



¿QUIÉN CUIDA DE LAS ENFERMERAS?

Estrategias de gestión para la prevención del Burnout en enfermeras.

Trabajo de fin de grado

Autora: Sonia Martín Hernández

Tutora: M.^a Del Carmen Rijo Hernández

Titulación: Grado en Enfermería

Curso: 2021-2022

Fecha: junio 2022

Facultad de Ciencias de la Salud
Sección Enfermería
Universidad de La Laguna-Sede Tenerife.

RESUMEN

El burnout es un síndrome que viene calificado por un estado de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo. Esta manifestación afecta de forma negativa en la persona, haciendo que ésta pierda su autoestima, se desinterese por la profesión que ejerce, deje de hacerse responsable de las tareas que conlleva su oficio, llegando incluso a caer en un trastorno depresivo. Este síndrome lo padecen muchos profesionales sanitarios, especialmente las enfermeras, quienes están sometidas a altos niveles de estrés en el desempeño de su profesión; viéndose también afectados quienes reciben los cuidados de enfermería, por tanto, el burnout es el responsable de elevados costos en el ámbito personal, organizacional y social.

El objetivo de este trabajo es estudiar estrategias de gestión encaminadas a la prevención del burnout en las enfermeras, dando a conocer la definición de este término, sus síntomas y factores desencadenantes. Para elaborar este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, restringiendo las publicaciones en inglés y español y con un filtro de tiempo, que va desde el año 2003 hasta la actualidad. Como conclusión se obtiene que a pesar de que son numerosos los estudios que existen acerca del burnout, no son tantos los que proponen estrategias para prevenirlo, además de que, las instituciones responsables de las enfermeras no se comprometen a formalizar, implantar y poner en práctica estrategias de prevención del burnout.

Palabras clave: burnout, prevención, gestión sanitaria, estrategias

ABSTRACT

Burnout is a syndrome that is qualified by a state of emotional exhaustion, depersonalization and low personal fulfillment at work. This manifestation negatively affects the person, causing him to lose his self-esteem, become disinterested in the profession he exercises, stop taking responsibility for the tasks involved in his trade, even falling into a depressive disorder. This syndrome is suffered by many health professionals, especially nurses, who are subjected to high levels of stress in the performance of their profession; those who receive nursing care are also affected, therefore, burnout is responsible for high costs in the personal, organizational and social spheres.

The objective of this work is to study management strategies aimed at the prevention of burnout in nurses, making known the definition of this term, its symptoms and triggering factors. To elaborate this work, a bibliographic search has been carried out in different databases, restricting publications in English and Spanish and with a time filter, which goes from 2003 to the present. As a conclusion, it is obtained that although there are numerous studies that exist about burnout, there are not so many that propose strategies to prevent it, in addition to the fact that the institutions responsible for nurses do not commit to formalize, introduce and put into practice burnout prevention strategies.

Keywords: burnout, prevention, health management, strategies

ÍNDICE

1. INTRODUCCION	1
2. FASE CONCEPTUAL.....	5
2.1 Definición del tema.....	5
2.2 Conceptos clave.....	8
2.3 Estudios de investigación.....	8
2.4 Justificación.....	9
2.5 Objetivos.....	10
3. FASE METODOLÓGICA.....	10
3.1 Diseño del estudio.....	10
3.2 Estrategias de búsqueda.....	10
3.3 Palabras usadas en la búsqueda.....	11
3.4 Criterios de inclusión.....	11
3.5 Criterios de exclusión.....	11
3.6 Aspectos éticos.....	11
4. FASE EMPÍRICA.....	11
4.1 Resultados.....	13
5. CONCLUSIONES.....	19
6. BIBLIOGRAFÍA.....	20
7. ANEXOS.....	22

1. INTRODUCCIÓN

Los cuidados de enfermería se remontan en el inicio de la civilización, y el hecho de que estos cuidados hayan evolucionado ha venido a ser por la necesidad que se haya tenido en cada circunstancia de valorar la situación de la salud. Así pues, “Colliere” ha clasificado los cuidados de enfermería en cuatro etapas.

1. Etapa doméstica del cuidado.
2. Etapa vocacional.
3. Etapa técnica.
4. Etapa profesional.

La etapa doméstica del cuidado abarca las primeras civilizaciones y en ella destaca la mujer al cuidado del hogar y de la vida que se desarrollaba en ese momento. Las mujeres eran quienes realizaban lo que hoy conocemos como cuidados básicos, y la relación salud-enfermedad estaba vista como un elemento sobrenatural. En la prehistoria se utilizaban materiales propios de la vida natural, como agua para la higiene, pieles para el abrigo, plantas y aceite para alimentarse y por supuesto, las manos, principal herramienta de trabajo. En la vida primitiva, el hecho de sobrevivir era una necesidad y por eso las personas se agruparon en tribus, en las que el hombre salía a cazar y la mujer era la encargada de satisfacer las necesidades del mantenimiento de la vida, salud y bienestar del grupo. Geográficamente estas civilizaciones estaban bien diferenciadas, destacando la civilización egipcia. Para los egipcios, la salud y la enfermedad eran dadas por los dioses, y en los papiros se recogen datos acerca de cura de heridas, vendajes, enfermedades actuales con sus síntomas, reducción de fracturas, entablillamientos y suturas. Todo esto acompañado de los tres aspectos principales atribuidos: magia, religión, descripción de enfermedades y sus tratamientos. No sólo preocupaba la vida, sino también la vida después de la muerte, por ello los cuerpos eran embalsamados e incluso se extraían las vísceras de aquellos que pertenecían a una casta superior. Esto suponía mantener una higiene mínima que hubo que mejorar con suministro de aguas y desagües, apareciendo la figura de los inspectores sanitarios oficiales.

La asistencia sanitaria fue empírica al mismo tiempo que mística, así, por una parte, los enfermos eran tratados por sacerdotes médicos y, por otra parte, por médicos técnicos. El éxito médico triunfó y se distinguían varias afecciones abdominales, enfermedades cardíacas, oculares, diferentes tumores y problemas de micción. La exploración física del paciente era más detallada (pulso, inspección, palpación y probable auscultación).

La mujer continuaba ocupando un alto rango en el cargo familiar, por lo que se deduce que seguiría siendo la cuidadora principal, teniendo constancia de la figura de la comadrona en los partos y de las amas de cría que amamantaban a los recién nacidos.

La segunda etapa: “etapa vocacional del cuidado”, comprende toda la edad media y se tiene en cuenta la religión cristiana, así que, el concepto salud-enfermedad tiene un sentimiento religioso. Se realza la figura de la “mujer consagrada”, mujer dedicada al cuidado con voto de obediencia y sumisión a Dios. El cristianismo abarcaba normas estrictas en las que el contacto corporal era rechazado, de forma que, la cuidadora centraba su atención en la palabra en forma de oración y en los consejos morales. Surgieron las órdenes monásticas y religiosas, la salud tenía un valor religioso y aquel que sufría se consideraba un elegido de Dios. En esta época, la enfermería se considera una actividad con sentido de religiosidad, caridad, sumisión y obediencia, siendo principalmente las monjas las que cuidaban de los enfermos. También se construyeron los primeros hospitales cerca de las grandes iglesias y el plano religioso-institucional estaba compuesto también por sacerdotes, monjes, viudas, beguinas, mendicantes y cruzados, desarrollando su actividad de cuidado en monasterios, conventos, beguinajes (donde residían las beguinas) y hospitales. A pesar de la influencia del cristianismo, la gente seguía interpretando la magia-religiosidad de la enfermedad y la iglesia condenaba a brujas y curanderas.

