



TESIS DOCTORAL

**Estudio sobre la prevalencia de la fatiga de la
compasión y su relación con el síndrome de
burnout en profesionales de centros de mayores en
Extremadura**

Rocío Campos Méndez

Departamento de Terapéutica Médico-Quirúrgica

2015



TESIS DOCTORAL

ESTUDIO SOBRE LA PREVALENCIA DE LA FATIGA DE LA COMPASIÓN Y SU RELACIÓN CON EL SÍNDROME DE *BURNOUT* EN PROFESIONALES DE CENTROS DE MAYORES EN EXTREMADURA.

ROCÍO CAMPOS MÉNDEZ.

DEPARTAMENTO TERAPÉUTICA MÉDICO-QUIRÚRGICA

Conformidad de los Directores:

Fdo: Dr. D. Juan Rodríguez Mansilla

Fdo: Dr. D. Luis Espejo Antúnez

2015

A mis padres: Antonio y María.

Y a Él: Carlos.

“El que sufre no es el cuerpo; es la persona. La persona es su biografía. Cada biografía es un fruto esencialmente relacional e interactivo, único e irrepetible, que sigue evolucionando hasta el final de la vida. La persona es el viaje. Soy porque somos. Aquí y ahora, inmersos en un continuo cambio, en búsqueda de la armonía y la felicidad a través de la compasión. Lo que hacemos a otra persona, a cada enfermo, nos lo hacemos a nosotros mismos. Ningún hombre es una isla”.

RAMÓN BAYÉS SOPENA.

AGRADECIMIENTOS

-Esta Tesis tiene muchos nombres propios, a nivel profesional y a nivel personal. Muchos han estado recientemente a lo largo de estos meses de duro trabajo acompañando y animando y otros comenzaron a acompañar, animar y alentar este proyecto mucho antes de que anidase en mi cabeza, ayudándome a crecer personal y profesionalmente.

-Sin duda alguna, con perdón y la comprensión de mis tutores, esta tesis tiene tres nombres propios, mis tres estandartes que me han sujetado, alentado, levantado y acompañado en este tiempo. Son mis padres, Antonio y María y mi pareja, Carlos. Os debo esta tesis y tantas otras de la vida en las que me habéis ayudado a doctorarme y de las que a vuestro lado soy una feliz doctorando.

-A mis padres, gracias. Gracias por enseñarme el significado de la palabra incondicional. No cabe en una vida mi gratitud y admiración hacia vosotros. Sois un ejemplo de lucha, amor y bondad. Un modelo a seguir en el que mirarme. Junto a mis hermanos, Antonio y Pilar, os debo lo que soy. Este agradecimiento está dirigido también a vosotros por quererme sin condiciones.

-A Carlos, porque sin ti esta tesis se hubiera quedado solamente en un puñado de buenas intenciones. Me faltan todas las páginas de este estudio y más para compendiar lo que significas para mí y lo que has significado para esta tesis. Tú la has visto nacer y la has arropado. Me has dado aliento cuando casi no me quedaba. Me has dado tu tiempo sin pedir nada. Me has alegrado los días ingratos. Me has animado cuando solo veía una calle cortada. Me has animado cuando las fuerzas flaqueaban. Has compartido mi ilusión por este trabajo y lo

has entendido. Has estado. Has sabido estar. Gracias por tus consejos y por tu inestimable soporte informático Carlos, y gracias por ser El Ingeniero de mi vida.

-A mis tutores, Juan y Luis, por haber hecho posible que hoy esté aquí escribiendo estos agradecimientos. Gracias por confiar en mí. Gracias por vuestro apoyo, vuestra profesionalidad, vuestro tiempo, vuestras ilustraciones, correcciones, ayuda y dedicación. Estoy muy orgullosa de haber contado con vosotros como tutores.

-Gracias especialmente a todos los profesionales de los centros de mayores de Extremadura que han participado desinteresadamente en este estudio dedicando su tiempo. Gracias a los directores y directoras de los centros que aceptaron desde el primer momento formar parte del estudio y nos abrieron las puertas de sus organizaciones. Gracias por creer en la investigación. Gracias por colaborar.

-A Susana por inspirarme para esta tesis y por enseñarme tanto a nivel profesional y a nivel personal. Gracias amiga. A tu lado y al de otros cuantos que también hoy tengo presentes, hicimos realidad nuestra primera investigación “seria”.

-A Maritina por su motivación y confianza siempre en mí. Gracias por tus lecciones, de vida y de la enfermería.

- A Aida, Jesús, Rubén y Vicente por compartir vuestra experiencia profesional y sabiduría conmigo. Gracias por vuestra generosidad y predisposición. Sois grandes y nos hacéis grandes a los que estamos a vuestro lado.

-A los amigos y compañeros conocedores de este Proyecto que han sabido estar apoyando y comprendiendo.

¡Gracias a todos!

ÍNDICE

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I. RESUMEN	35
II. CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTUDIO	39
II.1. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA EN EXTREMADURA.....	41
1.1. LA ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA EN EXTREMADURA. MARCO TEÓRICO.....	42
1.2. ANTECEDENTES: EFECTOS DEL TRABAJO EN LOS PROFESIONALES DEL CAMPO DE LA SALUD.....	45
II.2. ESTRÉS LABORAL EN LOS SERVICIOS SOCIO-SANITARIOS	48
2.1. CONCEPTO DE ESTRÉS LABORAL	48
2.2. RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS LABORAL Y LOS TRABAJADORES DE CENTROS DE MAYORES.....	51
2.3. PRINCIPALES MANIFESTACIONES SINTOMÁTICAS PRODUCIDAS POR EL ESTRÉS.....	53

2.4. FACTORES IMPLICADOS EN LA PRODUCCIÓN DE ESTRÉS LABORAL.....	58
II.3. SÍNDROME DE BURNOUT.....	62
3.1. ORIGEN DEL TÉRMINO.....	62
3.2. DIFERENCIAS CONCEPTUALES ENTRE EL ESTRÉS LABORAL Y EL SÍNDROME DE BURNOUT	63
3.3. INCIDENCIA Y PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO SOCIO-SANITARIO.....	65
3.3.1. El proceso de deterioro en los cuidados a personas mayores.....	65
3.3.2. Incidencia y prevalencia.....	68
3.3.3. Perspectiva clínica y perspectiva psicosocial.....	71
3.4. DEMARCACIÓN CONCEPTUAL DEL SÍNDROME DE BURNOUT	72
3.4.1. Definición basada en el Maslach Burnout Inventory de Maslach y Jackson.....	74
3.5. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL ENTRE EL BURNOUT vs OTRAS ENTIDADES DE CORTE PSICOLÓGICO	78
3.6. ETIOLOGÍA DEL FENÓMENO EN CENTROS SOCIO-SANITARIOS DE ANCIANOS.....	80
3.7. MODELOS EXPLICATIVOS DEL FENÓMENO BURNOUT	92
3.8. MANIFESTACIONES SINTOMÁTICAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT	96
3.8.1. Descripción sintomática del fenómeno en la literatura científica.....	96
3.8.2. Principales signos y síntomas del síndrome de burnout en el trabajador de centros de mayores	99

3.8.3. Principales signos y síntomas del síndrome de burnout para la organización y a nivel de equipo en un centro socio-sanitario de ancianos	102
3.9. CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN CENTROS SOCIO-SANITARIOS DE PERSONAS MAYORES	103
3.9.1. Repercusiones del fenómeno en el trabajador.....	103
3.9.2. Repercusiones del fenómeno para la institución.....	104
II.4. FATIGA DE LA COMPASIÓN.....	105
4.1. ORIGEN Y CONCEPTO DE LA FATIGA DE LA COMPASIÓN	105
4.2. FACTORES DE RIESGO DEL FENÓMENO	110
4.2.1. Factores de riesgo individuales.....	110
4.2.2. Factores de riesgo organizacionales.....	111
4.3. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL ENTRE LA FATIGA DE LA COMPASIÓN vs OTRAS ENTIDADES DE CORTE PSICOLÓGICO.....	112
4.3.1. Traumatización vicaria (TV), estrés traumático secundario (ETS) y trastorno por estrés postraumático (TPET)	112
4.3.2. Contagio emocional, contratransferencia y burnout.....	115
4.3.3. Satisfacción de la compasión (SC)	116
4.4. MODELOS EXPLICATIVOS DEL FENÓMENO DE LA FATIGA DE LA COMPASIÓN	118
4.4.1. Modelo de la fatiga de la compasión entendido desde la empatía	118
4.4.2. Cuestionamiento del rol de la empatía en la génesis de la FC como modelo unicausal	121
4.4.3. Neurología de la empatía. Líneas futuras de investigación.....	123

4.5. FASES EN LA EVOLUCIÓN HACIA LA FATIGA DE LA COMPASIÓN	123
4.6. INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA FC EN EL ÁMBITO SOCIO-SANITARIO.....	124
4.7. ETIOLOGÍA DEL FENÓMENO EN CENTROS SOCIO-SANITARIOS DE ANCIANOS.....	127
4.8. MANIFESTACIONES SINTOMÁTICAS DEL FENÓMENO.....	129
4.8.1. Principales signos y síntomas característicos de la fatiga de la compasión a nivel individual	129
4.8.2. Principales signos y síntomas de la fatiga de la compasión a nivel de la organización y de equipo	132
4.8.3. Sintomatología de la fatiga de la compasión comparada con la experimentada en el trastorno por estrés postraumático	133
4.9. SÍNTESIS DE LA ETIOPATOGENIA DE LA FATIGA DE LA COMPASIÓN	135
4.10. DIFERENCIAS ENTRE EL SÍNDROME DE BURNOUT Y LA FATIGA DE LA COMPASIÓN	136
III. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	139
III.1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	141
IV. OBJETIVOS	144
IV.1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	147
V. MATERIAL Y MÉTODO	150
V.1. TIPO DE ESTUDIO	151
V.2. POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO	151
2.1. SUJETOS DE ESTUDIO.....	151

