda C. Diferencias por sexo, Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. *Revista Costarricense de Salud Pública*. 2006; 15: 1-7.
54. Ruíz AM, Tovar JA, Andrade V. Experiencias del personal de enfermería de salud mental ante estresores ocupacionales en una Institución prestadora de Servicios de Cali, Colombia. *Rev Univ. salud*. [Internet]. 2017 [citado 6 de abril de 2018]; 19(2): 171-185. Recuperado a partir de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072017000200171&lng=en.<http://dx.doi.org/10.22267/rus.171902.80>.
55. Marin C, Ebony D. Síndrome de Burnout y su relación con el perfil sociodemográfico en enfermeras que laboran en un hospital nacional especializado de salud mental y psiquiatría. Lima-2016 [Tesis]. [Lima]: Universidad nacional mayor de San Marcos; 2017.
56. Quispe R, Elvis A. Síndrome de Burnout en personal asistencial de un hospital de salud mental de Lima Metropolitana [trabajo final de grado en Internet]. [Lima]: Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017 [citado 6 de abril de 2018]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1826>
57. García Remón E. El síndrome de Burnout en los profesionales del ámbito de Salud Mental [trabajo final de grado en Internet]: Universidad pública de Navarra, 2017 [citado 6 de abril de 2018]. Recuperado a partir de: <http://academica-e.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/25294/Rese+%E5%9C%B0%20Garc+%EF%BD%9B%20Rem+%E5%A5%BD%20Eduerne.pdf?sequence=1>
58. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Memoria 2014 Servicio de Salud del Principado de Asturias. Principado de Asturias. D.L: AS-1.783-2003.
59. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Memoria 2016 Servicio de Salud del Principado de Asturias. Principado de Asturias. D.L: AS-1.783-2003.

6. Actualización en la atención al paciente politraumatizado en urgencias de pediatría

Laura Míguez Martín

Licenciada en Medicina y Cirugía

Hospital Universitario de Cabueñes. Asturias

INTRODUCCIÓN

Se define politraumatismo como aquel trauma que implica la presencia de lesiones, en uno o más órganos, que pueden poner en peligro la vida del paciente.

Los traumatismos en la edad pediátrica son diferentes a los de los adultos debido a diferencias anatómicas, etiológicas, fisiopatológicas, epidemiológicas, clínicas, de manejo y prevención¹⁻⁵.

Son la primera causa de mortalidad infantil en países desarrollados^{1,2} e implican una elevada morbilidad con secuelas duraderas e incapacidad física durante su vida adulta por lo que es sumamente importante realizar medidas de prevención que serán diferentes en función de la edad y el desarrollo psicomotor del niño.

Respecto al manejo, es fundamental llevar a cabo una valoración secuencial para establecer prioridades en la evaluación y el manejo que permitan detectar y tratar aquellas lesiones amenazantes para la vida².

El pronóstico y morbimortalidad del paciente politraumatizado dependen de la atención inicial. Esta no solo incluye una correcta evaluación y reanimación, si no la estabilización, categorización en función de la prioridad en la atención y el transporte al centro adecuado para un tratamiento óptimo¹⁻³.

EPIDEMIOLOGÍA

Los accidentes son un importante problema de salud pública en todo el mundo. En los países desarrollados suponen la primera causa de mortalidad en la edad pediátrica además de asociar una importante morbilidad¹ en forma de secuelas físicas y psicológicas que pueden condicionar el desarrollo del niño¹⁻³.

Existen diversos factores epidemiológicos asociados a las lesiones. Uno de ellos es la edad, de modo que los niños pequeños (menores de 4 años) tienen un mayor riesgo de sufrir ahogamientos, quemaduras e intoxicaciones; los niños en edad escolar tienen mayor riesgo de atropello o caídas y en los adolescentes suelen predominar las lesiones deportivas y las intoxicaciones voluntarias^{1,2}.

Otros factores importantes son:

- **Sexo:** los accidentes y las intoxicaciones suelen ser más frecuentes en varones

- **Entorno:** la mortalidad secundaria a accidentes es mayor en entornos sociales más desfavorecidos

- **Acceso a la atención sanitaria**

Respecto a la mortalidad se distinguen tres picos de frecuencia¹:

1. **Mortalidad inmediata (aproximadamente representa un 50%):** ocurre minutos después del accidente y la causa suele ser un shock hipovolémico secundario a sangrados masivos. Sólo la prevención puede reducirla.
2. **Mortalidad precoz (30%):** Se da en las primeras horas. Está producida por hemorragias no masivas, como hemorragias viscerales, hematomas subdurales/epidurales, hemotórax y neumotórax.
3. **Mortalidad tardía (20%):** Ocurre en el hospital días o semanas después de la lesión. El paciente ya está estabilizado pero empieza a desarrollar complicaciones, sobre todo sepsis o disfunción multiorgánica.

DISPOSITIVOS DE INMOVILIZACIÓN

La inmovilización del paciente politraumatizado es fundamental para evitar agravar lesiones existentes de las que podrían derivarse lesiones secundarias capaces de generar secuelas invalidantes^{4,5}.

Existen diferentes dispositivos de inmovilización que desarrollaremos a continuación, pero todos ellos tienen unas características comunes como son:

- Ser cómodos y sencillos de utilizar en situaciones de emergencia
- Deben adaptarse a todo tipo de paciente (adulto o pediátrico)
- Almacenamiento fácil
- Material que permita una higienización sencilla para reutilizarlos
- Permitir en todo momento el acceso a la vía aérea⁶ o la realización de técnicas de reanimación⁷⁻⁸, si fuese preciso
- Radiotransparente y compatibles con Resonancia Nuclear Magnética⁹
- Estar compuestos por material hipoalergénico
- Ligeros, transportables
- Uso, preparación y montaje sencillo
- Económicos

a) Collarín cervical

Cuando existe sospecha de inestabilidad de la columna cervical o no es posible descartarla, el primer paso es la "alerta cervical"^{1,2} que requiere inmovilización del cuello^{1-4,7} colocando un dispositivo denominado collarín. Se recomienda que esta maniobra sea realizada por dos personas