La tercera etapa es la denominada “etapa técnica del cuidado”, que se desarrolló en el siglo XIX y comienzos del XX. En esta época los que cuidaban pasaban a ser los auxiliares del médico y el objetivo era luchar contra la enfermedad. Este periodo comprende la Edad Moderna, que con las revoluciones culturales, geográficas, demográficas, industriales y políticas (revolución francesa y americana), se dio paso a la profesionalización de la enfermería. A pesar de que la mujer continuara a cargo de la familia, las comadronas atendieran los partos con poca reputación y que los hospitales siguieran a cargo de la Iglesia, la revolución científico-técnica propició un avance en el campo de la medicina ^(1,2). Guerras como la civil española, la primera guerra mundial y la segunda, dejan numerosos enfermos y nuevas enfermedades, lo que alienta la aparición de más enfermeras. Los distintos movimientos sociales reivindican que se establezca una nueva forma de cuidar y esto es favorecido por los nuevos inventos útiles en el campo de la medicina. Una importante figura reivindicativa fue “Florence Nightingale”, quien inauguró su propia escuela y diferenció a tres tipos de enfermeras: las hospitalarias, las domiciliarias y las docentes. En España fue “Concepción Arenal” quien propuso una formación enfermera, destacando los déficits a tratar por las enfermeras, que eran: el aseo, la mala alimentación, la falta de cuidado en la asistencia, la honestidad y el orden (todo ello relacionado entre sí), así las tareas enfermeras de principios del siglo XX fueron: asear y vestir a los enfermos, dar tranquilidad, tratarlos con respeto, cariño y buenas formas, limpiar las camas y resto de mobiliario, dar de comer de forma correcta y según las órdenes de los superiores, ayudarlos en su movilización y dar aviso de las novedades de su evolución.

La última etapa es la denominada “etapa profesional del cuidado”. En las últimas décadas del siglo XX, la enfermería pasa a ser consolidada como una disciplina y profesión, tiene sus propias

responsabilidades en cuanto al cuidado de la salud de las personas⁽¹⁾. La etapa profesional de la edad contemporánea, contempla parte de la técnica, y a partir de 1950 se considera como profesión a la enfermería. Aparece la seguridad Social dando un impulso al desarrollo hospitalario. Los hospitales crearon sus propias escuelas para formar a las enfermeras. En un periodo de luchas por la necesidad de tener autorización propia para administrar tratamientos y con la aprobación del A.T.S en 1955 (ayudante técnico sanitario), se consiguieron como funciones propias las siguientes: administrar medicación vía oral, inyectables, realizar curas quirúrgicas, asistir al enfermo de urgencias hasta la llegada de un médico, asistir partos si no había en la zona un personal capacitado para ello, desempeñar los cargos para los que se requieran los títulos de practicante o enfermera. Las matronas tenían autorización para asistir partos y puerperios normales no distócicos y aplicar tratamientos bajo orden médica. Las enfermeras tendrán la misma función que los A.T.S, excluyendo la asistencia a partos, se les prohíbe establecer igualatorios y disponer de locales para ejercicio libre, los practicantes tendrán la misma función que los A.T.S y quedan definidas las labores de auxiliar de clínica (aseo, alimentación, recogida de datos clínicos y administración de medicamentos excepto la vía parenteral). En 1970 se unieron hombres y mujeres a la hora de estudiar, ya que antes se hacía por separado. También se incorporó la diplomatura en los estudios universitarios (DUE: Diplomatura Universitaria en Enfermería). Este hecho mejoró la profesión en cuanto a desarrollo científico y profesional. Actualmente están reconocidos los Graduados en Enfermería, tras la aprobación del plan Bolonia en 2010. Este plan ha favorecido la investigación en los cuidados de Enfermería que habían estado estancados durante la diplomatura. El campo de actuación de las enfermeras actuales es muy variado y amplio, desde la atención primaria, hospitalaria, sociosanitaria, comunitaria y escolar entre otros⁽³⁾.

Tras esta breve reseña del origen de los cuidados de la enfermería, las enfermeras también necesitan cuidados, el estado de salud de las mismas puede verse afectado por su propia labor. ¿Quién cuida de las enfermeras?

A lo largo del tiempo, esta categoría profesional ha venido desarrollando una actividad asistencial, investigadora y además de docencia, pero han faltado “cuidados para cuidar a las enfermeras”.

Diferentes estudios recogen que el desgaste profesional en los sanitarios está ocasionado principalmente por estrés, que a su vez afecta a la salud física, mental e incluso a las relaciones sociales de cada persona. El personal se despersonaliza, sufre física y emocionalmente, padeciendo de ansiedad y viéndose reducida su eficacia y eficiencia laboral. Todos estos síntomas se recogen a posteriori, como depresión, ansiedad, trastornos adaptativos o de personalidad^(4,5).

Teniendo en cuenta la situación actual de crisis sanitaria por coronavirus, se acentúa el estrés emocional de los profesionales sanitarios, sobre todo los que tienen familias a su cargo, así como se manifiesta la ansiedad, incertidumbre y estigmatización, por ello la necesidad de un manejo adecuado de las emociones de los profesionales y también con vistas a un futuro por posibles pandemias emergentes, relacionadas con la actual, en las que las enfermeras tendrán que retar e incluso podrían padecer ⁽⁶⁾.

Es conveniente conocer de dónde venimos, dónde estamos y adónde vamos, por eso, es necesario conocer también el estudio de la historia y evolución de los cuidados en sus inicios y etapas, pues nos ayuda también a comprender la enfermería como profesión.

La iniciativa para realizar este trabajo se encuentra en el momento en el que se empieza a formar parte del equipo de enfermeras en los centros sanitarios. Una vez que se comparte una jornada laboral de largas horas con situaciones complejas, donde las situaciones de estrés y de responsabilidad son excesivas, nos damos cuenta de que las enfermeras sufren física y emocionalmente. El trabajar bajo estas circunstancias, desarrolla lo que hoy en día se conoce como el burnout o síndrome de desgaste profesional, el cual en la actualidad no tiene medidas de prevención ni de disminución específicas.

Con esta revisión se pretende buscar estrategias de gestión para prevenir el burnout en las enfermeras y para ello es necesario comenzar dando significado al término burnout, conocer sus síntomas y factores desencadenantes.

2.FASE CONCEPTUAL

2.1 Definición del tema.

Burnout (BO):

Se define como un síndrome que viene apoyado por tres factores: agotamiento o cansancio, despersonalización y baja realización personal o logro. El cansancio puede ser físico o emocional, se desarrollan sentimientos y actitudes negativas hacia otras personas, especialmente a las que se encuentran en el propio trabajo y además esa desrealización personal hace que la propia vida de quien padece “BO” la afronte con desilusión y sin sentido, con baja autoestima ⁽⁷⁾.

Este término tiene su origen en Estados Unidos, surge a mitad de los años 70 por medio de “Freudenberger” (1974), quien quería explicar el desarrollo de la degradación de los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios sanitarios, educativos, sociales, etc. Otra manera correcta y análoga de referirnos al “BO” es lo que conocemos como “estar quemado”, desgastado, desilusionado y agotado por el trabajo; de estos términos surge a su vez el término “síndrome de quemarse por el trabajo, que viene a ser el resultado del estrés laboral acumulado y que afecta al trabajador a nivel psíquico y somático. Es un síndrome de desgaste profesional que actúa de forma negativa sobre cualquier ámbito de la vida ⁽⁸⁾.

