



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

*Relación entre cuidados paliativos y el síndrome de
burnout en enfermeros del Hospital Nuestra Señora de
Candelaria.*

Alumna: Elena Herrera Aguiar.

Doctora: Prof. M^a del Carmen Rijo Hernández.

Titulación: Grado En Enfermería.

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería.

Tenerife.

Universidad de La Laguna.

Fecha: Junio 2022.

RESUMEN

Los cuidados paliativos son aquellos que se realizan al final de la vida del paciente que se centran en aliviar y ayudar al enfermo a estar los últimos días de vida sin dolor y en paz. Requieren atención enfermera y muchas veces, una toma de decisiones urgentes que pueden desembocar en un estrés continuo de la enfermera debido a los minuciosos cuidados y a la convivencia con la muerte, al tratarse de pacientes con enfermedad terminal. De ahí que el objetivo principal de nuestra investigación sea conocer el nivel de burnout de los enfermeros y enfermeras en la unidad de paliativos en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, siendo éste un diseño de carácter cuantitativo, analítico, transversal. Nuestro universo de estudio serán los enfermeros que atienden a pacientes de cuidados paliativos del Hospital de Ofra, pasando el cuestionario a un total de 24 enfermeros. El tiempo que nos ha llevado la realización de nuestra investigación ha sido un total de 7 meses. Una vez hemos analizado los datos, se ha obtenido un bajo índice de burnout en el personal sanitario que se ha ofrecido a realizar la encuesta, por lo que llegamos a la conclusión de que el personal está satisfecho con su trabajo y disfruta ejerciendo su profesión.

PALABRAS CLAVE: enfermedad terminal, cuidados paliativos, síntomas, burn-out, estrés, enfermera.

ABSTRACT

Palliative care is care at the end of a patient's life that focuses on relieving and helping the patient to spend the last days of life in peace without pain, requiring nursing attention and often urgent decision making that can lead to continuous stress on the part of the nurse due to the meticulous care and constant dealing with death when treating this type of terminally ill patient. Hence, the main objective of our research is to know the level of burnout of nurses in the palliative care unit at the Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, this being a quantitative, analytical, cross-sectional design. Our study universe will be the nurses who attend palliative care patients at the Ofra Hospital, passing the questionnaire to a total of 24 nursing professionals. The time it has taken us to carry out our research has been a total of 7 months. Once we have analyzed the data, we have obtained a low burnout index in the health personnel who volunteered to carry out the survey, so we conclude that the personnel are happy with their work and enjoy exercising their profession.

KEYWORDS: terminal illness, palliative care, symptoms, burn-out, stress, staff nurse.

ÍNDICE

Marco teórico

- Introducción y antecedentes..... 1
- Justificación..... 12

Objetivos

- Objetivo general..... 13
- Objetivos específicos..... 13

Metodología

- Diseño14
- Población diana 14
- Muestra 14
- Variables e instrumentos de medida..... 14
- Método de recogida de información..... 14

Consideraciones éticas..... 15

Resultados 16

Discusión de resultados..... 26

Cronograma..... 28

Presupuesto..... 28

Bibliografía..... 29

Anexo

- Anexo I 33

MARCO TEÓRICO

▪ INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

Muchas veces, en enfermería nos centramos en la cura de los pacientes, sin embargo, en este tipo de enfermedades en fase terminal, el objetivo no es curar, sino cuidar proporcionando la máxima calidad de vida hasta que la muerte llegue, y mientras la enfermedad siga avanzando, evitar el dolor y conseguir el máximo confort brindándoles consuelo y paz en vez de una cura.

Antes de empezar a hablar de los cuidados paliativos, es bueno saber en qué se situaciones se realizan éstos cuidados, concretamente podemos hacer uso de ellos en pacientes con enfermedades terminales, que según la definición de la OMS “es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses), es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico y psicológico) en la familia y el paciente.”⁽¹⁾

En este tipo de enfermedades, existen una serie de características que todos los pacientes pueden llegar a tener en común y que nos ayudarán a entender la verdadera definición:

- La presencia de una enfermedad avanzada e incurable que progresa.
- No hay posibilidades de respuesta a un tratamiento exacto y específico.
- Presencia de problemas que pueden ser múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- El pronóstico de vida es inferior a los seis meses.⁽²⁾

Antiguamente, los cuidados paliativos fueron diseñados para pacientes con cáncer, actualmente han evolucionado, incluyendo otro tipo de condiciones como una insuficiencia específica (ya sea cardíaca, renal...), el sida, pacientes con COVID-19, enfermedades degenerativas del SNC, pacientes geriátricos pluripatológicos terminales y poliulcerados con inmovilismos irreversibles entre otras.^(1,2,3,4)

Según la OMS, este tipo de cuidados paliativos se definen como “un modo de abordar la enfermedad avanzada e incurable que pretende mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes, que afrontan una enfermedad que amenaza su vida, como la de sus familias, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de un diagnóstico precoz, una evaluación adecuada y el oportuno tratamiento del dolor y de otros problemas tanto físicos como psicosociales y espirituales”.⁽⁵⁾

Si nos adentramos en una guía sobre los cuidados paliativos, en La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) se ha publicado una en la que podemos encontrar los principales objetivos y las bases terapéuticas, además, se explica que a medida que la enfermedad progresa, se realizarán un mayor número de cuidados paliativos. Esta guía sugiere que las bases terapéuticas en pacientes con enfermedad terminal sean:

1. Proporcionar una atención integral individualizada y continuada, que no deje de tener en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales.
2. El enfermo no es el único a tratar, también se tendrá en cuenta a la familia y/o cuidadores por ser el principal apoyo del paciente.
3. Promover la autonomía del paciente y su dignidad.
4. Concepción terapéutica activa, tratando de incorporar una actitud rehabilitadora y activa que evite el “no hay nada más que hacer” que demuestra actitud negativa ante esta situación.
5. Hacer hincapié en crear una atmósfera de respeto, confort, soporte y como no, la comunicación, ya que se ha estudiado que influye potencialmente en el manejo de los síntomas. ⁽⁶⁾

Tanto las actitudes de los profesionales como la de los cuidadores, influirán en el ambiente que se cree, así como medidas de seguridad que promocionen la comodidad del enfermo y el respeto del profesional ante esta situación.

La guía aparte de las bases terapéuticas al paciente, también nos ofrece los instrumentos básicos para garantizar una buena calidad de vida, mediante el uso de los conocimientos actuales de los cuidados paliativos, los instrumentos son los siguientes:

1. **Control de los síntomas:** debemos reconocer, evaluar y tratar los síntomas que aparezcan y que inciden directamente en el confort del paciente. Algunos de estos síntomas pueden ser controlados, como el dolor, y en otros debemos promocionar la adaptación del enfermo a los mismos (anorexia).
2. **Apoyo emocional y comunicación:** para lograr establecer una relación honesta y franca, debemos comunicarnos tanto con el enfermo, la familia y el equipo terapéutico.
3. **Cambios en la organización:** estos cambios deben permitir el trabajo interdisciplinar y una adaptación flexible a los objetivos variables del enfermo.
4. **Equipo interdisciplinar:** es necesario una formación específica y apoyo adicional para así plantear los cuidados paliativos con un equipo que disponga de espacio y tiempo específicos para lograrlo. ⁽⁶⁾

La importancia de llevar a cabo cada uno de estos instrumentos, reside en los conocimientos y habilidades que derivan en disciplinas científicas, de ahí la importancia anteriormente nombrada, la actitud ante esta fase terminal.

La unidad de referencia de cuidados paliativos de la provincia de SC de Tenerife tiene un equipo formado por diferentes especialidades y profesiones, tales como médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, nutricionistas, trabajadores sociales, psicólogos, fisioterapeutas, capellán. ^(5, 7)

- Médicos. Existen 8 médicos, jefe de sección, internista, oncólogo, y los otros 5 son médicos de AP, cuya especialidad son medicina familiar y comunitaria.
- Enfermeros: son 9, la mayoría con amplia formación en cuidados paliativos.
- Auxiliares de enfermería: 8.
- Consejeros espirituales. 1 capellán.
- Trabajadores sociales. Un trabajador social que interviene asesorando y dando apoyo.
- Otros profesionales. Nutricionistas y fisioterapeutas, (compartidos con el resto de las unidades del hospital), 2 musicoterapeutas, y voluntariado de sociedad española de oncología SEO.
- Consejeros de duelo y/o psicólogos: 2 Psicólogas. Éstas ofrecen apoyo y orientación antes y después de la muerte de un ser querido en un centro de cuidado para pacientes terminales. ⁽⁸⁾

Uno de los objetivos anteriormente nombrados es el control de los síntomas en los cuidados paliativos, que a medida que la enfermedad avanza se presentarán múltiples síntomas de diferente intensidad y de origen multifactorial. Para realizar un buen abordaje se deberá tener en cuenta los siguientes principios generales:

1. Se realizará una evaluación antes de tratar, **evaluar antes de tratar**, en el sentido de evitar atribuir los síntomas sólo al hecho de tener el cáncer y preguntarse el mecanismo fisiopatológico concreto. Partiendo de la causa, se tendrá en cuenta la intensidad, el impacto emocional y físico incluyendo factores que provoquen y/o aumenten los síntomas.
2. Somos fuente de información, así que debemos de explicar las causas de estos síntomas sin tecnicismos para que logren entenderlos, así como las medidas terapéuticas a aplicar. Explicar, asimismo, los síntomas y la estrategia terapéutica a la familia y/o cuidadores.
3. La estrategia terapéutica que aplicar siempre será específica para cada síntoma, que abarcará medidas farmacológicas y no farmacológicas. Además, deben fijarse unos plazos para conseguir los objetivos y contemplar la prevención de nuevos síntomas que puedan aparecer.