2.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	152
2.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	152
V.3. MARCO DEL ESTUDIO	153
3.1. TAMAÑO DE LA MUESTRA	153
3.2. VARIABLES DE ESTUDIO.....	153
3.2.1. Variables independientes.....	153
3.2.2. Variables dependientes.....	158
3.3. RECOGIDA DE DATOS.....	158
3.4. ESCALAS DE VALORACIÓN E INSTRUMENTOS DE MEDIDA.....	166
3.4.1. Cuestionario de variables sociodemográficas, laborales y recursos personales	166
3.4.2. Escala sobre la calidad de vida profesional o Professional quality of life scale (ProQOL).....	166
3.4.3. Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)..	173
3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS	177
3.6. TRATAMIENTO DE LA BIBLIOGRAFÍA.....	182
3.6.1. Fuentes bibliográficas	182
3.6.2. Convención de Vancouver	184
3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	185
VI. RESULTADOS.....	154
VI.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	189
1.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO	191
1.1.1. Datos sociodemográficos.....	191
1.1.2. Datos laborales	196
1.1.3. Datos relacionados con recursos personales	211

VI.2. PREVALENCIA, NIVELES Y PUNTUACIONES MEDIAS DE LAS DIMENSIONES DE LA FATIGA DE LA COMPASIÓN (ProQOL) Y SÍNDROME DE BURNOUT (MBI)	216
2.1. PREVALENCIA DE LA FC Y DEL SÍNDROME DE BURNOUT	216
2.2. NIVELES DE LAS DIMENSIONES DE LA FATIGA DE LA COMPASIÓN (ProQOL).....	217
2.2.1. Niveles de fatiga de la compasión.....	217
2.2.2. Satisfacción de la compasión.....	218
2.2.3. Síndrome de burnout	218
2.2.4. Estrés traumático secundario.....	219
2.3. PUNTUACIONES MEDIAS DE LAS DIMENSIONES DE LA FATIGA DE LA COMPASIÓN (ProQOL).....	220
2.3.1. Satisfacción de la compasión.....	220
2.3.2. Síndrome de burnout	221
2.3.3. Estrés traumático secundario.....	221
2.4. NIVELES DE LAS DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT (MBI)	223
2.4.1. Agotamiento emocional.....	223
2.4.2. Despersonalización.....	224
2.4.3. Autorrealización personal.....	224
2.5. PUNTUACIONES MEDIAS DE LAS DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT (MBI).....	225
2.5.1. Agotamiento emocional.....	225
2.5.2. Despersonalización.....	226
2.5.3. Autorrealización personal.....	226

2.6. NORMALIDAD DE LAS VARIABLES CUANTITATIVAS CONTINUAS	227
VI.3. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES.....	228
3.1. RELACIONES ENTRE LA FATIGA DE LA COMPASIÓN CON LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, LABORALES Y RECURSOS PERSONALES	228
3.1.1. Análisis bivariante. Relaciones entre las puntuaciones medias de las dimensiones de la fatiga de la compasión con las variables sociodemográficas, laborales y recursos personales.....	228
3.1.2. Análisis bivariante. Relaciones entre la presencia/ausencia y los niveles de la fatiga de la compasión con las variables sociodemográficas, laborales y recursos personales	241
3.1.3. Análisis multivariante. Relaciones entre las puntuaciones medias de las dimensiones de la fatiga de la compasión con las variables sociodemográficas, laborales y recursos personales.....	253
3.2. RELACIONES ENTRE EL SÍNDROME DE BURNOUT (MBI) CON LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, LABORALES Y RECURSOS PERSONALES	257
3.2.1. Análisis bivariante. Relaciones entre las puntuaciones medias de las dimensiones del síndrome de burnout con las variables sociodemográficas, laborales y recursos personales	257
3.2.2. Análisis bivariante. Relaciones entre la presencia/ausencia de síndrome de burnout (MBI) con las variables sociodemográficas, laborales y recursos personales	270

3.2.3. Análisis multivariante. Relaciones entre las puntuaciones medias de las dimensiones del síndrome de burnout (MBI) con las variables sociodemográficas, laborales y recursos personales.....	277
3.3. RELACIÓN ENTRE LA FATIGA DE LA COMPASIÓN (ProQOL) Y EL SÍNDROME DE BURNOUT (MBI).....	281
3.4. RELACIÓN ENTRE DIMENSIONES, PRESENCIA Y NIVELES DE FATIGA DE LA COMPASIÓN (ProQOL).....	290
3.5. RELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES Y LA PRESENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT (MBI).....	292
3.6. PREVALENCIA Y DIMENSIONES DE LA FATIGA DE LA COMPASIÓN (ProQOL) Y SÍNDROME DE BURNOUT (MBI) SEGÚN LA CATEGORÍA PROFESIONAL.....	294
3.6.1. Grupos de funciones de enfermería desempeñadas en los centros.	294
3.6.2. Prevalencia de fatiga de la compasión (ProQOL) y síndrome de burnout (MBI) en los dos grupos de profesionales.....	299
3.6.3. Análisis bivariante. Diferencias en las puntuaciones medias de las dimensiones de la fatiga de la compasión (ProQOL) y síndrome de burnout (MBI) entre los grupos de profesionales.	301
VII. DISCUSIÓN.....	211
VII.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	305
1.1. SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA.....	305
1.1.1. Referidas a la fatiga de la compasión (ProQOL).....	305
1.1.2. Referidas al síndrome de burnout (MBI)	307

1.2. SOBRE LAS DIMENSIONES DE LA FATIGA DE LA COMPASIÓN (ProQOL).....	310
1.3. SOBRE LAS DIMENSIONES DEL SÍNDROME DEL BURNOUT (MBI)	317
1.4. SOBRE LA PREVALENCIA DE LA FATIGA DE LA COMPASIÓN (ProQOL) Y EL SÍNDROME DE BURNOUT (MBI)	327
1.5. SOBRE LA PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN FRENTE A LA FATIGA DE LA COMPASIÓN Y EL SÍNDROME DE BURNOUT	335
1.5.1. Estrategias individuales	337
1.5.2. Estrategias de carácter interpersonal y grupal.....	340
1.5.3. Estrategias de nivel organizacional.....	342
VII.2. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	345
VII.3. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	351
VIII. CONCLUSIONES	354
VIII.1. CONCLUSIONES.....	357
IX. BIBLIOGRAFÍA.....	358
X. ANEXOS	400
ANEXO I: CONSENTIMIENTO DE LA COMISIÓN DE BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD	403
ANEXO II: CUADERNO DE DOCUMENTOS Y CUESTIONARIOS	404
ANEXO III: CRONOGRAMA.....	414
ANEXO IV: PERMISO PARA USAR EL ProQOL	415
ANEXO V: CONSIDERACIONES PARA REIMPRIMIR EL ProQOL EN LA TESIS	417
ANEXO VI: PERMISO PARA TRADUCIR EL ProQOL ÚLTIMA VERSIÓN 5...	418

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I. Problemas de salud agravados o producidos por el trabajo y visitas médicas según la VII ENCT	47
Tabla II. Alteraciones producidas por el estrés según Carles et al.....	55
Tabla III. Factores relacionados con el trabajo a turnos y nocturno.....	57
Tabla IV. Características de los patrones de conducta en base al tipo de personalidad según Carles et al.....	59
Tabla V. Factores organizaciones susceptibles de provocar estrés en el medio laboral según Serrano y Bravo et al.....	60
Tabla VI. Factores ambientales susceptibles de provocar estrés en el medio laboral	61
Tabla VII. Principales diferencias entre el estrés y el síndrome de burnout según Fidalgo, Hernández y Gisbert.....	64
Tabla VIII. Principales factores desencadenantes y/o facilitadores del burnout a nivel situacional.....	89
Tabla IX. Principales factores desencadenantes y/o facilitadores del burnout a nivel situacional.....	90
Tabla X. Principales modelos comprensivos del síndrome de burnout según Gil-Monte y Peiró y Quiceno et al	93
Tabla XI. Principales modelos de proceso del síndrome de burnout según Gil-Monte y Quiceno et al	94
Tabla XII. Repercusiones del síndrome de burnout en el individuo	103

Tabla XIII. Repercusiones organizacionales del síndrome de burnout	104
Tabla XIV. Sintomatología de la fatiga de la compasión.....	131
Tabla XV. Síntomas de la FC en correlación con los síntomas del TPET.....	134
Tabla XVI. Diferencias conceptuales entre fatiga de la compasión y burnout según Acinas	138
Tabla XVII. Centros residenciales según tamaño, 2013 (CSIC).....	162
Tabla XVIII. Centros residenciales según tipo y tamaño, 2013 (CSIC)	162
Tabla XIX. Interpretación de las puntuaciones de SC según el ProQOL 5	169
Tabla XX. Puntuaciones invertidas para el síndrome de burnout según el ProQOL 5.....	170
Tabla XXI. Interpretación de las puntuaciones del síndrome de burnout según el	171
Tabla XXII. Interpretación de las puntuaciones de ETS según el ProQOL 5	172
Tabla XXIII. Ítems que componen las escalas del MBI-HSS.....	175
Tabla XXIV. Dimensiones del síndrome del burnout clasificadas según los puntos de corte	176
Tabla XXV. Clasificación del síndrome de burnout según los puntos de corte ...	177
Tabla XXVI: Normalidad de las variables cuantitativas continuas.....	227
Tabla XXVII. Relaciones entre las dimensiones de la fatiga de la compasión (ProQOL) con las variables sociodemográficas	229
Tabla XXVIII. Relaciones entre las dimensiones de la fatiga de la compasión (ProQOL) con los datos laborales: profesión, funciones, contrato y antigüedad.	230