Síntomas de BO:

Las consecuencias del desgaste profesional están relacionadas con el daño a la propia salud, estando las enfermeras dentro del grupo de riesgo que puede padecer dichos síntomas, los cuales se desglosan en tres grupos.

- Síntomas físicos: problemas cardiovasculares, digestivos, respiratorios, cefaleas, alteraciones del sueño, problemas de piel, menstruaciones no reguladas, disfunción sexual y dolores de tipo músculo-esquelético.
- Síntomas psicológicos: disforia, depresión, autoestima baja, desmotivación, insatisfacción laboral, dificultad para concentrarse, distanciamiento emocional, frustración profesional y deseo de abandonar el trabajo.
- Síntomas conductuales: conductas impulsivas, aumento de conflictos en las relaciones con otras personas, disminución del contacto social, consumo de sustancias nocivas y negación de todos los problemas anteriores ⁽⁹⁾.

Factores desencadenantes:

Las causas de del síndrome de burnout en las enfermeras las podemos clasificar en tres grupos:

- Factores personales: son los relacionados con los sentimientos y emociones de cada persona, la propia personalidad y actitud. Se pueden diferenciar la edad, sexo, estado civil, tiempo trabajado en la empresa, el locus de control, la autoeficacia, estrategias de afrontamiento inapropiadas, falta de personalidad resistente y patrón de personalidad tipo A (donde hay competitividad y destaca por encima de los demás).
- Factores sociales/ambientales: no tienen por qué ser los relacionados con el trabajo sino los ambientes externos al mismo y que incluyen familia, amigos, estilos de vida, etc. Entre estos factores destacan: falta de apoyo social, problemas familiares y recursos inadecuados para afrontar dichos problemas, la cultura, relaciones interpersonales negativas y actitudes negativas de la gente que rodea al trabajador y la insuficiente o inexistente comunicación familiar.
- Factores organizacionales: los referentes a las relaciones que se tienen con los compañeros del trabajo, con el resto del personal sanitario y no sanitario, superiores y pacientes, hace referencia al ámbito de la organización en el lugar del trabajo. Varios autores consideran este factor como el principal responsable del estrés laboral. Las variables de este factor son: dinámica negativa del grupo de trabajo, conflicto de rol, ambigüedad de rol (inexperiencia), falta de recursos materiales, rigidez organizacional, estresores económicos y estresores relacionados con las nuevas tecnologías, inadecuación profesional, sobrecarga de rol, ambiente laboral negativo, insuficiente participación en toma de decisiones, el ambiente físico de trabajo, malos hábitos de trabajo, apoyo organizacional insuficiente, turnos y relaciones de conflicto con compañeros y pacientes ⁽¹⁰⁾.

Fases del BO:

- Fase inicial: es la fase de entusiasmo, que aparece cuando se tiene el nuevo puesto de trabajo. A la persona le puede la ilusión y deja a parte los problemas evidentes e incluso alarga la jornada laboral.
- Fase de estancamiento: el trabajador es consciente de que la relación esfuerzo y recompensa no están equilibradas, causándole estrés e incapacidad para dar respuestas eficaces.
- Fase de frustración: en el profesional destaca la desilusión, su trabajo no tiene sentido y aparecen manifestaciones físicas, emocionales y de conducta.

- Fase de apatía: aparece en el trabajador un mecanismo de defensa, tratando a los usuarios de manera distante y mecanizada.
- Fase de quemado: la persona está colapsada cognitiva y emocionalmente, con las consecuencias que ello conlleva sobre la salud, hasta el punto de obligar a la persona al abandono de su puesto de trabajo, llevándole a una vida de frustración e insatisfacción ⁽¹¹⁾.

Escalas de medida:

Las doctoras “Maslach y Jackson” caracterizan el BO como: “un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal”. teniendo en cuenta esos tres síntomas, estas dos psicólogas crearon el “Maslach Burnout Inventory” (MBI) (1986) (Anexo 1). Este instrumento de medida está formado por 22 ítems que valoran en una escala tipo Likert, de 0 (nunca) a 6 (todos los días) el Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (DP) y la baja Realización Personal en el Trabajo (RPT). Consideran cada característica como una subescala y las definen de la siguiente manera:

- Subescala de AE: consta de 9 preguntas que valoran la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las exigencias del trabajo. Está integrada por los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntuación más alta es de 54 puntos. A mayor puntuación, mayor nivel de Burnout y de agotamiento emocional experimenta el sujeto.
- Subescala de DP: consta de 5 ítems que miden el que el sujeto reconozca la frialdad, distanciamiento y actitudes negativas hacia los demás. Formada por las preguntas: 5, 10, 11, 15, 22. Su puntuación más alta es de 30, donde 30 sería el mayor nivel de DP.
- Subescala de RPT: compuesta de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21) y valora sentimientos de realización y auto eficiencia personal y con su propio trabajo. Se podría obtener una puntuación máxima de 48, donde en este caso, 48 sería la mejor puntuación; a mayor puntuación mayor sentimiento de realización personal y menor será el grado de BO que padece la persona ^(12,13) (Anexo 2 y 3).

Las puntuaciones que se obtienen en las escalas se miden de forma numérica en una frecuencia donde: 0 = nunca; 1 = pocas veces o menos al año; 2 = una vez al mes o menos; 3 = pocas veces al mes; 4 = una vez a la semana; 5 = pocas veces a la semana; 6 = todos los días.

Otras escalas

También están presentes otras escalas como: “The Staff Burnout Scale for Health Professional” (SBS), que fue desarrollada por Jones. Se compone de 20 ítems de respuesta tipo Likert y valora el burnout tal y como lo describen Maslach y Jackson. La escala puede dividirse en cuatro

factores: insatisfacción en el trabajo, tensión psicológica e interpersonal, consecuencias negativas del estrés y relaciones no profesionales con los pacientes. Esta escala ha sido diseñada para los profesionales de la salud, sin embargo, se podría aplicar a otras profesiones. Tiene buena fiabilidad y la relación con el AE y la DP del MBI son muy aceptables.

La siguiente escala es la “Tedium Scales” (TS) de Pines, Aranson y Kafry (1981). Sus 21 ítems valoran el cansancio emocional, el físico y las cogniciones valorándose estas también con respuesta de tipo Likert de siete puntos. El inconveniente de este formulario es que no presenta asociación explícita con el contexto de trabajo.

“The Gillespie-Numerof Burnout Inventory” (GNBI) de Gillespie y Numerof (1984). Consta de 10 ítems relacionados con los sentimientos desarrollados por el trabajo. Esta escala no presenta correlaciones con otras medidas de burnout ni con el MBI.

La escala “Efectos psíquicos del burnout” (EPB) de García (1995). Se diseñó para medir el burnout en nuestro entorno sociocultural. Formada por 12 ítems y respuesta valorada en una escala tipo Likert de siete puntos, cuyo rango va de 1 a 7 (1 es nunca y 7 siempre) ⁽¹⁴⁾.

2.2 Conceptos clave.

Estrategia:

El diccionario de gestión y administración describe este término como:

“Coordinación de las líneas básicas de actuación, las políticas, las acciones, los planes y los procedimientos más convenientes para alcanzar a largo plazo una finalidad”.

Se trata de un método, un plan o política, que se han creado para lograr una meta determinada. Este plan parte de una información previa que se ordenará de forma lógica y contiene acciones deseadas, que a lo largo del tiempo se irán consiguiendo una vez se haya puesto en marcha.