4. Monitorizar los síntomas haciendo uso de instrumentos de medida estandarizados (escalas de puntuación o escalas analógicas) y esquemas de registro adecuados (esquema corporal del dolor, tablas de síntomas...).

Gracias a estos instrumentos de medida lograremos una correcta valoración que nos ayudará a clarificar los objetivos y tener un seguimiento logrando así mejorar nuestro trabajo comparando resultados.

5. Prestar atención a los mínimos detalles, hace que nos haga optimizar el grado de control de los síntomas y también minimizar cualquier efecto secundario de las medidas aplicadas. Que el equipo tenga actitudes y conductas adecuadas, como el saber escuchar o una risa, hace que disminuya la sensación de abandono y la impotencia, además de elevar el umbral de percepción del dolor por parte del paciente. ^(9, 10)

Nuestra profesionalidad siendo rigurosos en nuestra actuación, hará que se refleje en nuestros pacientes un mayor nivel de confort, con lo cual, llegamos a la conclusión que nutrirse de experiencia clínica, es beneficioso para nuestro paciente a la hora de tomar decisiones, evitando aquellas medidas de diagnóstico que alteren nuestra estrategia de forma significativa, así como evitar el retraso del tratamiento. Es de vital importancia la colaboración del equipo terapéutico elaborando, asumiendo, practicando y evaluando los objetivos en cada síntoma y en especial en el caso del dolor. ⁽¹⁰⁾ En nuestra profesión, el cuidado es la esencia dónde cobra todo el sentido en paliativos, dónde otras personas dependen al 100% de nosotros, haciendo que nuestro papel sea relevante en cuanto a la familia, paciente y como acompañar. ⁽¹¹⁾

En las fases terminales, se pueden ver numerosos síntomas, los cuales conllevan unos cuidados específicos y que debemos detectar a tiempo para evitar que éste progrese y la persona pueda descansar. Debemos tener en cuenta que los síntomas se pueden tratar, eliminándolos o no, en este caso, nuestro principal objetivo es aliviarlo. Y antes de hacerlo, debemos tener en cuenta de dónde viene, su intensidad, la manera en la que influye en su calidad de vida y llevar a cabo un seguimiento. ⁽¹²⁾

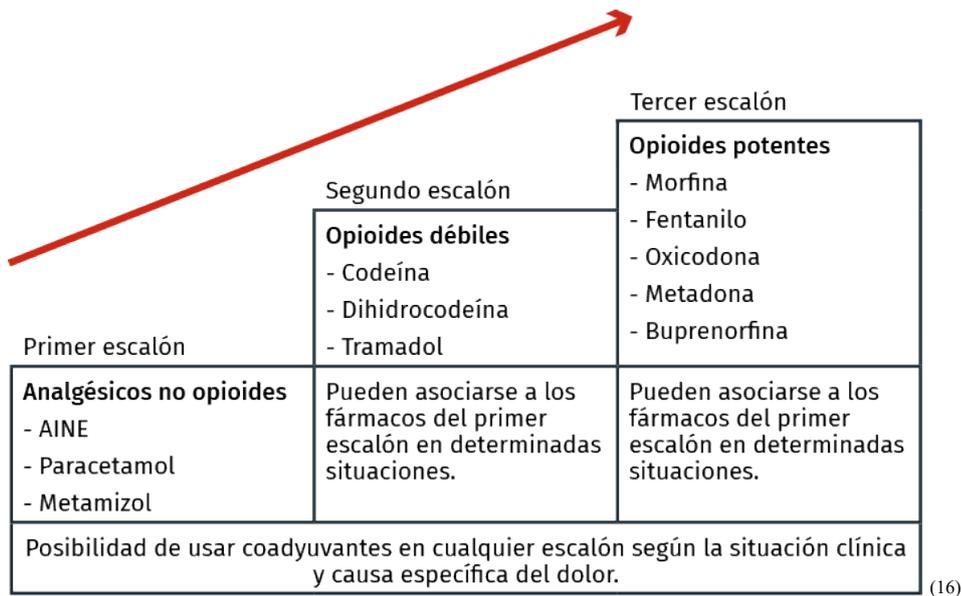
- **El dolor:** este síntoma, es el que más aterra al paciente, a medida que progresa la enfermedad, también aumenta este síntoma haciendo que afecte en la calidad de vida del paciente. El dolor, puede provenir de la enfermedad previa, de la inmovilización o del propio tratamiento. Además de ser una reacción física, se nutre de componentes psicológicos, social o cultural. Se puede clasificar dependiendo de su cronología, etiología y patogenia:

Según su cronología:
<ul style="list-style-type: none"> - Dolor agudo: sensación bien definida de inicio brusco, localizada en el tiempo, y de corta duración. - Dolor crónico: el dolor persiste durante tres meses. - Dolor irruptivo: dolor de intensidad moderada/intensa que aparece sobre la base de un dolor crónico.
Según su etiología:
<ul style="list-style-type: none"> - Consecuencias de un tumor. - Se asocia al tratamiento. - No tiene relación con ninguno de los anteriores.
Según su patología:
<ul style="list-style-type: none"> - Somático: se origina por la estimulación de los receptores del dolor en la zona afectada por el incremento de la presión siendo un dolor sordo y continuo. - Visceral: se origina por la afectación de una víscera hueca por infiltración, distensión o compresión de órganos en la cavidad torácica. Es un dolor continuo o cólico mal localizado. - Neuropático: afecta al sistema nervioso, por una lesión directa de estructuras nerviosas por invasión tumoral. Se puede manifestar como parestesias continuas o episodios de dolor lacinante. - Mixto: Como el nombre indica, es una mezcla de los dolores anteriormente explicados.

(13, 14)

Para erradicar el dolor, debemos seguir un tratamiento individualizado para cada paciente, y seguir una serie de recomendaciones para disminuirlo, como favorecer el sueño, un entorno agradable y compañía. La OMS, ha propuesto una escala de analgesia para paliar el dolor, con la posibilidad de usar fármacos adyuvantes, si fuera necesario, en el tratamiento farmacológico del dolor. Para su uso, debemos tener en cuenta la intensidad y la comorbilidad de cada enfermo. ^{(13,}

15)



- **Boca seca:** Es un problema habitual en este tipo de pacientes que con unos exhaustivos cuidados enfermeros podemos lograr mejorar para que la persona pueda comer, beber y hablar. Es ocasionado por medicación, infecciones, mala higiene, etc. Para ello, tenemos que seguir los siguientes cuidados:
 - ⇒ Realizar enjuagues después de cada comida con antiséptico oral.
 - ⇒ Cepillarse los dientes, lengua y cuidar la higiene si tiene prótesis dental. ⁽¹²⁾

- **Dificultades para tragar:** puede ser ocasionado por infecciones gastrointestinales, consecuencias de tratamiento o del tumor, incapacidad o debilidad. Para ello debemos:
 - ⇒ Triturar alimentos.
 - ⇒ Intentar crear una atmósfera tranquila.
 - ⇒ Dar la comida lentamente en bocados pequeños y con el paciente sentado.
 - ⇒ No dar sabores ácidos si tiene llagas en la boca. ^(12,13)

- **Insomnio:** Se define como la incapacidad de conciliar el sueño durante la noche. Puede aparecer con el miedo constante del paciente a la muerte, de dormir y no volver a despertar. Si no intentamos mejorar el sueño, puede derivar en cansancio, confusión e incluso dolor. Tenemos que intentar que el paciente:
 - ⇒ Concilie el sueño en un ambiente tranquilo.
 - ⇒ Evitar la siesta.
 - ⇒ Tomar infusiones.

- ⇒ Relajarse antes de ir a dormir (luz tenue).
- ⇒ Tratamiento pautado como los benzodicepinas. ⁽¹³⁾
- **Diarrea:** Se define como la evacuación de 3 o más veces de contenido líquido. El paciente puede referir dolor o retortijones. En este caso debemos:
 - ⇒ Evitar leche, lácteos en general y frutas ácidas.
 - ⇒ Tomar líquidos cada 30 minutos. Beber té o bebidas isotónicas para evitar la deshidratación. ⁽¹³⁾
- **Estreñimiento:** Lo conocemos como la evacuación irregular de heces duras y secas. Provoca molestias como: retortijones, náuseas, vómitos, dolor abdominal, flatulencias, etc. Muchas veces pensamos que como este tipo de pacientes ha reducido la cantidad de ingesta no es necesaria la deposición, pero debemos intentar que evacúe mínimo de 3 veces a la semana y en intervalos de 2-3 días. Puede ser provocado por la enfermedad, medicación, fisuras anales, hemorroides. Para mejorar este síntoma es recomendable:
 - ⇒ Asegurar una buena ingesta hídrica.
 - ⇒ Comer despacio y masticando bien.
 - ⇒ Aumentar el consumo de fibra.
 - ⇒ Uso de enemas y laxantes. ⁽¹³⁾
- **Dificultad respiratoria:** En este síntoma, la persona siente una ligera falta de aire, y una sensación de ahogamiento, causada por la propia enfermedad o por el tratamiento. Además del problema físico, al dificultar la comunicación, también sería un problema emocional. Para evitarlo o mejorarlo, intentaremos de:
 - ⇒ Aliviar la sequedad de la boca.
 - ⇒ Evitar que haya muchas personas en la habitación.
 - ⇒ Enseñar a realizar ejercicios respiratorios (inspirar y espirar).
 - ⇒ Uso de oxígeno teniendo en cuenta las saturaciones de oxígeno en sangre.
 - ⇒ Tratamiento farmacológico. ⁽¹³⁾
- **Confusión:** Lo vemos reflejado cuando el paciente tiene cierta dificultad para pensar con claridad y a la velocidad normal. Y puede tener como consecuencia la desorientación. Por lo tanto, realizaremos lo siguiente:
 - ⇒ Apoyo familiar.
 - ⇒ Evitar dormir por el día.