Tabla XXIX. Relaciones entre las dimensiones de la fatiga de la compasión (ProQOL) con los datos laborales: jornada laboral	231
Tabla XXX. Relaciones entre las dimensiones de la fatiga de la compasión (ProQOL) con los datos laborales: desempleo y dedicación.....	232
Tabla XXXI. Relaciones entre las dimensiones de la fatiga de la compasión (ProQOL) con los datos laborales: bajas laborales y vacaciones	234
Tabla XXXII. Relaciones entre las dimensiones de la fatiga de la compasión (ProQOL) con los datos laborales: realización personal en el trabajo.....	237
Tabla XXXIII. Relaciones entre las dimensiones de la fatiga de la compasión (ProQOL) con los datos de recursos personales	240
Tabla XXXIV. Relaciones entre la presencia y niveles de fatiga de la compasión (ProQOL) con las variables sociodemográficas	242
Tabla XXXV. Relaciones entre la presencia y niveles de fatiga de la compasión (ProQOL) con los datos laborales: profesión, funciones, contrato y antigüedad.	243
Tabla XXXVI. Relaciones entre la presencia y niveles de fatiga de la compasión (ProQOL) con los datos laborales: jornada laboral	245
Tabla XXXVII. Relaciones entre la presencia y niveles de fatiga de la compasión (ProQOL) con los datos laborales: desempleo y dedicación.....	246
Tabla XXXVIII. Relaciones entre la presencia y niveles de fatiga de la compasión (ProQOL) con los datos laborales: bajas laborales y vacaciones	248
Tabla XXXIX. Relaciones entre la presencia y niveles de fatiga de la compasión (ProQOL) con los datos laborales: realización personal en el trabajo.....	250

Tabla XL. Relaciones entre la presencia y niveles de fatiga de la compasión (ProQOL) con los datos de recursos personales	251
Tabla XLI. Análisis multivariante de las variables relacionadas con la satisfacción de la compasión (ProQOL). Modelo de regresión lineal múltiple. N=196.....	254
Tabla XLII. Análisis multivariante de las variables relacionadas con el síndrome de burnout (ProQOL). Modelo de regresión lineal múltiple. N=180.....	255
Tabla XLIII. Análisis multivariante de las variables relacionadas con estrés traumático secundario (ProQOL). Modelo de regresión lineal múltiple. N=188...	256
Tabla XLIV. Relaciones entre las dimensiones del síndrome de burnout con las variables sociodemográficas	258
Tabla XLV. Relaciones entre las dimensiones del síndrome de burnout con los datos laborales. Profesión, funciones, contrato y antigüedad	259
Tabla XLVI. Relaciones entre las dimensiones del síndrome de burnout con los datos laborales. Jornada laboral	261
Tabla XLVII. Relaciones entre las dimensiones del síndrome de burnout con los datos laborales. Desempleo y dedicación	262
Tabla XLVIII. Relaciones entre las dimensiones del síndrome de burnout con los datos laborales. Bajas laborales y vacaciones.....	264
Tabla XLIX. Relaciones entre las dimensiones del síndrome de burnout con los datos laborales. Realización personal.....	267
Tabla L. Relaciones entre las dimensiones del síndrome de burnout con los datos de recursos personales	268

Tabla LI. Relaciones entre el síndrome de burnout con las variables sociodemográficas	270
Tabla LII. Relaciones entre el síndrome de burnout con los datos laborales. Profesión, funciones, contrato y antigüedad	271
Tabla LIII. Relaciones entre el síndrome de burnout con los datos laborales. Jornada laboral	272
Tabla LIV. Relaciones entre el síndrome de burnout con los datos laborales. Desempleo y dedicación	273
Tabla LV. Relaciones entre el síndrome de burnout con los datos laborales. Bajas laborales y vacaciones	274
Tabla LVI. Relaciones entre el síndrome de burnout con los datos laborales. Realización personal	275
Tabla LVII. Relaciones entre el síndrome de burnout con los datos de recursos personales	276
Tabla LVIII. Análisis multivariante de las variables relacionadas con agotamiento emocional (MBI). Modelo de regresión lineal múltiple. N=185	277
Tabla LIX. Análisis multivariante de las variables relacionadas con despersonalización (MBI). Modelo de regresión lineal múltiple. N=144	279
Tabla LX. Análisis multivariante de las variables relacionadas con autorrealización personal (MBI). Modelo de regresión lineal múltiple. N=188	280
Tabla LXI. Correlaciones entre las puntuaciones medias de las dimensiones de la Fatiga de la compasión (ProQOL) y el Síndrome de burnout (MBI)	282

Tabla LXII. Relaciones entre las puntuaciones medias de las dimensiones de la Fatiga de la compasión (ProQOL) y los niveles de las dimensiones de Síndrome de burnout (MBI)	283
Tabla LXIII. Relaciones entre los niveles de las dimensiones de fatiga de la compasión (ProQOL) y las puntuaciones medias de las dimensiones del síndrome de burnout (MBI)	284
Tabla LXIV. Relaciones entre los niveles de las dimensiones de fatiga de la compasión (ProQOL) y los niveles de las dimensiones del síndrome de burnout (MBI)	286
Tabla LXV. Relaciones entre la presencia de fatiga de la compasión (ProQOL) y las puntuaciones medias y los niveles de las dimensiones del síndrome de burnout (MBI)	287
Tabla LXVI. Relación entre los niveles de fatiga de la compasión y las dimensiones del síndrome de burnout	288
Tabla LXVII. Relaciones entre las puntuaciones y los niveles de las dimensiones de la fatiga de la compasión (ProQOL) y la presencia de síndrome de burnout (MBI)	289
Tabla LXVIII. Relación entre la presencia y niveles de fatiga de la compasión y la presencia de síndrome de burnout.....	290
Tabla LXIX. Relación entre las dimensiones de fatiga de la compasión (ProQOL)	291
Tabla LXX. Relación entre las dimensiones, presencia y niveles de fatiga de la compasión (ProQOL)	292

Tabla LXXI. Relación entre las dimensiones, presencia y niveles de síndrome de burnout (MBI)	293
Tabla LXXII. Principales características de los grupos de funciones profesionales desempeñadas.....	297
Tabla LXXIII. Diferencias entre las puntuaciones medias de las escalas de satisfacción de la compasión (ProQOL) y síndrome de burnout (MBI) entre los dos grupos de funciones profesionales desempeñadas	301

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 01. Problemas de salud percibidos según la VII ENCT	46
Figura 02. Esquema del estrés según Casas et al.....	49
Figura 03. Desarrollo del síndrome de burnout hasta llegar al agotamiento emocional según Caballero et al.....	76
Figura 04. Desarrollo del burnout en el ámbito de la salud por Matía et al	77
Figura 05. Modelo teórico comprensivo sobre el SQT elaborado por Gil-Monte...	95
Figura 06. Diagrama de la calidad de vida profesional según Stamm	113
Figura 07. Factores predisponentes de fatiga de la compasión en el personal cuidador según Figley	120
Figura 08. Análisis teórico de la fatiga de la compasión según Stamm	122
Figura 09. Fases en la evolución hacia la fatiga de la compasión	124
Figura 10. Etiopatogenia de la FC. Indicadores empíricos según Knobloch et al	135
Figura 11. Diagrama de flujo del progreso de selección de la muestra.....	190
Figura 12. Distribución de la muestra de profesionales según su sexo	191
Figura 13. Distribución de la muestra de profesionales según su edad.....	192
Figura 14. Distribución de la muestra de profesionales según su nivel de estudios	193
Figura 15. Distribución de la muestra de profesionales según su estado civil	193
Figura 16. Distribución de la muestra de profesionales según su lugar de residencia.....	194

Figura 17. Distribución de la muestra de profesionales según su lugar de trabajo	194
Figura 18. Distribución de la muestra de profesionales según el número de hijos conviviendo en el domicilio.....	195
Figura 19. Distribución de la muestra de profesionales según la convivencia con otros familiares en el domicilio	195
Figura 20. Profesión desempeñada en el centro de trabajo.....	196
Figura 21. Funciones desempeñadas en el centro de trabajo	197
Figura 22. Tipos de contrato	197
Figura 23. Antigüedad desarrollando su profesión.....	198
Figura 24. Antigüedad en el puesto actual.....	198
Figura 25. Jornada de trabajo	199
Figura 26. Turno de trabajo.....	200
Figura 27. Número de horas semanales en el trabajo	200
Figura 28. Número de guardias al mes	201
Figura 29. Turno de guardia.....	201
Figura 30. Compatibilidad de la profesión con otros trabajos	202
Figura 31. Porcentaje de profesionales compartiendo profesión con su pareja ..	202
Figura 32. Porcentaje de la muestra en paro en los 2 últimos años.....	203
Figura 33. Tiempo en paro en los últimos 2 años	203
Figura 34. Distribución de la muestra según el área geriátrica de trabajo asignada entre los profesionales	204