Gestión sanitaria:

“Proceso mediante el cual los recursos destinados a atender las necesidades en salud de determinados pacientes se utilizan de forma que se alcance el máximo provecho, tratando de optimizar la cantidad y calidad de los cuidados médicos respecto de los recursos utilizados” ⁽¹⁵⁾.

Prevención:

Es aquella acción que evita, de forma anticipada, previa, que suceda un riesgo ⁽¹⁶⁾.

2.3 Estudios de investigación.

En el 2019 se publicó un estudio cuyo objetivo era evaluar el resultado de un programa de entrenamiento en mindfulness sobre los niveles de burnout, mindfulness, empatía y autocompasión entre profesionales de la salud en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de tercer nivel. Dicho estudio se presentó en forma de sesión clínica acerca de poner en práctica el mindfulness y las ventajas que aporta. Se estableció seguir un programa de entrenamiento de ocho semanas en prácticas guiadas específicas por medio de una comunidad virtual en grupos de WhatsApp. Se concluyó que en los factores que inciden sobre el BO, hubo un descenso del cansancio emocional. Por otra parte, la autocompasión ascendió notablemente, por lo que se probar que estos factores pueden producir bienestar y provocar un impacto positivo sobre el burnout en este grupo vulnerable ⁽¹⁷⁾.

García Iglesias, en su tesis doctoral (2021) acerca de las condiciones psicosociales de las enfermeras, en la realización de sus actividades en este país, concluyó que las enfermeras de urgencias tienen una percepción de su salud regular e incluso pésima y que manifiestan vigor menos de una vez a la semana, son las que más riesgo tienen de sufrir distrés psicológico, además serán las que primero padezcan problemas de salud.

Las enfermeras de atención primaria presentaron niveles de compromiso laboral más alto, pero menor percepción de riesgo psicosocial, sin embargo, las que tenían menos de 41 años tienen mayor susceptibilidad de padecer distrés psicológico.

No era suficiente la sobrecarga laboral que ya venían sufriendo las enfermeras, sino que se le añade la situación ocasionada por la pandemia covid-19, la cual afectó a la salud mental de las enfermeras, sobre todo a las que se encontraban en primera línea de ocupación, debido al tiempo de trabajo, al miedo generado por el contagio entre trabajadores, pacientes y familiares y demás causas. Destacó el alto nivel de ansiedad, depresión, preocupación e insomnio y, de una forma ilógica, los niveles de estrés se situaron por debajo de lo esperado, pero esto podría justificarse por la fecha de realización del trabajo y la fase en la que se encontraba la pandemia en el momento de estudio ⁽¹⁸⁾.

2.4 Justificación.

El presente estudio no requiere de hipótesis, ya que se trata de una revisión bibliográfica de tipo narrativo-descriptivo, por lo tanto, la cuestión del trabajo es recopilar información para explicar acontecimientos poco conocidos. Necesitaría hipótesis si fuera un estudio analítico, porque ahí habría que definir las bases de los datos estadísticos ⁽¹⁹⁾.

En 1974 “Freudenberger” definió el BO como: “Una sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”, sin embargo, la explicación con más nota de este término es la de Christina Maslach en 1976 como: “síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional, una reducida realización personal y despersonalización” ⁽⁶⁾.

Tras comenzar a sufrir los efectos emocionales de la pandemia, recientemente, “González Prieto”, relata la experiencia sufrida por la pandemia de Covid-19, donde a la carga laboral ya padecida se unió la incertidumbre de esta nueva enfermedad, donde a diario se cambiaban los protocolos de actuación frente a la misma y generando entre las enfermeras mayor nivel de ansiedad, temor por transmitir la enfermedad a familiares convivientes y mucho estrés, siendo los más atacados por ello los que se encuentran en unidades de cuidados intensivos, urgencias y servicios de neumología. Destaca que las enfermeras han sido las que han obtenido mayor grado de estrés, alteración del sueño y depresión, sobre todo las que se encontraban en primera línea. Tras su experiencia esta autora afirma que: “para cuidar hay que cuidarse” ⁽²⁰⁾.

Cabe mencionar a las enfermeras de atención primaria (AP), quienes no están exentas de sufrir BO. Precisamente en la isla de Tenerife, la sobrecarga laboral, el tipo de contrato, la organización de servicios y la formación de las enfermeras son los pilares fundamentales para generar BO. Las enfermeras suelen tener cupos con numerosos pacientes: 1500 personas de referencia en la zona con límites de dependencia altos y que requieren de controles de salud riguroso). El tipo de contrato, los cuales suelen ser por días generan incertidumbre en el profesional. La organización de servicios en cuanto a la ubicación geográfica que presentan la mayoría de los centros en la isla, especialmente los centros periféricos. Si tenemos en cuenta la multitud de pacientes con la variedad de patologías y urgencias que la enfermera de AP ha de asistir, la mayor parte de la formación requerida para tratar determinadas situaciones se solicita a compañeros con mayor experiencia o al especialista, siempre que se pueda acceder a ellos, esa situación hace que la enfermera no se sienta realizada ⁽²¹⁾.

Tras exponer lo anterior, estimo la importancia de estudiar y analizar las medidas de gestión destinadas a la prevención y disminución del BO. En el caso de que las haya, conviene analizar los datos aportados por los estudios publicados y valorar aquellas que sean más eficaces y que influyan

de forma positiva en la gestión del BO. Si no existieran esas medidas preventivas, sería necesario establecerlas, así y en consecuencia, nos podríamos preguntar: ¿quién cuida de las enfermeras?

2.5 Objetivos.

Objetivo general:

- Estudiar estrategias de gestión encaminadas a la prevención del BO en las enfermeras.

Objetivos específicos:

- Explicar el término BO.
- Describir los factores que generan BO en las enfermeras.
- Impulsar medidas de prevención del BO para las enfermeras.

3. FASE METODOLÓGICA

3.1 Diseño del estudio.

Se trata de una revisión bibliográfica que parte de la búsqueda de la bibliografía existente, relacionada con la prevención del BO en las enfermeras, mediante estrategias de gestión.

3.2 Estrategia de búsqueda.

Para elaborar este trabajo, la estrategia de búsqueda fijada para alcanzar el objetivo general del estudio, se centró en buscar fuentes bibliográficas con evidencia científica. Se utilizó la herramienta de búsqueda facilitada por la Universidad de La Laguna: [PuntoQ](#).

Se accedió también a bases de datos científicas como: Scielo, PubMed, Science Direct, y Elsevier, además del propio buscador Google. Se llegó a consultar un libro físico.

3.3 Palabras usadas en la búsqueda: “burnout enfermeras”, “desgaste profesional enfermeras”, “ansiedad en enfermeras”, “prevención burnout en enfermeras”, “COVID y burnout enfermeras”.

3.4 Criterios de inclusión:

- Artículos escritos en español y en inglés.
- Fuentes que no superen una antigüedad de cinco años en el caso de ser estudios de investigación y que sean de España.
- Fuentes con una antigüedad hasta el año 2003 si son artículos, revistas, libros, documentos etc. desde su publicación.

3.5 Criterios de exclusión:

- Fuentes que no estén redactadas en inglés o en español.
- Fuentes con más de cinco años desde su publicación al ser estudios de investigación y de antes del 2003 en el resto de artículos seleccionados.
- Fuentes con información irrelevante para el tema de estudio y aquellas que no se ajusten o contengan las palabras usadas en la búsqueda.

3.6 Aspectos éticos.

Para llevar a cabo este trabajo no ha sido necesaria la aprobación de un comité ético. En las revisiones bibliográficas, digamos que, la población de estudio han sido fuentes bibliográficas. Se ha respetado el derecho de propiedad intelectual de los autores de cada fuente manejada en este trabajo, para ello se han citado en la bibliografía final según el “Estilo Vancouver” propuesto por la Universidad de La Laguna.