- ⇒ Toma correcta de medicación.
- ⇒ Recordarle al paciente antiguas vivencias. ⁽¹³⁾

○ **Delirio:** Se conoce por la alteración en cuanto al nivel de conciencia alterando así la percepción y la cognición. Para ello se emplean:

- ⇒ Medidas farmacológicas.
- ⇒ Las medidas no farmacológicas deben estar a disposición tanto del paciente como de la familia, ya que, para ellos, ver a un familiar así, puede ser muy frustrante. ⁽¹⁷⁾

Pese a la importancia de los anteriores síntomas, no podemos olvidarnos del síntoma refractario, que se define como aquellos síntomas que no pueden ser controlados pese a intentar conseguir un tratamiento que no perjudique la conciencia en un periodo de tiempo relativamente corto. En estas situaciones, el enfermo requiere una disminución de la conciencia para lograr el alivio. ^(18,19)

Para identificar este síntoma, es necesario programar una reunión con el resto del equipo y asegurarnos de que se trata de un síntoma refractario, sobretodo sabiendo la diferencia entre síntomas refractarios, y síntomas complicados, los últimos son los que requieren de una intervención farmacológica, instrumental y/o psicológica. ^(13,18)

Como ya hemos dicho anteriormente, en las fases terminales se incrementa el sufrimiento, que, pese a que intentemos atenuarlos, al ser tan intensos es difícilmente soportable para el paciente. Con el fin de lograr un alivio ante este sufrimiento intenso, existe la práctica llamada “sedación paliativa”, que mediante tratamiento farmacológico adecuado se reduce el nivel de conciencia para evitar el sufrimiento innecesario en sus últimos días, y bajo su consentimiento, o si no es posible, con el de su familia o representante. ⁽¹⁸⁾

Para comenzar con la sedación, debe ser considerada y discutida entre los profesionales de la salud, el paciente y su familia, ante un agravamiento del sufrimiento causado por los principales síntomas que son los siguientes: dolor, delirio, agitación y disnea. Y, como mínimo, se ven reflejados dos síntomas refractarios siendo los más comunes: dolor, fatiga, vómito, depresión, flojedad, decaimiento, cansancio, convulsiones, hemorragia, insomnio, sufrimiento, angustia y malestar. Es importante hacer hincapié en que la sedación, en ningún momento adelanta la muerte, solo pretende aliviar el sufrimiento y que la persona pase los últimos días sin dolor y tranquilo. Y, para que sea considerada ética y legalmente lícita debe reunir una serie de condiciones. ^(18,19,20)

1. Cuando aparece uno o más síntomas refractarios, se debe tener en cuenta la sedación paliativa.
2. El objetivo primordial es evitar el sufrimiento.
3. Solo está indicada en situaciones terminales o agonía.
4. Se debe explicar y discutir los objetivos con el paciente, su entorno y el equipo.
5. Para la disminución del nivel de conciencia se debe usar la dosis adecuada para logrando el alivio del sufrimiento.
6. Es importante obtener el consentimiento informado, verbal o escrito. En caso de imposibilidad de la persona, lo hará un tutor legal o representante.
7. En la historia clínica debe estar reflejado el consentimiento informado y toda intervención que se realice.
8. Debemos establecer un seguimiento sobre la sedación ayudándonos de la escala Ramsay y reflejarlo en la historia clínica. ⁽¹⁸⁾

La Escala de Ramsay es aquella que nos permite valorar el nivel de sedación en el paciente y es se usa en la unidad de paliativos por enfermeros y médicos. Es una escala subjetiva en la cual el objetivo primordial es evitar la sedación insuficiente. ⁽²¹⁾ Debemos realizar una evaluación continua para ver las necesidades del paciente y registrarlo al detalle con el ajuste de las dosis y sus respectivos fármacos y los cuidados que se imparten. ⁽²²⁾ Se clasifica en 6 niveles analizando los estímulos del paciente:

- **Nivel 1:** El enfermo se encuentra ansioso/agitado.
- **Nivel 2:** Tranquilo y orientado.
- **Nivel 3:** Se encuentra ya somnoliento.
- **Nivel 4:** Está dormido y puede responder rápidamente a estímulos sonoros.
- **Nivel 5:** Está dormido y puede responder lentamente a estímulos sonoros.
- **Nivel 6:** Sedado. ⁽²¹⁾



(23)

El papel de la enfermera es fundamental en todos estos meticulosos cuidados ya que es quien pasa más tiempo con el paciente y sus cuidadores, haciendo que se cree una atmósfera de confianza siendo fuente de información y muchas veces apoyo psicológico. Centrándonos en los cuidados paliativos, tenemos que saber que los cuidados se realizan siempre teniendo en cuenta la dignidad, el respeto y las opiniones del paciente. ⁽²⁴⁾

Muchos de estos cuidados, hacen que la enfermera se vea sumergida en un ambiente de mucha tensión y de mucho agobio, por lo tanto, acarrea un agotamiento físico, emocional y mental grave haciendo que los enfermeros se vean debilitados careciendo de energía y motivación ante una rutina laboral. Se define como síndrome de “Burnout” o síndrome del trabajador quemado como la pérdida gradual de preocupación y sentimientos hacia las personas y que desencadena en un aislamiento o deshumanización afectando a una gran cantidad de personal. Para evaluar el nivel de burnout, se emplea un instrumento de medida en formato de encuesta llamado “Maslach Burnout Inventory”. ^(25, 26)

Este síndrome, se ve reflejado en aquellos trabajos en el que los profesionales deben relacionarse con personas, por lo que los enfermeros, tienen alto índice de padecerlo. En España,

en trabajadores de salud, el índice de burnout es elevado oscilando entre un 30% y 40% y es importante saber que se ve ligeramente asociado a la personalidad del profesional, pero gracias a tres aspectos, podemos conocer a quienes suelen padecer este síndrome. ^(27,28)

1. Un deterioro del compromiso con el trabajo puede llegar a convertirse en un trabajo desagradable partiendo de la base de que antes no lo era.
2. Las emociones se ven desgastadas, no hay pensamientos optimistas desaparecen por completo, y solo vemos sentimientos de ira o ansiedad.
3. Desequilibrio entre el profesional y trabajo, suelen creer que el origen del síndrome es por factores ajenos al trabajo y es culpa del propio profesional, es decir, se crea una autoinculpación. ⁽²⁸⁾

Para prevenir el burnout, podemos tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Evaluar en cada trabajador su nivel de estrés. Para ello, deberán pasar una encuesta que sea capaz de evidenciar el nivel de burnout.
- Trabajo equitativo. Dividir bien las cargas de trabajo.
- Crear incentivos: hace que se reconozcan los esfuerzos del profesional aumentando así la motivación.
- Proporcionar herramientas adecuadas para impartir bien los cuidados.
- Aprobar vacaciones: En muchas ocasiones es una recarga de energía permitiendo que descansen y se evadan del trabajo.
- Integración en el equipo. Prestar ayuda a cualquier profesional siempre teniendo en cuenta la empatía y la formación.
- Flexibilidad en el horario laboral. ⁽²⁹⁾

▪ JUSTIFICACIÓN

A lo largo de nuestra vida es probable que hayamos conocido a alguien cercano que ha tenido que cuidar a un ser querido que se encuentra en la etapa final de la vida y que implican unos pequeños y grandes cuidados que no son tarea fácil. Los cuidados en esta etapa serán principalmente aportar comodidad, calidad de vida y alivio ante determinados síntomas para evitar el sufrimiento.

El síndrome de burnout fue declarado por la OMS como un factor de riesgo laboral, por eso es por lo que los gestores de los hospitales deberán estar siempre pendiente a cualquier desgaste profesional, ya que eso puede implicar una baja laboral por problemas de salud o bajo rendimiento. ⁽²⁹⁾

Lo pude comprobar cuando tuve la oportunidad de realizar mi último rotatorio de el último curso cuando me asignaron la planta de paliativos. Antes de entrar, estaba asustada por si no era capaz de sobrellevar la situación, ya que en las anteriores prácticas nos centrábamos más en curar, y en éstas todo lo contrario, en aliviar. Todas y cada unas de las enfermeras me enseñaron el respeto y dignidad que debíamos otorgarle al final de la vida a cada paciente y el trato con su familia, el aportar tranquilidad y crear una burbuja de intimidad para despedirse.

Una despedida que siempre recordaré fue el motivo para llevar a cabo mi Trabajo de Fin de Grado, cuando los familiares trajeron a dos perros de la paciente para poder despedirse, y ver como los perros notaban que la persona ya se podía ir en cualquier momento y no paraban de llorar y querer subirse a la cama, fue de lo más emotivo que he vivido, y sobretodo, dar las gracias a las enfermeras que hicieron posible esta despedida, ya que morir es inevitable, pero podemos ayudar a que sea un momento íntimo y tranquilo.