Figura 35. Número de horas semanales de atención directa a familiares y pacientes.....	205
Figura 36. Número de pacientes asistenciales tratados diariamente	205
Figura 37. Porcentaje de profesionales de baja laboral en el último año	206
Figura 38. Tiempo de baja laboral en el último año	206
Figura 39. Solicitud de vacaciones en el trabajo	207
Figura 40. Última vez que solicitó vacaciones en el trabajo	207
Figura 41. Período de disfrute vacacional	207
Figura 42. Porcentaje de profesionales de la muestra que en el último año pensaron en abandonar su trabajo	208
Figura 43. Porcentaje de profesionales de la muestra que en el último año iniciaron la búsqueda de otro trabajo	208
Figura 44. Distribución de la muestra según la ilusión referida al trabajo actual.	209
Figura 45. Distribución de la muestra según la valoración percibida por parte de los pacientes, familiares, compañeros y jefes.....	210
Figura 46. Consulta de dolencia con profesionales sanitarios	210
Figura 47. Consumo de psicofármacos con frecuencia	211
Figura 48. Porcentaje de profesionales de la muestra con diagnóstico de enfermedad crónica	211
Figura 49. Acciones terapéuticas practicadas en el último mes.....	212
Figura 50. Frecuencia de realización de las acciones terapéuticas practicadas.	213
Figura 51. Porcentaje de profesionales de la muestra que practicaban actividades conscientes para evadirse del trabajo.....	213

Figura 52. Tipo de actividades practicadas de manera consciente para evadirse del trabajo	214
Figura 53. Frecuencia semanal de realización de la/s actividad/es para evadirse del trabajo	215
Figura 54. Prevalencia de fatiga de la compasión (ProQOL) y síndrome de burnout (MBI)	216
Figura 55. Niveles de fatiga de la compasión (ProQOL)	217
Figura 56. Nivel de satisfacción de la compasión (ProQOL)	218
Figura 57. Nivel del síndrome de burnout (ProQOL)	218
Figura 58. Nivel de estrés traumático secundario (ProQOL)	219
Figura 59. Puntuación media de la satisfacción de la compasión (ProQOL)	220
Figura 60. Puntuación media del síndrome de burnout (ProQOL)	221
Figura 61. Puntuación media de estrés traumático secundario (ProQOL)	222
Figura 62. Nivel de agotamiento emocional (MBI)	223
Figura 63. Nivel de despersonalización (MBI)	224
Figura 64. Nivel de autorrealización personal (MBI)	224
Figura 65. Puntuación media del agotamiento emocional (MBI)	225
Figura 66. Puntuación media de despersonalización (MBI)	226
Figura 67. Puntuación media de autorrealización personal (MBI)	226
Figura 68. Profesionales con funciones de auxiliar de enfermería en los centros analizados	294
Figura 69. Profesionales con funciones de enfermeros/as en los centros analizados	295

Figura 70. Prevalencia de fatiga de la compasión (ProQOL) según las funciones profesionales desempeñadas en el centro.....	299
Figura 71. Prevalencia de síndrome de burnout (MBI) según las funciones profesionales desempeñadas en el centro.....	300

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ABVD	Actividades básicas de la vida diaria
AE	Agotamiento emocional
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
AM	<i>Ante meridiem</i>
APA	Asociación Americana de Psicología
AVD	Actividades de la vida diaria
B	Coeficiente Beta
CESQT	Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo
CIE	Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud
COLS	Colaboradores
CSIC	Consejo Superior de Investigaciones Científicas
D	Despersonalización
DCA	Demanda-control-apoyo social
DSM	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
DT	Desviación típica
EAP	Equipo de Atención Primaria
ENCT	Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo
ETS	Estrés traumático secundario
EV	Esperanza de vida
FC	Fatiga de la compasión
IC	Intervalo de confianza
INSHT	Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo
M	Media
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>

MBI-HSS	<i>Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey</i>
N	Muestra
Nº	Número
OMS	Organización Mundial de la Salud
OIT	Organización Internacional del Trabajo
P	P-valor
PRoQOL	<i>Professional Quality of Life Scale</i>
RP	Autorrealización/Realización personal
SB	Síndrome de <i>Burnout</i>
SBI	<i>Spanish Burnout Inventory</i>
SC	Satisfacción de la compasión
SDP	Síndrome de desgaste profesional
SEGG	Sociedad Española de Geriatria y Gerontología
SET	Situación de enfermedad terminal
SQT	Síndrome de quemarse por el trabajo
TEPT	Trastorno por estrés postraumático
TR	Texto revisado
TV	Traumatización vicaria
UNIPSICO	Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional
VS	Versus

I. RESUMEN

RESUMEN

En las últimas décadas, han sido muchos los investigadores que han dirigido sus estudios hacia un cuerpo teórico sobre los efectos del estrés en los profesionales del ámbito de la salud. Se ha desarrollado una amplia terminología para referirse a dichos efectos, como es el síndrome de *burnout*, caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja autorrealización personal en el trabajo (interacción profesional-entorno de trabajo) así como la fatiga de la compasión, definida como el coste de cuidar (interacción profesional-paciente).

Los profesionales que trabajan en centros de mayores están expuestos al sufrimiento diario de los usuarios que sufren enfermedades crónicas, terminales o demencias. Esto, unido al entorno de trabajo, puede conllevar un enorme impacto emocional en los trabajadores, lo que puede ligarse a insatisfacción laboral, bajas por enfermedad, absentismo, alteraciones de la salud a nivel bio-psico-social, una disminución de la eficacia de sus cuidados, y en consecuencia, de la calidad de vida de los pacientes ancianos, generándose serios problemas tanto para los profesionales como para los pacientes y el propio sistema de salud.

Por todo ello, quisimos determinar la prevalencia de fatiga de la compasión entre los profesionales socio-sanitarios que trabajan en centros de mayores de Extremadura, e identificar si existía relación entre esta y la aparición del síndrome de *burnout* en los mencionados profesionales.

Así pues, siguiendo estos objetivos, llevamos a cabo un estudio aprobado por la Comisión de Bioética y Bioseguridad de la Universidad de Extremadura de tipo transversal, descriptivo y analítico entre 227 profesionales socio-sanitarios dedicados al cuidado de personas ancianas en centros de mayores de

Extremadura. Dichos profesionales cumplimentaron de manera confidencial, además del consentimiento informado para participar en el estudio, un cuestionario de variables sociodemográficas, laborales y de recursos personales así como dos escalas validadas, la Escala sobre la calidad de vida profesional (ProQOL) versión 5 y el *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

Los datos se codificaron en una hoja de cálculo Microsoft *Office Excel 2013* y se analizaron mediante el programa IBM SPSS *Statistics* versión 21, considerándose diferencias observadas estadísticamente significativas para valores de $p < 0,05$.

Entre los resultados obtenidos, concluimos que los profesionales socio-sanitarios que trabajan en centros de mayores de Extremadura presentaron una prevalencia de fatiga de la compasión de un 34,4% así como una prevalencia de 4,9% en *burnout*. Los enfermeros y auxiliares de enfermería son los profesionales que mayor fatiga de la compasión y síndrome de *burnout* presentaron. Del mismo modo, se determinó de forma estadísticamente significativa ($p\text{-valor}=0,008$) que la fatiga de la compasión y el síndrome de *burnout* tienen una relación positiva en todas sus dimensiones, pues los profesionales afectados por uno de ellos, tendía a presentar el otro.

Nuestros resultados nos avalan para continuar la investigación en el campo de la intervención y la prevención psicosocial de los profesionales en centros de mayores, con el fin de conseguir unos cuidados de excelencia y una mejora de la calidad de la atención de salud prestada en el contexto socio-sanitario.

II. CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTUDIO

II.1. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA EN EXTREMADURA

En las últimas décadas, tanto en España como en otros países industrializados, hemos asistido al aumento gradual de la esperanza de vida (EV). Actualmente, las mujeres españolas tienen una esperanza de vida de 85,21 años, y los varones de 79,3 años (cifras de las más altas de la Unión Europea). Este fenómeno ha conducido a cambios demográficos y de morbi-mortalidad, con un aumento del número de pacientes geriátricos y en consecuencia un aumento gradual de la prevalencia de algunas enfermedades crónicas y degenerativas. Además, el patrón de mortalidad de la población española en su conjunto, está determinado por las causas de muerte de los ancianos¹.

Aunque las enfermedades degenerativas han sustituido a otras históricamente más destacadas y se ha constatado un incremento de la mortalidad relacionado con enfermedades de carácter neurológico –demencias como la enfermedad de Alzheimer-, el principal motivo de muerte entre los mayores se debe a enfermedades de origen cardiovascular, seguido del cáncer y en la distancia, de enfermedades vinculadas al aparato respiratorio¹.

El progreso científico implica que enfermedades incurables o letales hayan variado su evolución, prolongando la supervivencia y aumentando la etapa de cronificación, con el consiguiente incremento del número de pacientes y familias afectadas por el sufrimiento que produce una situación terminal².

A pesar de los importantes avances médicos de los últimos años, la atención adecuada al creciente número de personas ancianas con enfermedades crónico-degenerativas (tanto de naturaleza oncológica como no oncológica), sigue representando un destacado reto de Salud Pública. Muchos de estos enfermos llegan al final de su evolución a una etapa terminal, caracterizada por un intenso sufrimiento y una alta demanda asistencial³.