4. FASE EMPÍRICA

La siguiente tabla refleja las fuentes seleccionadas indicando autor, año y lugar de publicación y una breve conclusión.

TÍTULO DEL DOCUMENTO	AUTOR/ES	AÑO	LUGAR	CONCLUSIÓN
Síndrome de Burnout en unidades de cuidados Intensivos.	Muñoz Camargo, J.C.	2007.	España.	Es necesario detectar y frenar el burnout en enfermeras tomando diferentes medidas.
El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería.	Gil-Monte, P. R.	2003.	España.	Es necesario evitar la sobrecarga laboral para prevenir la aparición del síndrome del quemado e implantar de forma sistemática y regular estrategias de prevención de este síndrome en las organizaciones que tengan grupos de riesgo susceptibles.
Diseño de un programa para disminuir los síntomas del burnout en	Romero Gil, J.	2013.	España.	Es necesario conocer las causas que generan burnout para intervenir en los factores que lo generan.

los profesionales sanitarios.				
Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el burnout.	Olivares Faúndez, V.	2017.	Chile.	Depresión y burnout son términos diferentes, aunque con una relación bastante estrecha.
El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas.	Ortega Ruiz, C & López Ríos, F.	2004.	España.	La revisión del concepto burnout, sus consecuencias y evaluación, dan lugar a proponer estrategias preventivas.
Aplicación de un programa de mindfulness en profesionales de un servicio de medicina intensiva.	Gracia Gozalo, R.M; Ferrer Tarrés, J.M; Ayora Ayora, JM; Alonso Herrero, A; A mutio Kareaga, A & Ferrer Roca, R.	2019.	España.	Un programa que practica mindfulness de forma personal a través de “WhatsApp”, mejora la salud mental, disminuye cansancio emocional y aumenta la autocompasión en los profesionales sanitarios.
Condiciones psicosociales de las enfermeras en el desempeño de sus funciones dentro del territorio español.	García Iglesias, J.J.	2022.	España.	Enfermeras de atención primaria y de urgencias, incluidas la extrahospitalaria sufren desgaste ocupacional, especialmente cuando trabajan en primera línea frente al Covid-19.
El Síndrome Burnout en enfermeros durante la atención a pacientes con COVID-19 en unidades de cuidados intensivos.	González Prieto, N.	2021.	España.	Es necesario minimizar el impacto emocional que ha generado la pandemia en los profesionales sanitarios.

Ansiedad en profesionales de enfermería de Atención primaria en Tenerife.	Vega González, J.	2020.	España.	Las enfermeras de Atención Primaria de la isla de Tenerife sufren de ansiedad.
Manejo emocional de la crisis sanitaria ante el coronavirus: una revisión narrativa.	Brito Brito P.R, Fernández Gutiérrez, D.A & Cuéllar Pompa, L.	2021.	España.	El coronavirus ha contribuido en el aumento del estrés, entre otros problemas, de las enfermeras.
Síndrome de burnout en los profesionales de cuidados intensivos: relaciones con la salud y el bienestar.	Arrogante, O & Aparicio Zaldívar, E.G.	2020.	España.	Es de suma importancia implantar programas de prevención de burnout para beneficiar tanto a profesionales como a pacientes.

4.1 Resultados.

Comenzando por la fuente de mayor antigüedad (“Pedro Gil-Monte”), se observa la evolución del síndrome de BO, lo que el autor nombra como síndrome del quemado en España, el cual lleva justificaciones jurídicas para quienes lo padecen y repercute sobre la sociedad en general, no sólo en los profesionales sanitarios. Este autor, al igual que “Ortega Ruiz y López Ríos”, coinciden en que este término se compone de tres dimensiones, las que designan como: AE, DP y baja RPT, que definen a este síndrome como la respuesta al estrés crónico laboral. “Pedro Gil Monte” sostiene que para que se dé el BO, es necesario que, las características que lo apoyan se hagan notar durante un determinado periodo de tiempo, así ha contrastado mediante estudios de metodología cualitativa y de carácter exploratorio, que el personal de enfermería es capaz de adaptarse al medio de trabajo, aun sufriendo DP, sin embargo, los resultados del trabajo de las enfermeras no serían eficientes, y se vería afectado el personal que recibe sus cuidados y la propia organización.

Existen otros valores que afectan al trabajador como podría ser el sentimiento de culpa que logra que el personal de enfermería vea afectada su salud, no asista a su puesto de trabajo y desee abandonar el mismo. Este autor considera que este último modelo explicado se ajusta a un planteamiento hipotético que quedaría pendiente de contrastar y confirmar con metodología cuantitativa. Para medir esta patología, “Pedro Gil Monte” utiliza el MBI, al igual que “Víctor Olivares Faúndez”, quien afirma que, este cuestionario creado por la doctora “Christina Maslach”,

presenta un espectro universal, es el más utilizado para valorar el desgaste profesional, pues presenta una gran aceptación a nivel internacional permitiendo comparar resultados y desarrollar estrategias de prevención de este trastorno, presenta también un soporte empírico considerable a la hora de respaldar la estructura tridimensional con la que todos estos autores definen el burnout y además presenta evidencia de validez concurrente y divergente.

En cuanto a la validez concurrente, describe “Olivares Faúndez” que las autoras del MBI (“Maslach y Jackson”), obtuvieron resultados relacionados entre varias escalas conductuales, que incluían esposas y compañero de trabajo de la población a estudiar.

En cuanto a la validez divergente, ha sido demostrada por las correlaciones notorias encontradas en la misma escala y las descripciones ante sus usuarios, la sobrecarga objetiva de trabajo, tiempo total de trato directo con pacientes, conductas del trabajador en el hogar (evaluadas por su familia), a la vez las bajas correlaciones con discapacidad social y correlaciones negativas de satisfacción en el trabajo. De modo concluyente, el MBI ya en los años ochenta fue usado en más del 90% de los estudios empíricos, así que, no deja duda de que sea el instrumento de medida más importante a la hora de valorar este fenómeno psicosocial.

En el año 2004, “Cristina Ortega Ruiz y Francisca López Ríos” elaboran un trabajo teórico, el cual presenta una revisión acerca del término BO: *“El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas”*. Definen el BO como: *La sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge especialmente en aquellos que se dedican a profesiones de servicios, como consecuencia del contacto diario con su trabajo*. En este estudio, las variables personales de las que depende el BO son el sexo, edad, estado civil, antigüedad en el trabajo, las características de personalidad, psicopatologías y las estrategias de afrontamiento. Las variables organizacionales también influyen y son el clima laboral, el bienestar laboral, el grado de autonomía, la ejecución en el propio trabajo, apoyo social, la ambigüedad de rol y la falta de reciprocidad con los compañeros.

En correlación con “Gil Monte”, redactan una serie de consecuencias provocadas por el BO, tanto a nivel físico, como emocional y conductual, aunque este autor clasifica también en dos niveles las consecuencias del síndrome de quemarse por el trabajo, que son las consecuencias para el individuo y por otro lado para la organización.