Ante estos cuidados, la enfermera se puede ver agotada ya que muchas veces el contacto permanente con la muerte, los cuidados estrictos, la jornada laboral, escasez de personal y la toma de decisiones, son factores que pueden resultar bastante complicados y agobiantes, incluso pudiendo llegar a afectar negativamente a la salud, su entorno familiar y social, la salud de las personas a las que presta los cuidados y el ambiente que se crea en el equipo sanitario, haciendo que aumente el nivel de estrés y burnout. ⁽³⁰⁾

OBJETIVOS

- **OBJETIVO GENERAL**

- Conocer el nivel de burnout de los enfermeros/enfermeras en la unidad de paliativos en el Hospital Universitario nuestra Señora de Candelaria.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conocer el tipo de cuidados enfermeros que se aplican en fase terminal.
- Medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout.
- Cuantificar el agotamiento emocional.
- Valorar el grado de despersonalización con actitudes de frialdad y distanciamiento.
- Medir el grado de autoeficiencia y realización personal en el trabajo.

METODOLOGÍA

▪ DISEÑO

El diseño de este estudio es de carácter cuantitativo, analítico, transversal.

▪ POBLACIÓN DIANA

Nuestro universo de estudio serán los enfermeros que atienden a pacientes de cuidados paliativos del Hospital de Ofra. Hemos pasado el cuestionario a un total de 24 profesionales enfermeros.

▪ MUESTRA

La recogida de datos se realizó entre los enfermeros que trabajaron en las plantas de paliativos y media-larga estancia. Para la obtención del tamaño de la muestra se tomarán en consideración los objetivos y las variables del estudio. Se ha estimado un tamaño muestral de: **24** participantes.

- Criterios de inclusión: En nuestra muestra se incluirán aquellos enfermeros que hayan ejercido en los últimos 3 meses en las plantas indicadas.
- Criterios de exclusión: Quedarían fuera de nuestra muestra, los enfermeros que no hayan trabajado en las plantas indicadas.

▪ VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

- Variables sociodemográficas:

En este estudio se incluirán una serie de variables sociodemográficas que permitan definir las características de la muestra estudiada.

- Sexo: variable cualitativa dicotómica, con dos opciones de respuesta (hombre / mujer).
- Edad: variable cuantitativa, con 3 opciones de respuesta (Menor de 30 / de 30 a 50 / mayor de 50).
- Unidad en la que trabaja es: variable cualitativa, con dos opciones de respuesta (paliativos / estancia media-larga).
- Tiempo trabajado en la unidad: variable cuantitativa, con 3 opciones de respuesta (Menos de 5 años / de 5 a 10 años / más de 10 años).

- Instrumento de medida:

La encuesta realizada fue Maslach Burnout Inventory, para detectar un posible síndrome del trabajador quemado. (Anexo I)

Test Maslach Burnout Inventory (MBI)								
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
2	Me siento cansado al final de una jornada laboral	0	1	2	3	4	5	6
3	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada laboral	0	1	2	3	4	5	6
4	Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes/usuarios	0	1	2	3	4	5	6
5	Creo que trato a algunos pacientes/usuarios como objetos impersonales	0	1	2	3	4	5	6
6	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	0	1	2	3	4	5	6
7	Trato muy eficazmente los problemas personales	0	1	2	3	4	5	6
8	Me siento quemado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
9	Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas	0	1	2	3	4	5	6
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	0	1	2	3	4	5	6
11	Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
12	Me siento muy activo	0	1	2	3	4	5	6
13	Me siento frustrado en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
14	Creo que estoy trabajando demasiado	0	1	2	3	4	5	6
15	En realidad, no me preocupa lo que ocurre a alguno de mis pacientes/usuarios	0	1	2	3	4	5	6
16	Trabajar directamente con las personas me produce estrés	0	1	2	3	4	5	6
17	Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
18	Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	0	1	2	3	4	5	6
20	Me siento acabado	0	1	2	3	4	5	6
21	Trato los problemas emocionales con mucha calma en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
22	Siento que los pacientes/usuarios me culpan por algunos de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6

(31)

▪ MÉTODOS DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

Como método de recogida de la información hemos empleado este cuestionario vía online (para evitar el uso de papel) en el que están recogidas todas las variables del estudio. Antes de realizar el cuestionario, se incluyó una breve descripción de éste junto los objetivos principales de nuestro estudio y se hizo hincapié en la confidencialidad y el anonimato de los datos. El acceso

a los sujetos de la muestra se realizó mediante una reunión con las supervisoras de cada planta para que pudiesen aportar el enlace del cuestionario a cada enfermero.

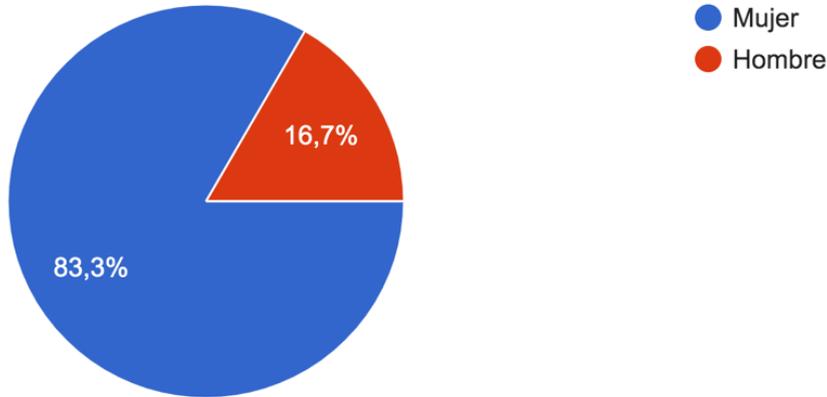
CONSIDERACIONES ÉTICAS

Con el fin de llevar a cabo este proyecto, realizamos un informe dónde se explicó el objetivo de nuestra investigación incluyendo así el consentimiento de las supervisoras de cada planta. Por lo que, nos pusimos en contacto con ellas para explicarle el propósito del trabajo, la metodología y la elaboración de los cuestionarios, que fueron anónimos y voluntarios y se entregaron al personal enfermero de la planta. Una vez recabada la información, nos encargamos de hacerles llegar un informe con los resultados del cuestionario una vez terminó la investigación.

RESULTADOS

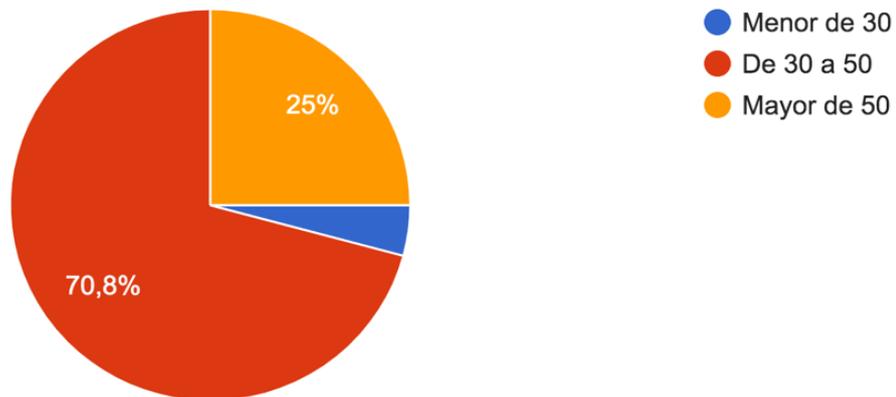
Sexo.

24 respuestas.



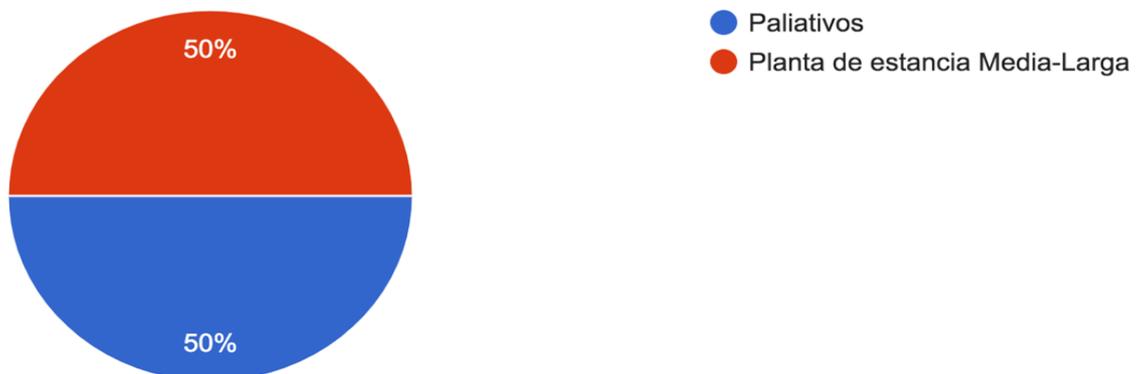
Edad.

24 respuestas.



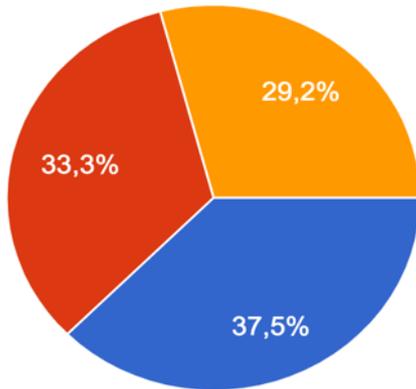
La unidad en la que trabaja es

24 respuestas.