Los cambios sociales y económicos han transformado la estructura familiar, su funcionamiento, disponibilidad y recursos. Se sabe que la tasa de discapacidad crece con la edad: a los 80 años, más de la mitad de los españoles tienen problemas para realizar las actividades de la vida diaria (AVD)¹. Este hecho, sumado al aumento de la cultura sanitaria de la población, ha conllevado que el cuidado de las personas con enfermedades avanzadas y progresivas haya variado², adquiriendo protagonismo los centros residenciales como instituciones que prestan servicios integrales a la persona mayor desde un enfoque holístico (bio-psico-socio-espiritual) de salud.

1.1. LA ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA EN EXTREMADURA. MARCO TEÓRICO

Extremadura es una comunidad autónoma ubicada en la zona oeste de España. Conformar un territorio con baja densidad y población dispersa en sus 41.602 kilómetros cuadrados de superficie⁴. Al igual que otras muchas regiones, asumió sus competencias sanitarias durante el año 2002, siendo el modelo elegido para la gestión sanitaria el de gerencia única de área⁵.

En base a los datos aportados en 2013 por el Instituto Nacional de Estadística, su población asciende a 1.104.000 habitantes⁶.

Según el Plan de Salud de Extremadura 2013-2020, se concluye que el 19,24% de dicha población supera los 65 años (de este porcentaje, un 6,10% anotan más de 80 años). Tales resultados, cotejados con la estructura de población global en España, demuestran que los datos de población anciana son superiores en Extremadura en un 1,84%. Por otro lado, el índice de dependencia de mayores registrado en el año 2012 en la citada región autónoma ronda el 31,56%, habiendo aumentado un 1,06% desde el año 2000⁷.

Estos indicadores hacen reflexionar sobre el envejecimiento, el aumento de la prevalencia de enfermedades que pueden llevar a situación de cronificación, terminalidad o de inmovilización y la confluencia de las necesidades en los recursos sociales y sanitarios, aunados bajo el concepto de atención socio-sanitaria. Aunque dicho concepto ha ido evolucionando, continúa ligado a la prestación de cuidados continuados o de larga duración, dispensados a personas que presentan simultáneamente dependencia y patologías crónicas, y que tienen necesidad de cuidados personales y de cuidados sanitarios al mismo tiempo⁸.

De este modo, el espacio socio-sanitario está compuesto por las necesidades de prestaciones sociales (ayuda a la dependencia) y sanitaria (atención a la patología) de forma simultánea, sinérgica y continuada, de personas con enfermedades crónicas y discapacidades que conlleven dependencia. Se trata de una apuesta por la separación competencial y la coordinación funcional de la atención sanitaria y de la social que puede abarcar entre sus perfiles de atención a personas mayores con pluripatología y

dependencia, con trastorno mental grave crónico, en situación terminal que requieren cuidados paliativos, con gran discapacidad (física, psiquiátrica, sensorial o intelectual) y/o con enfermedad/es crónica/s incapacitantes⁹.

En el campo de la Geriátrica, dicha atención socio-sanitaria se consigue mediante la dotación de infraestructuras residenciales de atención para personas mayores, abarcando desde los niveles básicos de dependencia a través de las residencias municipales hasta la red de residencias de gestión directa de la Junta de Extremadura.

De este modo, el término de centro residencial va a abarcar el alojamiento colectivo para personas mayores bajo diferentes modelos: residencias -incluidas las mini-residencias-, viviendas o pisos tutelados, centros psicogeriátricos; centros sociosanitarios (sección de mayores), conjuntos residenciales –apartamentos- u otros centros colectivos.

Con respecto a los servicios aportados en este tipo de centros sociosanitarios, destacan los llevados a cabo por profesionales del área sanitaria (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, psicólogos clínicos), psicológica (psicólogos y/o psicólogos clínicos), social (trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, educadores sociales, técnicos en atención socio-sanitaria, técnicos en atención a personas en situación de dependencia, auxiliares de geriatría), socio-cultural (técnico superior en animación sociocultural y turística) así como los profesionales de otra serie de servicios complementarios (catering, lavandería, religioso, peluquería, cafetería...).

1.2. ANTECEDENTES: EFECTOS DEL TRABAJO EN LOS PROFESIONALES DEL CAMPO DE LA SALUD

Las relaciones que las personas establecen en su entorno de trabajo y los problemas que se pueden derivar de estos vínculos, constituyen un fenómeno que ha protagonizado numerosas investigaciones desde la época de los setenta hasta la actualidad¹⁰. Las publicaciones médicas¹¹ aseveran que la calidad de la asistencia depende en parte del bienestar laboral de los propios profesionales.

La última Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (ENCT)¹² (VII ENCT) publicada en el 2011 por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) dependiente del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, ha desvelado que varios ítems vinculados a factores psicosociales de los puestos de trabajo han empeorado respecto al año 2007 en el que fue editada la anterior VI ENCT.

Entre estos indicadores detectados se hallan la percepción de tener mucho trabajo y sentirse agobiado (23,9% de los trabajadores frente al 20,3% de hace cuatro años), tener que trabajar muy rápido (46% de los encuestados versus el 44% obtenido en 2007) o deber atender varias tareas al mismo tiempo (45,3%, lo que supone un incremento frente al 41,2% de la VI ENCT¹²).

Ello ha implicado que haya un importante número de trabajadores que refieren problemas de salud manifestados por cansancio, agotamiento, estrés y problemas para conciliar el sueño. Según desvela la VII ENCT¹², siete de cada diez ocupados tienen algún problema de salud, que en la mayoría de los casos está vinculado al puesto de trabajo desempeñado. A continuación se muestra el

gráfico (figura 01) de dicha encuesta donde queda reflejado el porcentaje de trabajadores (N=6.401 trabajadores) con sus problemas de salud percibidos.



Figura 01. Problemas de salud percibidos según la VII ENCT¹²

Además, el 86,4% de dichos trabajadores indican que el problema de salud que padecen ha sido agravado o producido por el trabajo, especialmente los problemas referidos al cansancio o agotamiento, los trastornos musculoesqueléticos en general y el estrés, ansiedad o nerviosismo. Llama la atención que los mayores porcentajes de visita médica no se corresponden precisamente con estas quejas psicosociales (tabla I).

Tabla I. Problemas de salud agravados o producidos por el trabajo y visitas médicas según la VII ENCT¹²

PROBLEMA DE SALUD	Agravado o producido por el trabajo (%)	Visita médica (%)
Cansancio, agotamiento	87,3	31,7
Dolor de espalda	87,1	60,4
Dolor en hombros, brazos, codos, muñecas, manos o dedos	87,1	59,6
Dolor de cuello/nuca	86,9	58,5
Estrés, ansiedad o nerviosismo	82,1	44,4
Dolor en piernas, rodillas o pies	81,0	56,8
Problemas de la voz	71,0	57,9
Problemas para conciliar el sueño	67,3	47,5
Dolor de cabeza	61,5	50,0
Depresión o tristeza	60,0	61,1
Problemas visuales	51,0	77,6
Problemas auditivos	47,0	73,2
Problemas de la piel	39,1	66,2
Problemas respiratorios	36,7	75,4
Tensión arterial alta	35,1	81,9

De lo anterior se deduce que el estrés laboral es un fenómeno habitual que se da en los distintos colectivos de trabajadores¹³, conformando una materia objeto de múltiples investigaciones por el interés y preocupación que suscita en el contexto de la salud laboral¹⁴: su padecimiento es sinónimo de grandes costos personales y económicos¹⁵ tanto para el individuo como para las instituciones¹⁶.

Además, son muchos los estudios que señalan que el índice de estrés inherente a las profesiones relacionadas con el campo de la salud es más alto que en otros ámbitos¹⁷, con mayor riesgo de una mala calidad de vida laboral, estrés laboral y *burnout*, especialmente entre el personal médico¹⁸ y personal de enfermería¹⁹⁻²².

II.2. ESTRÉS LABORAL EN LOS SERVICIOS SOCIO-SANITARIOS

2.1. CONCEPTO DE ESTRÉS LABORAL

Son muchas las definiciones que a lo largo de los años han intentado aproximarse al concepto de estrés. De manera general, destacan las aportaciones teóricas que lo conceptualizan: a) como un conjunto de estímulos (teorías de Cannon²³ y; de Holmes y Rahe²⁴); b) como una respuesta ante los estresores (teorías de Selye²⁵) o; c) como un proceso de transacción o interacción entre ambas (teorías de Lazarus y Folkman²⁶).

Si acotamos dicho concepto hacia el campo de la salud, es notorio señalar que fue Hans Selye²⁷⁻²⁸ el médico que sentó las bases en esta línea de investigación, al dirigir los primeros estudios sobre los efectos del estrés en el cuerpo, delimitándolo como “el estado que se manifiesta por un síndrome específico consistente en todos los cambios inespecíficos inducidos dentro de un sistema biológico pero sin una causa particular”, “una respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda realizada sobre él”, o sea, un proceso psicofisiológico desencadenado por una situación de demanda.

Años más tarde, en 1986, Lazarus y Folkman²⁹, mediante su teoría de la evaluación cognitiva, se centran en la relación entre la persona y su entorno precisando que “el estrés psicológico es el resultado de una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”. En función de la

apreciación cognitiva que la persona realice de su entorno (peligroso, perjudicial o amenazante) percibirá una situación como estresante o no estresante.

En este último paradigma entran en juego (junto a los componentes ambientales), los factores individuales como las características predisponentes, motivaciones, actitudes y experiencias, las cuales contribuirán directamente en la generación de respuestas emocionales -miedo, ansiedad o estrés-, los mecanismos de afrontamiento, y a largo plazo, los resultados de salud²⁷, manifestándose con síntomas como fatiga, agotamiento, jaquecas, úlcera péptica, gastritis, problemas conductuales y de relación social entre otros³⁰. El esquema de producción del estrés queda reflejado en la siguiente figura (figura 02) extraída de Casas *et al*³¹.