Especifica que para las secuelas que afectan al individuo están aquellas reflejadas en el terreno emocional, en la actitud y la conducta y las que se somatizan. Para las secuelas a nivel

organizacional se encuentran la disminución de la calidad asistencial, la poca satisfacción laboral, el aumento del absentismo laboral y la tendencia a ello, el poco interés y esfuerzo por realizar el trabajo, la escasa calidad de vida laboral del mismo profesional y el incremento de conflictos con el resto de compañeros y usuarios. “Ortega Ruiz y López Ríos”, junto con “Gil Monte”, proponen estrategias de intervención, aunque las dos primeras autoras sostienen que dichas estrategias se basan en modelos de intervención de componentes integrados de manera complementaria con técnicas orientadas al individuo junto a técnicas orientadas al ámbito organizacional. “Pedro Gil Monte” añade a estos dos métodos las estrategias a nivel grupal, de forma que considera importante el apoyo social en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores. Ambos afirman que conviene conocer cómo se manifiesta el síndrome para poder prevenirlo, así la mejor manera de conocerlo es a través de la formación, la cual debe ser implantada en las organizaciones donde existan grupos de riesgo, especialmente en los profesionales de la enfermería, además resaltan que no basta con realizar estudios explicativos en los que se describa únicamente la aparición del BO, sino que deben de contener las consecuencias que conlleva el estar expuesto a ciertas condiciones en las diferentes áreas vitales, así como el modo en que podrían resolverse.

En apoyo a estos dos trabajos, se le une el *“Diseño de un programa para disminuir los síntomas del burnout en los profesionales sanitarios”*. Este trabajo de investigación pretende disminuir los síntomas provocados por el BO y elaborar un método específico de atención individual al profesional sanitario afectado.

El objeto de actuación de este estudio son los factores estresantes (personales, ambientales y organizacionales) y su objetivo principal es impulsar conductas que reduzcan el origen del estrés. A nivel individual se propone la enseñanza de habilidades para el manejo emocional y a nivel grupal está propuesta la mejora de las relaciones interpersonales entre todos los miembros del equipo de trabajo.

En el año 2007 se publica un artículo en el que se recoge un estudio realizado por profesionales del del Hospital Joan XXIII de Tarragona, sobre trece Unidades de Cuidados Intensivos de hospitales públicos de Cataluña. Se utilizó la escala MBI, y se obtuvo que un 19,5% de los encuestados preferiría ejercer otra profesión que no fuera ser sanitario, ya que la relación de la ratio enfermera-paciente es alta, lo cual genera mayor nivel de estrés. Dentro de este artículo se recoge también una encuesta llevada a cabo por El Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona en el año 2004, que utilizó una muestra de 2122 enfermeras, de las cuales un 45% seguiría eligiendo esta profesión y un 9% no volvería a estudiar esta carrera universitaria. De ahí que se haga la pregunta de quién cuida a quien nos cuida.

España no se libra de que las enfermeras escaseen, como es el caso de Reino Unido, Italia y otros países europeos. La necesidad de cuidar a quien nos cuida lleva a “Muñoz Camargo” a proponer cambios en el ámbito laboral, medidas que incidan sobre el campo organizacional, sobre el trabajador y el ambiente; que haya formación y prevención continua, que los responsables de la gestión sanitaria no dejen pasar por alto la ocasión para instaurar programas de prevención y ayuda para cuidar a las enfermeras. También se une a esta propuesta “Ruymán Brito, Domingo Fernández y Leticia Cuéllar”, quienes implican a los gestores y responsables de políticas sanitarias a garantizar que las enfermeras sean libres de discriminación social, ya que tras la pandemia sufrida han vivido un momento de crisis emocional de alto impacto. Involucran también a todos los gobiernos con un nivel alto de liderazgo a desarrollar sistemas sanitarios resistentes a nuevas enfermedades, para que las enfermeras no decaigan en el agotamiento y en el estrés, tal y como ha sucedido en estos dos últimos años, que la intención de cuidar y la ética profesional no se vea afectada. Así esta revisión bibliográfica recientemente publicada (2021) refleja el estrés de las enfermeras tras sufrir el brote COVID 19, el cual ya venía incidiendo en aquellas que sufrieron el primero de MERS-CoV y SARS-CoV-1 en distintas partes del mundo.

El objetivo principal propuesto por estos tres autores es llevar a cabo un trazado de la evidencia científica sobre el manejo de las emociones acerca de la crisis sanitaria provocada por el coronavirus. Entre los estudios que seleccionaron fueron varios los que señalaban al estrés como pieza clave a relacionar con los brotes epidémicos, así, a mayor estrés, mayor estigma en quienes habían tratado a pacientes contagiados, aunque también se demostró la resiliencia de las enfermeras y la profesionalidad de las mismas a la hora de afrontar la situación. Como ha resultado ser que la relación entre el nivel de estrés y la finalidad de cuidar son inversos, además de que podrán surgir futuras pandemias tras haber vivido la última, las enfermeras han de ejercer su profesión ante nuevos desafíos, de forma que se hace destacar la necesidad de un manejo oportuno de las emociones.

La propuesta de evaluar el efecto de un programa de entrenamiento en mindfulness en los profesionales de medicina intensiva fue publicada en el 2019. El estudio que se llevó a cabo fue longitudinal, con un diseño intrasujeto pre y post intervención. Participaron treinta y dos trabajadores de forma voluntaria, entre ellos enfermeras, y se realizaron los cuestionarios de: datos sociodemográficos y laborales, MBI, mindfulness (FFMQ), empatía (Jefferson), y autocompasión (SCS). El programa consistía en la propuesta de prácticas breves (entre 5 y 8 minutos de duración) durante ocho semanas mayormente vía telemática, donde se recibía cada lunes a través de WhatsApp la explicación del ejercicio junto a un audio que servía como meditación guiada. Se sugirió anotar el seguimiento de forma individual y a ser posible practicar la actividad propuesta a diario en el momento adecuado. El programa se creó para entrenar de manera individual, pero pocas veces se pudo disponer de una reunión para poder practicar en conjunto el mindfulness. Posterior a la

actividad se volvió a realizar los cuestionarios del principio y se observó que los valores de autocompasión lograron un gran contraste (aumentaron), el AE mejoró de forma positiva y el bienestar tanto físico como psicológico de los profesionales fue positivo. Es imprescindible saber que el mindfulness es la capacidad personal que permite enfocar la atención a la experiencia en el momento presente involucrando todos los sentidos, así se concluye que los programas fundamentos en mindfulness provocan cambios en la actitud de los profesionales, sobre todo a nivel psicológico.

Otro gran cambio a tener en cuenta es el propuesto por “García Iglesias” en su tesis doctoral, pues describe a la enfermera de práctica avanzada (EPA) haciéndola imprescindible a la hora de mejorar el sistema sanitario público, en términos costo-beneficio y en términos de mejora de la accesibilidad y la calidad de los servicios prestados al ciudadano. Se entiende por EPA, aquella enfermera con un postgrado realizado y que tiene una base de conocimientos expertos, habilidades a mostrar en situaciones que requieren decisiones complejas y con competencias clínicas necesarias para realizar un trabajo profesional ampliado, cuyas características vienen determinadas por el contexto o por el país en el que la enfermera ejerza su actividad, siempre de manera acreditada. El concepto de BO lo sigue enfocando como tridimensional, afectando a la salud mental de los trabajadores y de la empresa, cuyas consecuencias cobran mayor importancia en un entorno hospitalario. Coincidiendo con la revisión bibliográfica de “Ruymán Brito, Domingo Fernández y Leticia Cuéllar”, en esta tesis, “García Iglesias” afirma que: *“Ser enfermera asistencial en tiempos de COVID-19 puede ser una profesión complicada y no está exenta de riesgos”*. Menciona la falta de recursos materiales que estuvo presente en el momento, las largas horas de trabajo, las situaciones vividas que han enfrentado difíciles juicios éticos y morales, y pese a ello, sigue presente la resiliencia, el compromiso laboral, el cual presenta valores medio-altos.