Tiempo trabajado en la unidad.

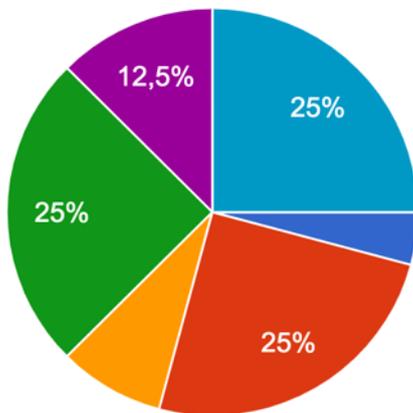
24 respuestas.



- Menos de 5 años
- De 5 a 10 años
- Más de 10 años

Me siento emocionalmente agotada por mi trabajo.

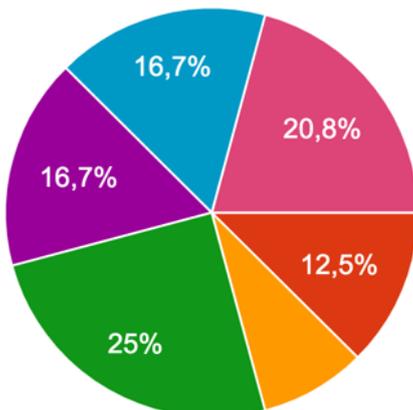
24 respuestas.



- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes o menos
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

Me siento cansado al final de una jornada laboral.

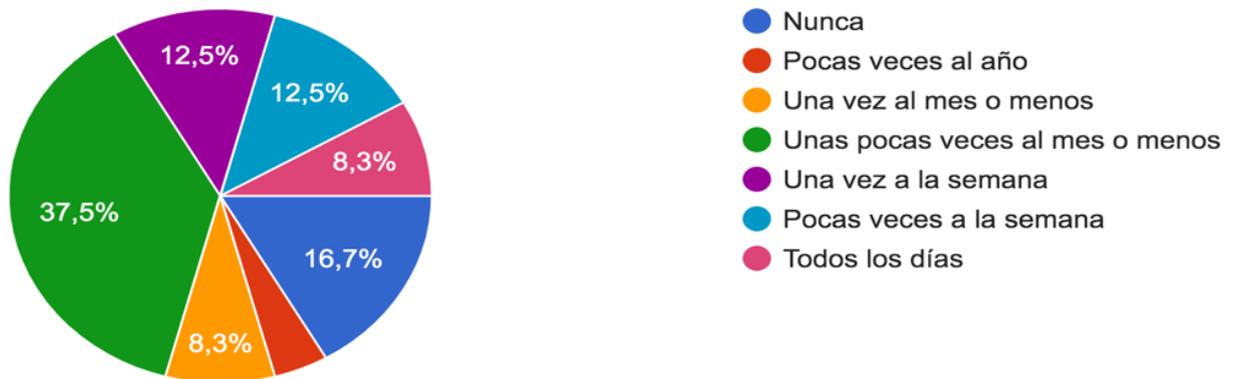
24 respuestas.



- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes o menos
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

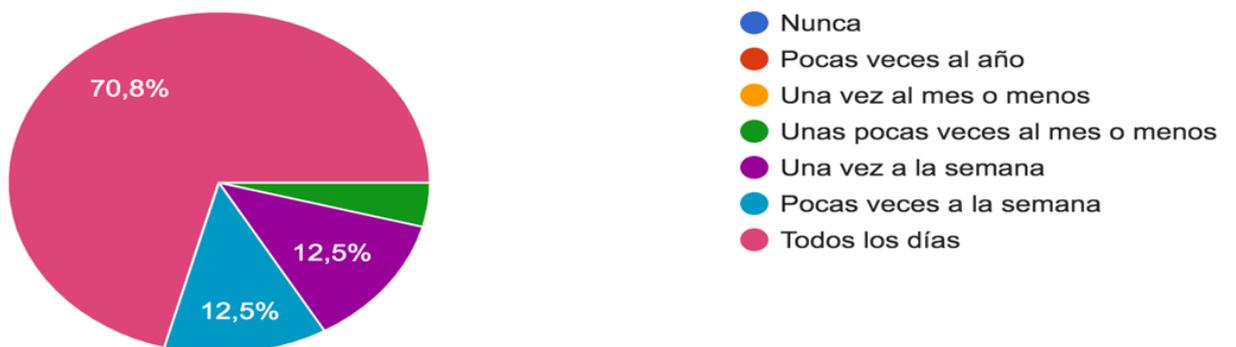
Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada laboral.

24 respuestas.



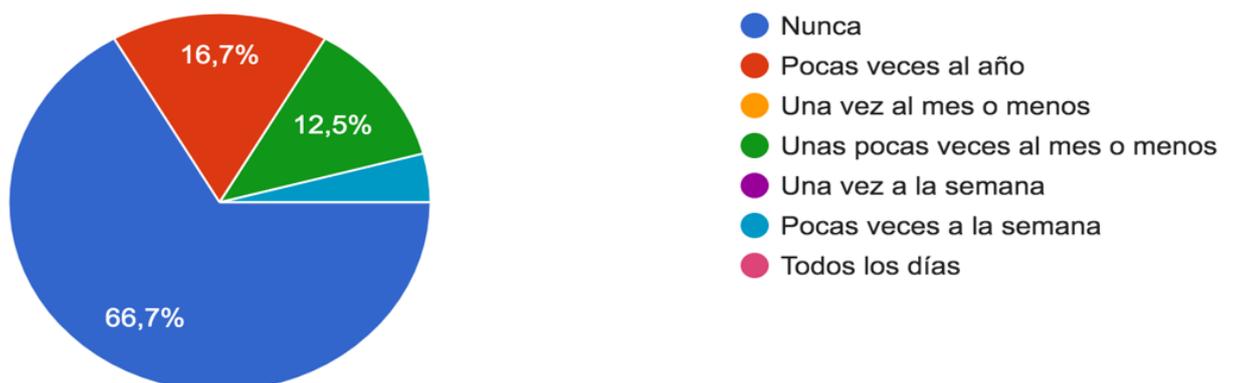
Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes/usuarios.

24 respuestas.



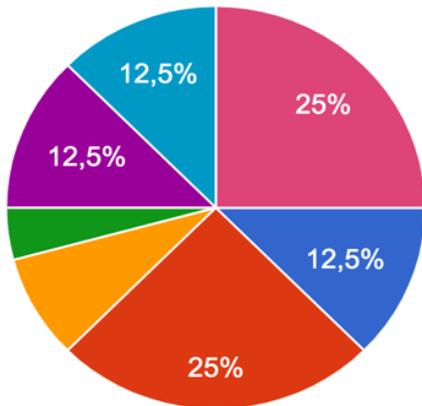
Creo que trato a algunos pacientes como objetos impersonales.

24 respuestas.



Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.

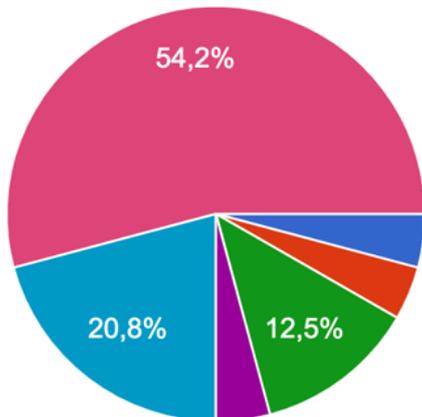
24 respuestas.



- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes o menos
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

Trato muy eficazmente los problemas personales.

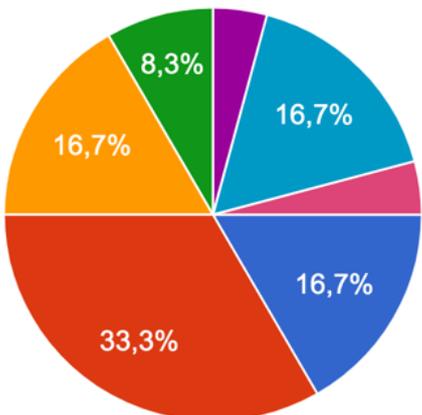
24 respuestas.



- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes o menos
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

Me siento quemado por mi trabajo.

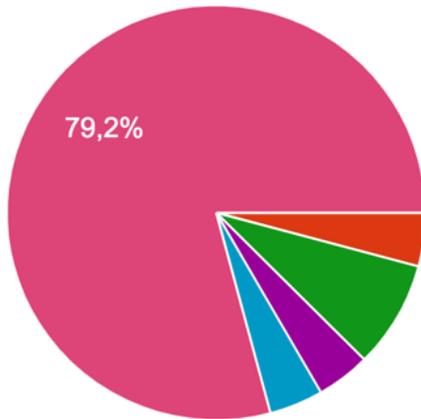
24 respuestas.



- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes o menos
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas.

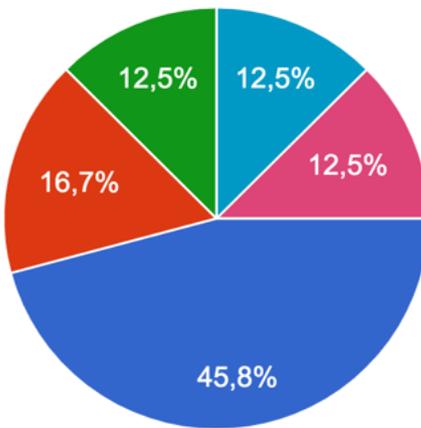
24 respuestas.



- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes o menos
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.

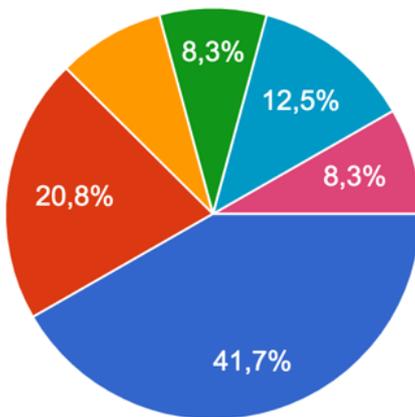
24 respuestas.



- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes o menos
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

Me preocupa el hecho de que éste trabajo me esté endureciendo emocionalmente.

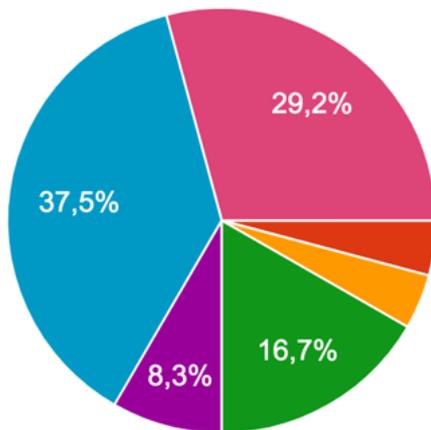
24 respuestas.



- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes o menos
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

Me siento muy activo.

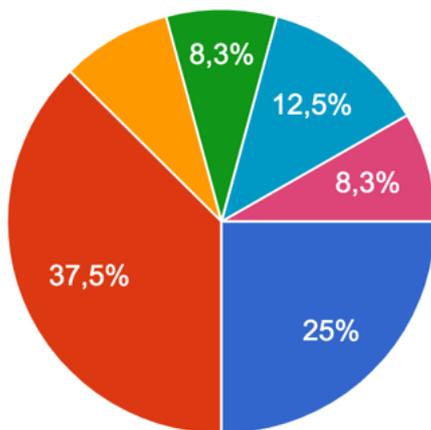
24 respuestas.



- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes o menos
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

Me siento frustrado en mi trabajo.

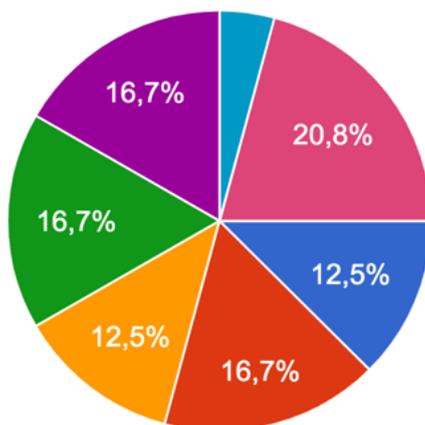
24 respuestas.



- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes o menos
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

Creo que estoy trabajando demasiado.

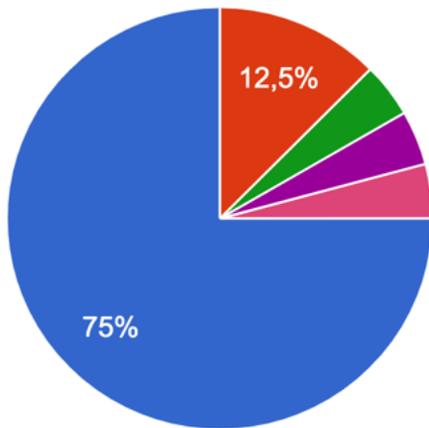
24 respuestas.



- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes o menos
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

En realidad, no me preocupa lo que le ocurre a alguno de mis pacientes.

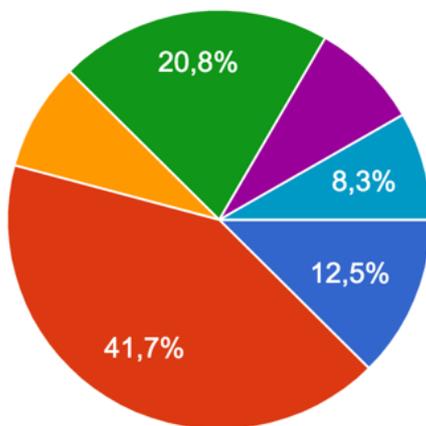
24 respuestas.



- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes o menos
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

Trabajar directamente con las personas me produce estrés.

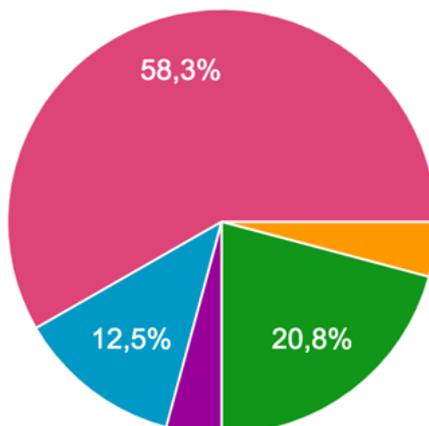
24 respuestas.



- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes o menos
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes.

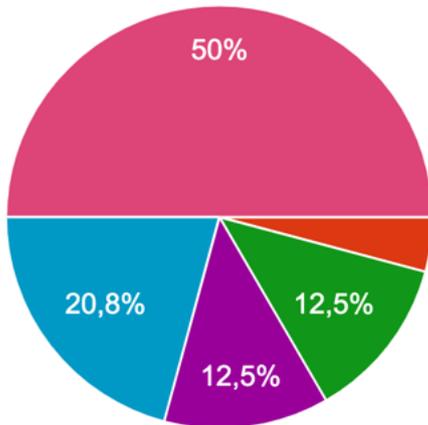
24 respuestas.



- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes o menos
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.

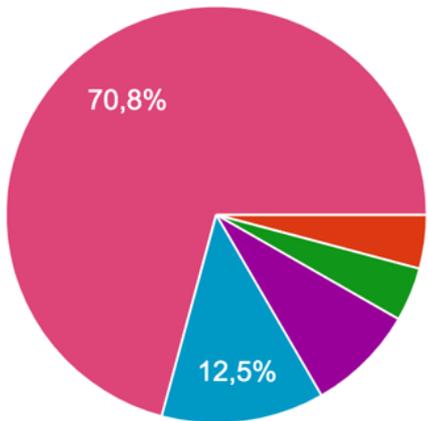
24 respuestas.



- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes o menos
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.

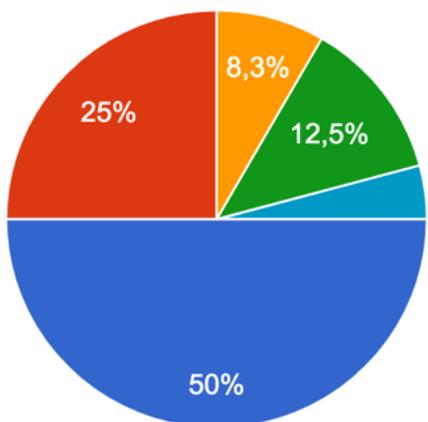
24 respuestas.



- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes o menos
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

Me siento acabado.

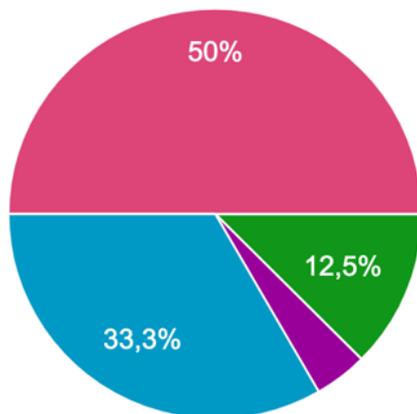
24 respuestas.



- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes o menos
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

Trato los problemas emocionales con mucha calma en mi trabajo.

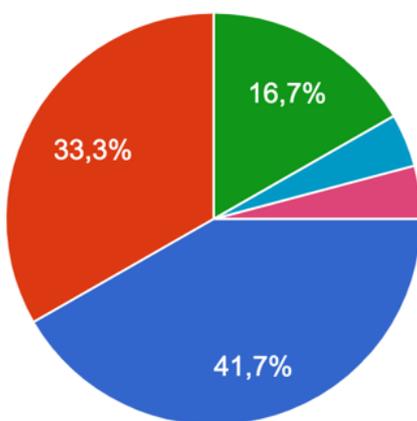
24 respuestas.



- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes o menos
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas.

24 respuestas.



- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes o menos
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Para la obtención de los resultados, realizamos una encuesta con el cuestionario de Maslach Burnout Inventory. El cuestionario consta de 22 preguntas que fueron contestadas con una escala de Likert de 7 opciones y con una puntuación máxima de 99. Gracias a él, podremos analizar 3 cuestiones:

1. *Agotamiento emocional*: la agrupan 9 ítems en los que se analiza el cansancio emocional debido a la alta cantidad de trabajo. Los ítems son 1,2,3,6,8,13,14,16,20. La puntuación máxima será de 54 puntos.
2. *Despersonalización*: lo componen los ítems 5,10,11,15 y 22, en los que valoramos el grado de frialdad y distanciamiento. La mayor puntuación será de unos 30.
3. *Realización personal*: está formado por 8 ítems, concretamente los 4,7,9,12,17,18,19 y 21. En el, veremos reflejado el nivel de autoeficacia y la máxima puntuación será un 48. En esta, a cambio de los dos términos anteriores, a menor puntuación, mas riesgo de experimentar el síndrome de burnout. ⁽³²⁾

Es normal que en el personal sanitario se vean reflejados indicios de un posible burnout, ya que el trato continuo y directo con personas, puede generar consecuencias sociales, mentales y laborales. Concretamente en la unidad de cuidados paliativos, se le añade la sobrecarga de convivir diariamente con la muerte, cuidados especializados y el sufrimiento, tanto del paciente como su familia, de ahí la importancia del cuestionario realizado ante una sospecha de un trabajador quemado para saber cómo actuar. El personal, ante situaciones inesperadas o de urgencia que requieren una respuesta rápida, pueden verse estresados y superados por el agobio que esto conlleva. Pero, investigando diferentes resultados de estos profesionales que ejercen su trabajo en cuidados paliativos, el nivel de burnout ha sido bastante bajo. ⁽³³⁾

Una vez obtenidos los resultados, iremos viendo la puntuación de las 3 cuestiones anteriormente dichas para valorar el nivel de burnout en trabajadores que cuidan a pacientes con enfermedad terminal.

En el **agotamiento emocional**, en la que se obtiene un total de 15 puntos sobre 54, que, al estar por debajo de 19, es indicador de un nivel bajo de burnout.

La **despersonalización**, en la que bajo un recuento hace que sumen 0 puntos sobre 15, significando esto un bajo nivel de despersonalización ya que es menor que 6. Esto nos da a

entender que pese al agotamiento y el estrés que se pueda dar en este servicio, no quita la profesionalidad y las ganas de cuidar al paciente.

La **realización personal**, se obtienen 47 puntos de 48, en este, al contrario que en los dos anteriores, una mayor puntuación, nos indicará un menor índice de burnout, y al ser mayor de 40 puntos, nos indica que los profesionales se sienten satisfechos con su trabajo viéndolo incluso como un logro.

Sumando las tres escalas, obtendremos un total de 62 puntos, que se considera un índice de burnout medio ya que está entre 34 y 66. No hay una puntuación de corte a nivel clínico para medir el burnout, pero nos podemos regir por puntuación alta en agotamiento emocional y despersonalización, y baja en realización personal, que es la que hemos obtenido ante en análisis de los resultados.

Esto implica, que, de momento, no hay ninguna sospecha de trabajador quemado tanto en la planta de paliativos como la media-larga estancia y podemos deducir que hay buen ambiente en el equipo, poca sobrecarga de trabajo y lo más importante, la vocación y el disfrute de ir a trabajar haciendo lo que más te gusta, cuidar.

No obstante, el estudio pasará a ser una encuesta que se podría realizar dos veces al año por la supervisora de la planta, para así estar alerta ante algún trabajador saturado y saber cómo actuar, fomentando la ayuda psicológica, implementar estrategias de prevención dirigidas a los trabajadores, fortalecimiento de capacidades comunicativas, medidas de bienestar y autocuidado, medios de comunicación, etc., para así intentar evitar o disminuir la afectación de salud y la calidad de vida de nuestros profesionales.

CRONOGRAMA

	D I C	E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	J U N
INICIO DEL TFG							
- Elegir y acotar tema	X						
- Buscar información		X	X	X	X	X	
DESARROLLO DEL TFG							
- Redactar índice y escoger el título			X				
- Definir objetivo			X				
- Redactar marco teórico y metodología				X	X	X	
- Entrega de cuestionarios				X			
- Resultados					X		
REDACCIÓN DEL TFG			X	X	X	X	
PREPARACIÓN DE LA DEFENSA							X

PRESUPUESTO

Como los cuestionarios se realizarán de manera online, no implica gasto del papel, y el tiempo invertido fue para mi un estímulo vía personal, es un proyecto que ha salido bastante económico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Buigues Mengual F, Torres Pérez J, Mas Sesé G, Femenía Pérez M, Baydal Cardona R. Paciente terminal]. Guía de Actuación Clínica en AP [Internet]. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap027terminal.pdf>
2. Guía de Cuidados Paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. www.secpal.com [Internet]. Guía de Cuidados Paliativos. [citado 25 enero 2022]. Disponible en: <http://www.secpal.com/Documentos/Paginas/guiaicp.pdf>
3. Tipos de enfermedades y cuidados paliativos [Internet]. Get palliative care [citado 25 enero 2022]. Disponible en: <https://getpalliativecare.org/es/whatis/disease-types/>
4. Pino Navaro CE. Cuidados paliativos: evolución y tendencias. Med Uis [Internet]. 2009 [citado 28 enero 2022]; 22 (3): 246 – 251. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/801>
5. ¿Qué son los cuidados paliativos? [Internet]. Medlineplus.gov. [citado 30 enero de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000536.htm>
6. Guía de cuidados paliativos. SECPAL [Internet]. Secpal.com. [citado 3 febrero 2022]. Disponible en: https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_3-objetivos-y-bases-de-la-terapeutica
7. ¿Quiénes forman parte de su equipo de cuidados paliativos? [Internet]. NIH Medline Plus Magazine [citado 3 febrero 2022]. Disponible en: <https://magazine.medlineplus.gov/es/art%C3%ADculo/quienes-forman-parte-de-su-equipo-decuidados-paliativos#:~:text=El%20equipo%20de%20cuidados%20paliativos,el%20tratamiento%20de%20una%20enfermedad.>
8. Cuidados terminales: alivio del enfermo terminal. Mayo Clinic [Internet]. www.mayoclinic.org [citado 3 febrero 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/end-of-life/in-depth/hospice-care/art-20048050>
9. Cuidados paliativos [Internet]. Organización Mundial de la Salud. Who.int [citado 3 febrero 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
10. Control de síntomas en cuidados paliativos. Fisterra [Internet]. Fisterra.com [citado 15 febrero 2022]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/control-sintomas-cuidados-paliativos/>

11. Guía de cuidados paliativos. SECPAL [Internet]. Secpal.com. [citado 15 febrero 2022]. Disponible en: https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_4-principios-generales-de-control-de-sintomas
12. Zulueta Egea M, Prieto Ursúa M, Bermejo Toro L. La calidad del cuidado enfermero en el ámbito paliativo. Cultura de los cuidados [Internet]. 2018 [citado 15 febrero 2022]; 22 (52): 195 – 203. Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/34322/Zulueta%2c%20Prieto%20y%20Bermejo%20%282018%29.%20La%20calidad%20del%20cuidado%20enfermero%20en%20el%20ámbito%20paliativo.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>
13. Guía para el control de síntomas en cuidados paliativos. escuela de pacientes.es. [citado 15 febrero 2022]. Disponible en: https://escueladepacientes.es/images/Pdfs/Control_de_sintomas_en_cuidados_paliativos.pdf
14. González García MT. Beneficio de los cuidados paliativos [Trabajo Fin de Grado]. La Laguna: Universidad de La Laguna. Recuperado de: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/5334/Beneficios%20de%20los%20cuidados%20paliativos..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Galve Calvo E. Manejo de los síntomas más frecuentes en cuidados paliativos (dolor y síntomas gastrointestinales). Paliativossinfronteras.org [Internet]. Disponible en: <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/MANEJO-DE-SINTOMAS-GALVE.pdf>
16. Vendrell M, de Gracia J, Oliveira C, Ángel Martínez M, Girón R, Máiz L, et al. Diagnóstico y tratamiento de las bronquiectasias. Arch Bronconeumol [Internet]. 2008 [citado 9 de marzo de 2022]; 44(11): 629–40. Disponible en: http://www.separcontenidos.es/bronquiectasias/index.php?frameInferior=normativassub2&ID_Normativa=&ID_SubPublicaciones=175&ID_SubPublicaciones2=246&Admin=0&Idioma=Esp&ID_Publicaciones=213&ID_MenuPublicaciones=84
17. Porta J, Serrano G, González J, Sánchez D, Tuca A, Gómez Batiste X. Delirium en cuidados paliativos oncológicos: revisión. Psicooncología. 2004 [citado 10 abril 2022]; 1 (2): 113 – 130. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404120113A>
18. Camacho Pizarro T, De la Ossa Sendra MJ, Duarte Rodríguez M, Fernández Lopez A, Fernández Romero RI, Luna Cano JJ, et al. Seguimiento protocolizado del tratamiento farmacológico individualizado en sedación paliativa [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfile/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/SEDACION%202019%20%281%29.pdf