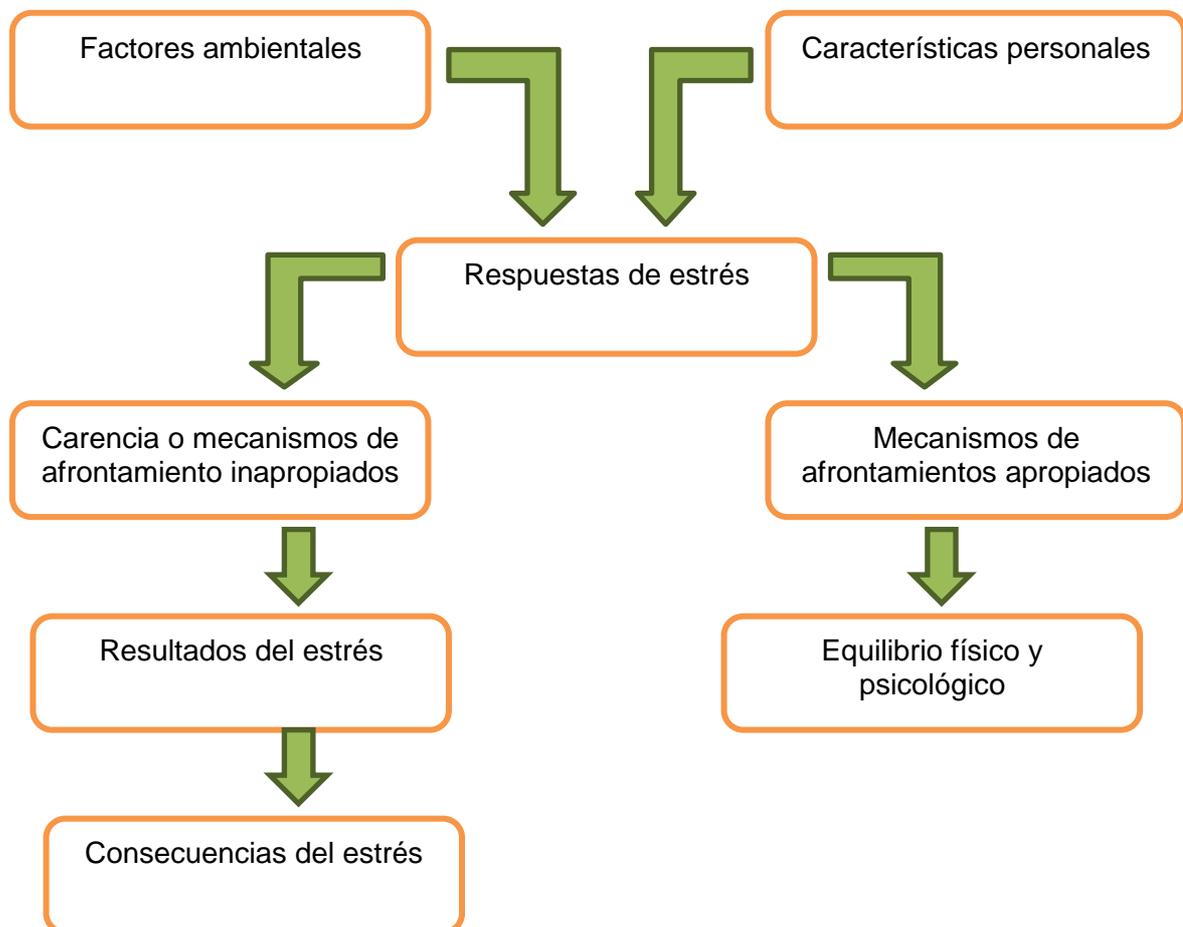


Figura 02. Esquema del estrés según Casas *et al*³¹

Según Serrano Gisbert³², “el mundo laboral ocupa aproximadamente los dos tercios de la vida adulta de las personas, ocupa la mayor parte de su energía, domina prácticamente sobre el resto de las actividades, es una forma de ganarse la vida”, “pero también es una dimensión que permite demostrar la valía personal y representa un modo de integración económica y cultural del grupo social, por lo que del rol laboral deriva el estatus individual y familiar”.

Dicho concepto es ratificado por Fernández-Montalvo y Piñol³³ mediante la siguiente declaración en la que manifiestan que “hoy en día el trabajo no es una mera actividad dirigida a ganar dinero, sino que constituye una parte importante de nuestra propia identidad. La realización de un trabajo es, hoy por día, imprescindible para integrarse en el medio socio-cultural, para ser aceptado por los demás como un sujeto de pleno derecho y para conquistar la libertad personal a través de la independencia económica”.

Durante el desarrollo de la actividad laboral existen factores psicosociales que pueden generar estrés laboral, entendido este por Parkes³⁴ como “una desfavorable interacción entre las características del trabajador y las condiciones del trabajo que conduce a perturbaciones psicológicas y comportamientos malsanos, y finalmente a la enfermedad” o conceptualizado por Tapia y Bustamante³⁵ como “las reacciones físicas y emocionales nocivas que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador”.

Uno de los modelos más manidos en el campo de la Salud Pública para la comprensión del estrés vinculado al trabajo es el modelo de demanda-control-

apoyo social (DCA) de Karasek y Theorell³⁶⁻³⁸, cuya esencia se basa en la comprensión del estrés como una combinación entre las altas demandas psicológicas (volumen de trabajo a realizar bajo la presión del tiempo, situaciones inesperadas y nivel de concentración requerido) frente a un escaso control en la toma de decisiones (capacidad, habilidad y autoridad)³⁹.

Este binomio que pone totalmente el acento en las características psicosociales del entorno de trabajo⁴⁰ fue ampliado por Johnson⁴¹ en 1982 para añadir la dimensión del apoyo social, el cual puede reducir el efecto del estrés y redundar en una mejora de la salud del trabajador²¹ (entendida como el grado de integración socio-emocional y la ayuda en la ejecución de tareas entre compañeros y supervisores así como el apoyo negativo o la existencia de conflictos en el trabajo)^{21, 39, 41}.

2.2. RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS LABORAL Y LOS TRABAJADORES DE CENTROS DE MAYORES

Se sabe que las experiencias de dolor y sufrimiento son universales a todas las culturas, constituyendo ambas una situación humana que hacen tambalear la esfera fisiológica, existencial, mental, moral, religiosa, social e incluso política del individuo que la vivencia, alterando toda su realidad.

Cuando el sufrimiento que provoca una enfermedad nos invade, nos hace ser conscientes de nuestra condición limitada como seres humanos, adquiriendo un significado único que desencadena múltiples síntomas (perturbación del sueño, alteración emocional, incapacidad para concentrarse, etc.) restrictivos de

actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como vestirse y lavarse, actividades intelectuales como leer o actividades de tipo social como atender visitas o apoyo social⁴².

A su vez, es el ser humano el que a la par que es cuidado, cuida. La extensión de esta acción de cuidar, acompañar y curar cuando se puede, acerca a los profesionales encargados de ello a encarar de lleno la experiencia de sufrimiento.

En el contexto socio-sanitario de centros de mayores, la muerte y el sufrimiento adquieren una relación íntima, pues la muerte está presente de manera cotidiana al ser la evolución natural de muchas enfermedades. Este hecho junto con el manejo sintomático que acarrearán las paulatinas pérdidas funcionales del anciano y sus consecuencias inmediatas en la realización de ABVD y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), suponen un reto para los profesionales socio-sanitarios que atienden a este y a su familia. A nivel emocional, se genera una cascada de síntomas en los profesionales que abordan el cuidado diario y el contacto continuo con el anciano, pudiendo observarse cierta impotencia, frustración o irritabilidad cuando observan el sufrimiento del mayor o incluso frente a los familiares por no implicarse o por implicarse demasiado en los cuidados.

Asimismo, si a esta implicación psicológica y emocional (contacto directo y diario con la enfermedad, dolor y muerte ajenos) que conlleva el trabajo desempeñado por los profesionales socio-sanitarios en centros de mayores le sumamos aspectos relacionados con la organización del centro como sobrecarga de tareas, relación con el equipo de enfermería, turnicidad, conflictos entre

perfiles profesionales, conflicto de competencias, ambigüedad de rol, problemas de comunicación intragrupal⁴⁴ y la falta de autonomía y apoyo social en el puesto de trabajo^{39, 45-47}, entendemos que en el campo socio-sanitario de la Geriátrica, si no se despliegan de manera adecuada y conveniente los mecanismos, recursos y estrategias de afrontamiento existentes para ello, pueden generarse trastornos psicológicos como ansiedad (si la activación corporal es limitada en el tiempo) o estrés (si la activación corporal se prolonga en el tiempo), desencadenando desequilibrios bioquímicos, cognitivos y/o conductuales⁴⁸, insatisfacción laboral, absentismo y frecuentes cambios de puesto de trabajo o incluso abandono de la propia profesión^{39, 45, 49-53}.

Además, si este estrés laboral se cronifica (respuestas de estrés demasiado frecuentes, intensas o duraderas), puede llegar a evolucionar hacia síndromes como el *burnout* y/o la fatiga de la compasión (FC).