Se llega a la conclusión de que la situación ocasionada por el COVID-19 ha afectado a la salud mental de las enfermeras, principalmente a las que han estado en primera línea, debido al tiempo de trabajo, el servicio en el que se encontraban, además de los factores personales, situacionales y organizacionales. También “Noelia González Prieto”, enfermera de la URPA del “HUCA”, refleja su experiencia en un breve artículo, relatando la ansiedad y el respeto vivido al tratar con pacientes COVID por primera vez. El apoyo entre enfermeras fue un pilar fundamental, pues el AE estaba presente a diario. Los protocolos que cambiaban de forma continua y las medidas de higiene e incluso de acceso a la unidad, hacían que la ansiedad aumentara de forma considerable. No solo escaseaba el material necesario para trabajar sino también el propio personal, sumado a la distancia social entre compañeros y familia generaban una ansiedad ilimitada. La pandemia y las medidas adoptadas han hecho que la salud mental de las personas, especialmente la de las enfermeras, esté afectada, de modo que, es necesario afrontar el impacto emocional a través de programas que fomenten la actividad física, realizar técnicas de relajación y respiración con el fin de disminuir el

estrés y la ansiedad, fomentar el contacto con el resto de personas que comparten la jornada, siendo ideal que fueran los propios hospitales o los centros de salud en los que se encuentran las enfermeras, quienes brinden ese apoyo emocional con el fin de mejorar su salud mental. Igualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala la importancia que tienen los líderes del equipo, en este caso, supervisores y las entidades competentes de mantener al equipo de trabajo protegido del estrés crónico, asegurar una buena comunicación con información indispensable y de calidad, y ofrecer el acceso a los servicios de salud mental, motivando a que sean utilizados.

La COVID-19, el BO, tipo de servicio, jornada laboral, son muchos los estresores que afectan a la salud mental de las enfermeras, sin embargo, la ansiedad también está presente en las enfermeras de atención primaria. “Jesús Vega González” realizó un proyecto de investigación con el objetivo de averiguar qué factores laborales son lo que prevalecen y contribuyen a la aparición de la ansiedad en los profesionales sanitarios de atención primaria (AP), concretamente en la isla de Tenerife. Se trata de una investigación de tipo descriptiva, prospectiva y de corte transversal, con un tiempo de duración aproximado de un año y se realizará en todos los centros de salud de la isla. Describe la ansiedad como una mezcla de distintas expresiones físicas y psíquicas sin relación con un peligro en el momento presente, sino que aparece en forma de crisis de manera reiterada y sin motivo aparente que puede llevar al pánico; podría ser sinónimo de miedo, pero no se deben confundir, ya que el miedo si se presenta el momento presente. La ansiedad podría ser causa de una futura depresión, pudiendo clasificar esta última en subapartados de episodio depresivo leve, moderado. Grave sin síntomas psicóticos o con síntomas psicóticos, o clasificarse como otros episodios depresivos; cumpliendo siempre los tres síntomas típicos de la depresión: ánimo depresivo, anhedonia y fatigabilidad.

A este trastorno que afecta a la salud mental de las enfermeras, concretamente las de AP de Tenerife, se le añade el problema de los contratos laborales (el tipo de contrato) y la dispersión geográfica de los centros de salud y domicilios a los que hay que acudir. Este proyecto refleja el problema que existe en cuanto a sobrecarga laboral existente (cupos de más de 1500 pacientes por enfermera y que éstos presentan altos niveles de dependencia), formación que se requiere para las pluripatologías que puedan presentar todos esos pacientes, la incertidumbre que tienen los profesionales sobre su contrato, ya que estos son de pocos días de duración, el tipo de pacientes que se va a atender, y hasta los propios compañeros con los que se va a compartir la jornada laboral.

A estos estudios consultados le podemos incorporar las estrategias de intervención ante el síndrome del quemado que propone el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a través del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, como puntos a destacar propone que el apoyo social

de compañeros y superiores debería de estar institucionalizado a través de encuentros regulares establecidos; dichos encuentros ,favorecen a su vez, la necesidad humana básica de comunicación entre las personas, además de dar información técnica, supervisión y apoyo emocional.

La identificación del problema, impulsar la participación en crear vínculos sociales al tiempo que se consolida la dinámica grupal es un camino hacia la mejora y prevención del síndrome del quemado; aumentando el control del trabajador acerca del manejo de sus emociones derivadas del trabajo realizado.

Este organismo constata la necesidad de la intervención de un profesional especializado en la materia para evaluar los daños que pueda sufrir el trabajador que padezca o que esté en riesgo de padecer burnout y proponer medidas de intervención individual, si fuera el caso, y sobre todo medidas relacionadas a las condiciones de trabajo, tanto a efectos de intervención inmediata como a efectos de prevenir en un futuro que los riesgos y los antecedentes causen daños por síndrome del quemado a los trabajadores.

5. CONCLUSIONES

El BO está presente a diario en los trabajadores, especialmente en las enfermeras asistenciales, que tratan con personas, exponiendo sus emociones en cada situación vivida. Llegando a la conclusión de que son muchos los estudios que contienen información sobre este síndrome, sin embargo, no son tantos los que proponen estrategias para su prevención, control y disminución, o al menos no están tan detallados.

Por otra parte, las instituciones competentes no gestionan este asunto con el fin de proteger la salud mental de las enfermeras, que posteriormente somatizan esas emociones. No sólo existe una mala gestión por parte de los organismos que deberían de responsabilizarse de este problema, sino que directamente no ponen en práctica las estrategias que actualmente están detalladas con el fin de formalizarlas y cuidar de quien nos cuida, para que esta categoría profesional pueda verse beneficiada y pueda continuar con su labor, la cual beneficiará a un mayor número de personas.

Estrategias a nivel personal como el mindfulness, entrenamiento de la asertividad, resolución de problemas y técnicas para manejar emociones; estrategias a nivel organizacional en las que el trabajador sea participe a la hora de elaborar turnos, horarios, plantee objetivos para trabajar en equipo y estrategias a nivel grupal con el fin de mejorar la comunicación entre compañeros, el apoyo social y la adquisición de nuevas habilidades contribuyen de forma positiva en la prevención y mejora del BO.

6. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Martínez Martín, M.L; Chamorro Rebollo, E. Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero [Internet]. Google Books. Elsevier Health Sciences; 2017 [consultado 19 Feb 2022]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=ZGawDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=historia+del+cuidado&ots=k1c6Y9ktt5&sig=OfA51DgLyLR3JrgO6g8mCCn3fuY#v=onepage&q&f=false>.
- (2) Siles González J. (1957-). Historia de la enfermería [Recurso electrónico]. Madrid: Madrid: DAE; 2011. [pag:263-386]. [consultado 28 mar 2022]. Disponible en: <https://www-enferteca-com.accedys2.bbtck.ull.es/?infolibro=592>.
- (3) Pons Fernández S. Breve estudio sobre la historia de la enfermería. [TFG]. Universidad de Alicante; 2016-2017. [Internet] [citado 2 abril 2022]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/67698/1/HISTORIA_DE_LA_ENFERMERIA_E_SPANOLA_DESDE_EL_PERIODO_PONS_FERNANDEZ_SARA.pdf.
- (4) Grau, A; Suñer, R; García, M.M. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2005 Dic 1 [citado 19 Feb 2022]; 19(6):463–70. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000600007.
- (5) Arrogante, O; Aparicio Zaldívar, E.G. Síndrome de burnout en los profesionales de cuidados intensivos: relaciones con la salud y el bienestar. Enfermería Intensiva. 2020 Apr;31(2):60–70. [citado 1 abril 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-sindrome-burnout-profesionales-cuidados-intensivos-S113023991930046X#:~:text=Nuestro%20estudio%20determin%C3%B3%20las%20dimensiones,el%20bienestar%20subjetivo%20y%20psicol%C3%B3gico>.
- (6) Brito Brito, P.R; Fernández Gutiérrez, D.A; Cuéllar Pompa, L. Manejo emocional de la crisis sanitaria ante el coronavirus: una revisión narrativa. Enfermería Clínica 2021;31: S107-S111. [consultado febrero 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/accedys2.bbtck.ull.es/science/article/pii/S1130862120303077>.
7. Muñoz Camargo, J.C. Síndrome de burnout en unidades de cuidados intensivos. Enfermería Intensiva. [Internet]. 2007 [citado 13 Abr. 2022];18(1):1–2. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-sindrome-burnout-unidades-cuidados-intensivos-13099996>.
8. Gil Monte P. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería [Internet] ResearchGate.2003 [citado 26 abril 2022]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/263161122_El_sindrome_de_quemarse_por_el_trabajo_sindrome_de_burnout_en_profesionales_de_enfermeria.

9. Díaz Herrera, N, Mendoza Arzola, R. Estrés y Burnout en los Profesionales de Enfermería. Sindicato de Enfermería. Canarias; 2005. Edit. SATSE. pág.:35-46 [consultado 26 abril 2022].
10. Romero Gil J. Diseño de un programa para disminuir los síntomas del burn out en los profesionales sanitarios. Universidad de Almería. Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia, División de enfermería y fisioterapia. [TFG] [Internet] 2012 [citado 26 abril 2022]; pág: 5-10. Disponible en: <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/2369/trabajo.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
11. Gobierno de España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en España. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. [Internet]. 2003. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación. [consultado 26 abril de 2022]. Disponible en: https://www.insst.es/documents/94886/327446/ntp_704.pdf/9a205bee-9bd7-4221-aae-39b737974768.
12. Olivares Faúndez V. Laudatio: Dra. Christina Maslach. Comprendiendo el Burnout. Ciencia & trabajo [Internet] [consultado 26 abril 2022] 2017 Apr;19(58):59–63. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cyt/v19n58/0718-2449-cyt-19-58-00059.pdf>.
13. OMINT S.A. Cuestionario-Burnout. [Internet] [consultado 26 abril de 2022]. Disponible en: <http://www.omint.com.ar/website2/Portals/0/images/news-prestadores/CUESTIONARIO-BURNOUT-INTERACTIVO.PDF>.
14. Ortega Ruiz, C; López Ríos, F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas I. International journal of clinical and health psychology (IJCHP) 2004;4(1):137-160. Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-100.pdf.
15. Rubio Cebrián, S; Repullo Labrador, J.R; Rubio González, B. Diccionario de gestión y administración sanitaria [Internet] Madrid. 2018. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades [acceso 29 abril 2022] pág: 224 y 271. Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=16/01/2019-18449aa851>.
16. ASALE R. Prevención. Real Academia Español. RAE; 2021. Diccionario de la lengua española; Edición del Tricentenario. [Internet] [consultado 28 abril 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/prevenci%C3%B3n#JEUmCj3>.
17. Gracia Gozalo, R.M. R.M; Ferrer Tarrés, J.M; Ayora Ayora, A; Alonso Herrero, M; Amutio Kareaga, A. y Ferrer Roca, R. Aplicación de un programa de mindfulness en profesionales

- de un servicio de medicina intensiva. Efecto sobre el burnout, la empatía y la autocompasión. [Internet] Med Intensiva (Ed. Eng.) 2019 mayo; 43(4), pp. 207-216. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-aplicacion-un-programa-mindfulness-profesionales-articulo-S0210569118300512>.
18. García Iglesias, J.J. Condiciones psicosociales de las enfermeras en el desempeño de sus funciones dentro del territorio español. Huelva: Tesis doctoral. Universidad de Huelva; departamento de psicología clínica, experimental y social; 2021. [Internet] [acceso 2 mayo 2022] pág:176. Disponible en: https://proxy.europeana.eu/593/https___hispana_mcu_es_lod_oai_rabida_uhu_es_10272_19962_ent0?view=http%3A%2F%2Frabida.uhu.es%2Fdspace%2Fbitstream%2F10272%2F19962%2F%2FCondiciones_psicosociales.pdf&disposition=inline&api_url=https%3A%2F%2Fapi.europeana.eu%2Fapi.
 19. Icart Iserm, M.T; Canela Soler, J. El uso de la hipótesis en la investigación científica. Atención Primaria. 1998; 21(3): 172-178. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-uso-hipotesis-investigacion-cientifica-15038>.
 20. González Prieto N. El Síndrome Burnout en enfermeros durante la atención a pacientes con COVID-19 en unidades de cuidados intensivos. RqR Enfermería Comunitaria 2021;9(3):5-11. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8330472>.
 21. Vega Gonzalez. J. Ansiedad en profesionales de enfermería de Atención primaria en Tenerife. Máster en Investigación, Gestión y Calidad en Cuidados para la Salud. Universidad de la Laguna; 2020. [internet] [consultado 3 mayo 2022]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/19946/Master%20en%20Investigacion%2c%20Gestion%20y%20Calidad%20en%20Cuidados%20para%20la%20Salud..pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

7. ANEXOS

Anexo 1: cálculo de puntuaciones.

Estado evaluado	Preguntas evaluadas	Puntuación Obtenida	Signos de Burnout
AE	1-2-3-6-8-13-14-16-20		> 26
DP	5-10-11-15-22		> 9
RPT	4-7-9-12-17-18-19-21		< 34

Anexo 2: valores de referencia.

	BAJO	MEDIO	ALTO
AE	0-18	19-26	27-54
DP	0-5	6-9	10-30
RPT	0-33	34-39	40-56

Anexo 3: cuestionario “MBI”.

Frecuencia	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
2. Me siento agotado cuando termino mi jornada de trabajo.							
3. Al levantarme por la mañana y tener que enfrentarme a otro día de trabajo me encuentro fatigado .							
4. Entiendo fácilmente lo que sienten los pacientes.							
5. Creo que trato como si fueran objetos a algunos pacientes.							
6. Estoy en tensión cuando trabajo todos los días con pacientes.							
7. Siento que me enfrento muy bien con los problemas que presentan los pacientes.							
8. Me siento quemado por mi trabajo.							

9. Siento que influyo positivamente en la vida de los demás con mi trabajo.							
10. Considero que mi comportamiento es más duro desde hago este trabajo.							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.							
12. Me siento muy activo.							
13. Me siento frustrado por mi trabajo.							
14. Siento que paso mucho tiempo en mi trabajo.							
15. Me es indiferente lo que le ocurra a los pacientes que atiendo.							
16. Trabajar en contacto directo con personas me causa estrés.							
17. Considero que tengo facilidad para crear un buen ambiente en el trabajo.							
18. Me siento activo después de haber trabajado con los pacientes.							
19. Creo que he realizado tareas muy valiosas en mi trabajo.							
20. Me siento como si estuviera en el límite de mis posibilidades.							
21. Siento que sé tratar de manera calmada los problemas en mi trabajo.							
22. Siento que los que me rodean en mi trabajo me culpan de sus problemas.							