19. Acedo Claro C, Rodríguez Martín B. Sedación paliativa. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2021 [citado 9 febrero 2022]; 14 (2): 93 – 97. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v14n2/1699-695X-albacete-14-02-93.pdf>
20. Leite Nogueira F, Kimiko Sakata R. Sedación paliativa del paciente terminal. Rev Bras Anestesiol [Internet]. 2012 [citado 10 abril 2022]; 62 (4): 1 – 7. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rba/a/6HWXszMptj6ZrVz7nHXWYTz/?format=pdf&lang=es>
21. Santiago A. Escala de Ramsay (evaluación del nivel sedación) [Internet]. yoamoenfermeria.com. 2017 [citado 10 abril 2022]. Disponible en: <https://yoamoenfermeriablog.com/2017/12/09/escala-ramsay-nivel-sedacion/>
22. De la Rica Escuin ML, Torrubia Atienza P, Moreno Mateo R, Lauroba Alagón P, Pérez Rosel J, Germán Bes C, et al. La sedación paliativa. Cuidando la salud [Internet]. 2016 [citado 15 abril 2022]; 13: 54 – 57. Disponible en: https://zaguan.unizar.es/record/61608/files/texto_completo.pdf?version=1
23. Escala de Ramsay [Internet]. Enfermería Creativa. 2016 [citado el 15 de abril de 2022]. Disponible en: <https://enfermeriacreativa.com/2016/11/21/escala-de-ramsay/>
24. Fhon JRS, Silva LM, Rodrigues RAP, Carhuapoma AME. Percepción de las enfermeras sobre cuidados paliativos: experiencia con pacientes oncológicos. Rev Iberoam Educ Investi Enferm [Internet]. 2018 [citado 24 abril 2022]; 8 (3): 28 – 36. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/284/percepcion-de-las-enfermeras-sobre-cuidados-paliativos-experiencia-con-pacientes-oncologicos/>
25. La OMS incluye el ‘burnout’ o ‘síndrome del trabajador quemado’ en su lista de enfermedades [Internet]. Enfermería21. 2019 [citado 24 abril 2022]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/la-oms-incluye-el-burnout-o-sindrome-del-trabajador-quemado-en-su-lista-de-enfermedades/>
26. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Rev Esp Salud Pública [Internet] 2004 [citado 24 abril 2022]; 78 (4): 506 – 516. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000400008
27. Gómez de Quero Córdoba M. Síndrome de burnout en enfermeras. Conocimiento enfermero [Internet]. 2020 [citado 25 abril 2022]; 10: 71 – 79. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8043566>
28. El – Sahili González LF. Burnout: consecuencias y soluciones. 1ª edición. México DF: El Manual Moderno; 2015.
29. Síndrome de Burnout: La importancia de detectarlo y prevenirlo [Internet]. Staffing Personal. 2017 [citado 1 mayo 2022]. Disponible en: <https://www.staffingpersonal.com/sindrome-de-burnout/>

30. Ordóñez Monak M. Caracterización del Síndrome del agotamiento laboral burnout en personal de cuidados paliativos. [Trabajo presentado como requisito para optar por el título de Especialista en Salud Ocupacional]. En: Bogota. Universidad del Rosario. Recuperado de: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/30717/ARTICULO%20MARLEN%20ORDONEZ%20UR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Plantilla de Maslach Burnout Inventory, para detectar un posible síndrome del trabajador quemado [Internet]. Disponible en: <https://www.ilerna.es/blog/fp-online/sindrome-de-burnout/>
32. MBI (Inventario de Burnout de Maslach). Fpsomc.es. [citado el 1 mayo 2022]. Disponible en: <https://www.fpsomc.es/sites/default/files/maslach.pdf>
33. Fernández Sánchez JC, Pérez Mármol JM, Peralta Ramírez MI. Influencia de factores sociodemográficos, laborales y de estilo de vida sobre los niveles de burnout en personal sanitario de cuidados paliativos. An Sist Sanit Navar [internet]. 2017 [citado 5 mayo 2022]; 40 (3): 421 – 431. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272017000300421

ANEXOS

▪ ANEXO I

Escala de Maslach burnout inventory, para detectar un posible síndrome del trabajador quemado.

Mi nombre es Elena Herrera Aguiar, estudiante de 4º de enfermería en la Sede de Tenerife. Me gustaría que me ayudases en mi Trabajo de Fin de Grado con el fin de conseguir los resultados de comparar el nivel de burn-out del enfermero en diferentes plantas del hospital. Una vez estén los resultados, se podrán hacer sugerencias para que haya una mejora en el sistema, de ahí la importancia de su colaboración. La participación es totalmente voluntaria y no estás obligado/a a responder si no quieres. Se guardará la confidencialidad en todo momento.

Muchas gracias por su colaboración.

Sexo.

- Mujer.
- Hombre.

Edad.

- Menor de 30.
- De 30 a 50.
- Mayor de 50.

La unidad en la que trabaja es...

- Paliativos.
- Media-larga estancia.

Tiempo trabajado en la unidad.

- Menos de 5 años.
- De 5 a 10 años.
- Más de 10 años.

Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo.

- Nunca. = 0
- Pocas veces al año o menos. = 1
- Una vez al mes o menos. = 2
- Unas pocas veces al mes. = 3

- Una vez a la semana. = 4
- Pocas veces a la semana. = 5
- Todos los días. =6

Me siento cansado al final de una jornada laboral.

- Nunca.
- Pocas veces al año o menos.
- Una vez al mes o menos.
- Unas pocas veces al mes.
- Una vez a la semana.
- Unas pocas veces a la semana.
- Todos los días.

Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada laboral.

- Nunca.
- Pocas veces al año o menos.
- Una vez al mes o menos.
- Unas pocas veces al mes.
- Una vez a la semana.
- Unas pocas veces a la semana.
- Todos los días.

Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes/usuarios.

- Nunca.
- Pocas veces al año o menos.
- Una vez al mes o menos.
- Unas pocas veces al mes.
- Una vez a la semana.
- Unas pocas veces a la semana.
- Todos los días.

Creo que estoy trato a algunos pacientes como objetos impersonales.

- Nunca.
- Pocas veces al año o menos.
- Una vez al mes o menos.
- Unas pocas veces al mes.
- Una vez a la semana.

- Unas pocas veces a la semana.
- Todos los días.

Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.

- Nunca.
- Pocas veces al año o menos.
- Una vez al mes o menos.
- Unas pocas veces al mes.
- Una vez a la semana.
- Unas pocas veces a la semana.
- Todos los días.

Trato muy eficazmente los problemas personales.

- Nunca.
- Pocas veces al año o menos.
- Una vez al mes o menos.
- Unas pocas veces al mes.
- Una vez a la semana.
- Unas pocas veces a la semana.
- Todos los días.

Me siento quemado por mi trabajo.

- Nunca.
- Pocas veces al año o menos.
- Una vez al mes o menos.
- Unas pocas veces al mes.
- Una vez a la semana.
- Unas pocas veces a la semana.
- Todos los días.

Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas.

- Nunca.
- Pocas veces al año o menos.
- Una vez al mes o menos.
- Unas pocas veces al mes.
- Una vez a la semana.
- Unas pocas veces a la semana.

- Todos los días.

Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.

- Nunca.
- Pocas veces al año o menos.
- Una vez al mes o menos.
- Unas pocas veces al mes.
- Una vez a la semana.
- Unas pocas veces a la semana.
- Todos los días.

Me preocupa el hecho de que éste trabajo me esté endureciendo emocionalmente.

- Nunca.
- Pocas veces al año o menos.
- Una vez al mes o menos.
- Unas pocas veces al mes.
- Una vez a la semana.
- Unas pocas veces a la semana.
- Todos los días.

Me siento muy activo.

- Nunca.
- Pocas veces al año o menos.
- Una vez al mes o menos.
- Unas pocas veces al mes.
- Una vez a la semana.
- Unas pocas veces a la semana.
- Todos los días.

Me siento frustrado/a en mi trabajo.

- Nunca.
- Pocas veces al año o menos.
- Una vez al mes o menos.
- Unas pocas veces al mes.
- Una vez a la semana.
- Unas pocas veces a la semana.
- Todos los días.

Creo que estoy trabajando demasiado.

- Nunca.
- Pocas veces al año o menos.
- Una vez al mes o menos.
- Unas pocas veces al mes.
- Una vez a la semana.
- Unas pocas veces a la semana.
- Todos los días.

En realidad, no me preocupa lo que le ocurre a alguno de mis pacientes.

- Nunca.
- Pocas veces al año o menos.
- Una vez al mes o menos.
- Unas pocas veces al mes.
- Una vez a la semana.
- Unas pocas veces a la semana.
- Todos los días.

Trabajar directamente con las personas me produce estrés.

- Nunca.
- Pocas veces al año o menos.
- Una vez al mes o menos.
- Unas pocas veces al mes.
- Una vez a la semana.
- Unas pocas veces a la semana.
- Todos los días.

Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes.

- Nunca.
- Pocas veces al año o menos.
- Una vez al mes o menos.
- Unas pocas veces al mes.
- Una vez a la semana.
- Unas pocas veces a la semana.
- Todos los días.

Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.

- Nunca.
- Pocas veces al año o menos.
- Una vez al mes o menos.
- Unas pocas veces al mes.
- Una vez a la semana.
- Unas pocas veces a la semana.
- Todos los días.

He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.

- Nunca.
- Pocas veces al año o menos.
- Una vez al mes o menos.
- Unas pocas veces al mes.
- Una vez a la semana.
- Unas pocas veces a la semana.
- Todos los días.

Me siento acabado.

- Nunca.
- Pocas veces al año o menos.
- Una vez al mes o menos.
- Unas pocas veces al mes.
- Una vez a la semana.
- Unas pocas veces a la semana.
- Todos los días.

Trato los problemas emocionales con mucha calma en mi trabajo.

- Nunca.
- Pocas veces al año o menos.
- Una vez al mes o menos.
- Unas pocas veces al mes.
- Una vez a la semana.
- Unas pocas veces a la semana.
- Todos los días.

Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas.

- Nunca.
- Pocas veces al año o menos.
- Una vez al mes o menos.
- Unas pocas veces al mes.
- Una vez a la semana.
- Unas pocas veces a la semana.
- Todos los días.