2.3. PRINCIPALES MANIFESTACIONES SINTOMÁTICAS PRODUCIDAS POR EL ESTRÉS

Las investigaciones revelan que el estrés psicosocial crónico en el trabajo tiene efectos perjudiciales en la salud de los profesionales²¹. Son múltiples los estudios^{21, 57-58} que vinculan la concordancia entre los trabajos caracterizados por alto estrés, bajo control en la toma de decisiones y falta de apoyo social con un aumento generalizado de la morbilidad, absentismo (se estima que más del 50% del absentismo laboral tiene su origen en el estrés laboral)⁵⁹ y bajas laborales⁶⁰⁻⁶¹, desmotivación, deterioro de las relaciones laborales, incremento en el consumo

de tóxicos⁶², alteraciones de la salud como patologías cardiovasculares⁶³⁻⁶⁵, síntomas psicológicos^{22, 66-67} y/o enfermedades musculoesqueléticas⁶⁸. Algunas investigaciones⁵⁹ concluyen que el 16% de las patologías cardiovasculares que afectan al sexo masculino y el 22% al sexo femenino se corresponden con el estrés laboral.

En el contexto socio-sanitario, se hace necesario resaltar que la bibliografía¹⁷ constata que en líneas generales, el profesional sanitario está expuesto a una presión psicológica y estrés mayores que otros profesionales, dándose el síndrome del *burnout* con mayor prevalencia en instituciones de salud cuyo patrón es el de un sistema muy preceptuado, con pocas oportunidades para los trabajadores de su plantilla que tienen que asumir el abordaje de pacientes/usuarios con importantes necesidades emocionales, lo que se traduce en una gran demanda y grado de dependencia de los usuarios con respecto a los profesionales.

En consecuencia, se ha evidenciado que los profesionales sanitarios sufren, frente a otros perfiles profesionales, un mayor riesgo relativo de sufrir patologías como cardiopatía isquémica, úlcera péptica, depresión o incluso accidentes de tráfico y conductas adictivas y suicidas⁷⁰⁻⁷¹.

En la tabla II, tomada de Carles *et al*⁷², se resumen las principales alteraciones fisiológicas, cognitivas y conductuales que como respuestas individuales pueden darse frente al estrés de índole laboral.

Tabla II. Alteraciones producidas por el estrés según Carles *et al*⁷²

FISIOLÓGICAS	COGNITIVAS	MOTORAS
Síntomas genéricos:		
Aumento de la frecuencia cardíaca	Preocupaciones	Hablar rápido
Aumento de la presión arterial	Ineptitud para tomar decisiones	Temblores
Aumento de la sudoración	Sensaciones de confusión	Tartamudeo
Aumento de la frecuencia respiratoria	Incapacidad para concentrarse	Imprecisión de gestos
Aumento de la tensión muscular	Disminución de la atención	Precipitaciones
Aumento de los niveles de adrenalina y noradrenalina	Sensación de falta de control	Explosiones emocionales
Aumento de la glucemia	Desorientación	Predisposición a accidentes
Disminución del riego sanguíneo periférico	Olvidos frecuentes	Consumo de drogas letales
Dispepsias	Bloqueos mentales	
Aumento del metabolismo basal	Hipersensibilidad a la crítica	
Hipercolesterolemia	Mal humor	
Aumento de la liberación de corticoides		
Depresión del sistema inmunológico		
Disnea		
Disfagia		
Sequedad de boca		
Midriasis		
 <i>En casos agudos o prolongados, los síntomas genéricos, pueden originar:</i>		
Problemas gástricos	Irritabilidad	Hipermotricidad
Propensión a las infecciones	Retraimiento	Tics
Disfunciones menstruales	Depresión	
Disfunciones sexuales	Insomnio	
Dolores articulares	Cambios en los hábitos alimenticios	
Dolores de cabeza		
Diabetes		
Anorexia		
Angina de pecho e infarto de miocardio		

Se hace interesante ampliar la tabla anterior rescatando a autores como Fornés⁷³, que alude a la ansiedad como otra de las posibles consecuencias psicológicas, a Mingote y Pérez⁷¹ que suman las cefaleas entre los trastornos orgánicos y el absentismo y la baja productividad entre las alteraciones motoras (conductuales). A su vez, Peiró⁷⁴ también diserta sobre el deterioro del rendimiento laboral. Este último aspecto trae como resultado una disminución en la calidad de los cuidados con posibilidad de aumento de errores y vulnerabilidad a los accidentes⁷⁵.

Por último, un aspecto muy destacado a tener en cuenta es el de los trastornos del sueño que el estrés laboral puede acarrear⁷⁶. En el campo socio-sanitario, y de manera específica en el ámbito geriátrico, estos trastornos del sueño ocurren tras la atención de casos clínicos complejos con gran carga de trabajo, el trabajo a turnos y nocturno y/o prolongación de la jornada laboral desempeñada principalmente por enfermeras, auxiliares de enfermería y médicos.

Tales exigencias clínicas, según Vicente-Herrero *et al*⁷⁶, son sinónimo en un gran número de ocasiones de microsueños por descansos inapropiados, falta de sueño reparador, cansancio físico y psíquico, fatiga laboral, menor rendimiento y eficacia laborales, así como un incremento del riesgo de siniestralidad laboral asociada tanto a accidentes de tráfico *in itinere* como a posibles accidentes laborales con alcance médico-legal⁷⁷, pues los desórdenes del sueño y/o la privación de este, originan “disminución del nivel de atención, de concentración, lentitud en la ideación, coordinación compleja y dificultad para la realización de tareas de precisión” como consecuencia del trastorno de los ciclos vigilia-sueño⁷⁸.

Las investigaciones⁷⁹ cifran en un 20% el número de trabajadores que se ven obligados a abandonar el trabajo por turnos como resultado de problemas de salud emergentes.

En la tabla III, elaborada por Vicente-Herrero *et al*⁷⁶ a partir de estudios de Fernández-Montalvo y Piñol³³, quedan alistados una serie de factores que pueden disponer a sufrir trastornos del sueño y del trabajo, especialmente relacionados con la combinación del trabajo nocturno y a turnos, tan habitual en el campo de la salud.

Tabla III. Factores relacionados con el trabajo a turnos y nocturno

FACTORES PREDISPONENTES	FACTORES AGRAVANTES
Edad mayor de 50 años	Más de 5 noches seguidas sin descanso
Pluriempleo	Primer turno comenzando antes de las 07:00 <i>am</i>
Fuerte carga doméstica	Turnos rotativos semanales
Matutinidad frente a vespertinidad	Menos de 48h de descanso después de una serie de noches
Historia previa de problemas de sueño	Horas extras
Problemas psiquiátricos	Rotación hacia atrás (1 ^a - 3 ^a - 2 ^a)
Alcohol y drogas	Turnos de 12h en trabajos críticos o pesados
Problemas gastrointestinales	Trabajo excesivo en fin de semana
Epilepsia, diabetes y problemas cardiacos	Largo recorrido <i>in itinere</i>
	Periodos de reposo inapropiados.
	Turnos que hacen difícil planificar a medio plazo las actividades personales

am: ante meridiem

2.4. FACTORES IMPLICADOS EN LA PRODUCCIÓN DE ESTRÉS LABORAL

Según indican las últimas investigaciones⁸⁰, las profesiones que basan su quintaesencia en el cuidado de otros, pueden sufrir alteraciones en el bienestar y la salud, como es el caso del personal socio-sanitario de centros de mayores. No obstante, existen numerosas clasificaciones^{17, 31, 72, 81} sobre los factores que pueden estar relacionados con el estrés, aunque suelen encuadrarse atendiendo a factores organizacionales y laborales: a los que hay que sumar características personales del empleado como factores biológicos/demográficos (edad, sexo, situación familiar) y factores afectivos/cognitivos (personalidad, patrones de conducta, expectativas, capacidad de adaptación).

Antes de proceder a desvelar las posibles causas de estrés comúnmente citadas por los estudiosos a nivel organizacional y laboral, nos gustaría detenernos en el último aspecto citado en líneas anteriores sobre los factores afectivos/cognitivos que hacen referencia a la personalidad y los patrones de conducta, pues la personalidad refleja el modo usual de afrontar los acontecimientos e influye en el análisis y valoración de los mismos, así como en el posterior afrontamiento que los individuos suelen mostrar ante las situaciones potencialmente estresantes⁸².

De esta manera, Carles *et al*⁷² sintetizan las principales características de los patrones de conducta que en psicología hacen referencia a la personalidad de tipo A, B o C (tabla IV). En el ámbito de la salud se afirma que una personalidad tipo A es un factor de riesgo para sufrir estrés y patologías cardiovasculares^{29, 72}.

Tabla IV. Características de los patrones de conducta en base al tipo de personalidad según Carles et al²

	PERSONALIDAD TIPO A	PERSONALIDAD TIPO B	PERSONALIDAD TIPO C
Síntomas	Falta de puntualidad en las citas	Adaptables	Sumisos
	Hacen las tareas rápidamente	Introvertidos	Tienen mucha paciencia
	Impacientes cuando esperan	Suaves al hablar	Poco conflictivos
	Constante impresión de urgencia	Tienen una expresión de calma	Pacificadores
	Enojo excesivo ante cualquier error	No tienen prisa	Excesivamente serviciales
	Muy críticos con otros individuos	Se controlan muy bien	Dificultad para reivindicar sus derechos
	Enfadados injustificados	Su postura es sosegada	Evitan los conflictos
	No desconectan del trabajo	Suaves al realizar movimientos	Están a la defensiva
	Trabajadores incansables		Incapaces de enfrentarse a otras personas
	Dificultad para relajarse		No expresan sus emociones
	Incapaces de delegar trabajo		Buscan la armonía
	Excesivamente competitivos		Sienten indefensión y desesperación
	Compulsivos para trabajar más en menos tiempo		
	Aspiran a las recompensas		
	Ejecutan movimientos rápidos		
	Incapaces de escuchar sin interrumpir		
	Rápidos al hablar		
	Agresivos		

A nivel organizacional, sobresalen las fuentes de estrés distinguidas por Serrano³² y Bravo *et al*⁸³ (tabla V), predictoras de efectos actitudinales y conductuales negativos, verbigracia, la insatisfacción laboral, la tensión, la propensión al abandono o incluso un desempeño con menor rendimiento del habitual o esperado⁷².

Tabla V. Factores organizaciones susceptibles de provocar estrés en el medio laboral según Serrano³² y Bravo *et al*⁸³

Factores organizacionales: principales estresores
Conflicto de rol
Ambigüedad de rol
Sobrecarga de rol
Infrautilización de habilidades
Recursos inadecuados
Escasa participación
Clima o ambiente laboral

A nivel laboral (tabla VI) predominan los catalogados por Cooper y Davison⁸⁴ y Casas *et al*⁸¹ como factores ambientales:

Tabla VI. Factores ambientales susceptibles de provocar estrés en el medio laboral
FACTORES AMBIENTALES SUSCEPTIBLES DE PROVOCAR ESTRÉS EN EL MEDIO LABORAL

Factores inherentes al puesto de trabajo:

- Ergonómicos (riesgos físicos, químicos, biológicos, psicológicos y relacionados con la fatiga acumulativa)^{72, 85-86}
- Trabajo por turnos y nocturno (alteraciones de los ritmos neurofisiológico y circadiano, problemas de sueño, fatiga)⁸⁷⁻⁸⁸
- Adecuación de demandas (cualitativa y cuantitativamente: carga de trabajo)⁷²
- Uso de nuevas tecnologías⁸⁹⁻⁹⁰
- Función en la organización^{31, 84}
- Desarrollo de la carrera profesional (ascensos, ascensos inexistentes o promociones insuficientes, inestabilidad laboral, pérdida puesto trabajo)^{31, 84, 90-91}.
- Relaciones laborales (con compañeros, supervisores, subordinados, pacientes y familiares)^{31, 84}

Estructura y dinámica institucionales:

- Características estructurales de la organización (centralización en toma de decisiones, protocolización de procedimientos, estilos de supervisión)^{31,84}
 - Falta de autonomía en el trabajo (posibilidades individuales/política empresarial)⁴³
-

Por consiguiente, niveles elevados de estrés en el ámbito laboral pueden conllevar importantes consecuencias perjudiciales tanto para la institución⁹² en este caso el centro residencial de mayores, como para el trabajador y los propios usuarios. Por este motivo, consideramos de gran interés la investigación referente a los fenómenos de desgaste profesional (*burnout*) así como al análisis pormenorizado de la FC, poco estudiada hasta la actualidad.

II.3. SÍNDROME DE *BURNOUT*

3.1. ORIGEN DEL TÉRMINO

Aunque el primero en usar el término fue Graham Green^{10,93} en 1961 mediante su obra *A burnout case* en la que narraba la trama de un arquitecto espiritualmente atormentado y desilusionado que toma la decisión de abandonar su trabajo y retirarse en la selva africana con una extrema fatiga, pérdida de idealismo y pasión por su trabajo, no fue hasta 1974 cuando fue descrito por primera vez en Estados Unidos como concepto psicosocial asociado al desempeño de la actividad laboral por el psiquiatra norteamericano Herbert Freudenberger⁹⁴.

Freudenberger⁹⁴ definió el *burnout* como “el agotamiento de energía experimentado por los profesionales cuando se sienten sobrepasados por los problemas de los demás”, “un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo” a partir de sus observaciones como psiquiatra a voluntarios jóvenes e idealistas que trabajaban en una clínica de desintoxicación (Clínica Libre) de Nueva York, los cuales, al año del inicio de su trabajo, cambiaron su actitud⁹⁶, desmotivados, mostrando conductas cínicas y evitativas hacia sus pacientes, con inclinación a culpabilizarles de sus problemas así como síntomas de agotamiento, irritabilidad³², ansiedad y depresión⁹⁴⁻¹⁰².

Un par de años más tarde, en 1976, fue la psicóloga social Christina Maslach¹⁰³ quien tras estudiar las respuestas emocionales de empleados integrados en profesiones de ayuda, lanzó el término al mundo académico a través del Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicología (APA), definiéndolo como “un estrés crónico producido por el contacto con los clientes que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con los clientes en su trabajo”.

En 1981, de nuevo Maslach¹⁰⁴, lo delimitó como “un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan en contacto directo con clientes y/o pacientes”. Es esta misma autora la que en conjunción con Susan Jackson¹⁰⁵, confeccionan el cuestionario conocido como *Maslach Burnout Inventory* (MBI)^{104,106}, el instrumento más utilizado hasta el momento para la evaluación y realización de investigaciones sistemáticas sobre el síndrome del *burnout*.

3.2. DIFERENCIAS CONCEPTUALES ENTRE EL ESTRÉS LABORAL Y EL SÍNDROME DE *BURNOUT*

De manera habitual, se asocia o confunde el síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) o síndrome de *burnout* con una situación de estrés. Debido a la complejidad del fenómeno, es importante diferenciar ambos conceptos, aunque existen diferencias que no están claramente definidas debido a que un gran número de autores considera el *burnout* como la última etapa del estrés laboral.

La capacidad de afrontamiento del estrés¹⁰⁸⁻¹⁰⁹ junto con la satisfacción laboral¹¹⁰⁻¹¹², están íntimamente unidas en el desarrollo del síndrome de *burnout*. En la tabla VII, elaborada a partir de investigaciones de Hernández¹¹³; de Gisbert^{32, 107}; y de Fidalgo¹¹⁴, se plasman las principales diferencias entre ambas entidades.

Tabla VII. Principales diferencias entre el estrés y el síndrome de *burnout* según Fidalgo¹¹⁴, Hernández¹¹³ y Gisbert^{32, 107}

	ESTRÉS	BURNOUT
Sustrato primario	Daño fisiológico	Daño emocional
Factores causales	Estímulos estresores Tipo de personalidad	Organizacionales y laborales modulados por tipo de personalidad
Instauración	Episodios agudos de sobrecarga o dificultad	Episodios crónicos de sobrecarga o dificultad
Efectos	Positivos (eustrés) en exposiciones moderadas y negativos	Solo negativos
Problemas en el trabajo Emocionalmente Agotamiento	Sobreimplicación Hiperactividad Relacionado con falta de energía física	Falta de implicación Embotamiento Afecta a motivación y a energía psíquica
Sobrecarga laboral	Directamente proporcional	No identificación habitual
Si depresión	Reacción a preservar energías físicas	Pérdida de ideales de referencia-tristeza
Periodo de reposo y descanso	Puede desaparecer	No desaparece
Población diana	Personas con ideas omnipotentes, aspiraciones irreales, horas excesivas de trabajo y sobrecarga de agenda	Cualquier profesión, especialmente del ámbito de la sanidad y educación
Características de personalidad	Altruismo, compromiso y desinterés	Dos perfiles: ▪Falta de asertividad, baja autoestima, dependencia y escasa implicación ▪Entusiasmo, idealismo, alto nivel de implicación

En suma, son pocos los autores que encuadran al fenómeno del *burnout* como un tipo de estrés laboral, sino que la gran mayoría lo conceptualizan como una respuesta al estrés ocupacional crónico con sintomatología específica, suponiéndole una interacción de variables afectivas, cognitivas y actitudinales que se articulan entre sí de manera secuencial.

Los trabajos de Maslach y Leiter¹¹⁶ enfatizan que el *burnout*, a diferencia del estrés, no se centra únicamente en repercusiones físicas (agotamiento), sino que es necesario estudiarlo desde una perspectiva más amplia que incluya también los daños que de él se pueden derivar en la esfera psicológica y conductual.

Moreno y Peñacoba¹⁷ relacionan el *burnout* con la pérdida de interés laboral, acompañada de desmotivación emocional y cognitiva, no reconociendo dicho fenómeno con la sobrecarga de trabajo.

3.3. INCIDENCIA Y PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE *BURNOUT* EN EL ÁMBITO SOCIO-SANITARIO

3.3.1. El proceso de deterioro en los cuidados a personas mayores

Los equipos socio-sanitarios que trabajan en centros residenciales de personas mayores, contemplan entre sus objetivos de cuidado, la promoción de la salud y de la autonomía, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación, prevención de úlceras por presión, control sintomático y cuidados de confort a pacientes con demencias avanzadas y a enfermos en situación de enfermedad terminal que no tienen posibilidad de recuperación, preparación para la muerte,

preservación de la dignidad y calidad de vida así como el abordaje del duelo de los propios pacientes, bien por pérdidas funcionales debido a enfermedades crónicas degenerativas o por una enfermedad irreversible sin curación y duelo de familiares y residentes del centro, entre otros tantos.

Todas estas finalidades implican enfrentarse a la enfermedad, a la muerte y al dolor y proporcionar cuidados al detalle con una gran responsabilidad en la toma de decisiones, una intensa carga física y emocional, altamente estresante (en ocasiones enmarcada dentro de desajustes organizacionales), lo que puede transformarse, si no se maneja adecuadamente con los mecanismos de afrontamientos apropiados, en factores de riesgo (alta complejidad del trabajo, problemas con los familiares, choque con el sistema, fricciones con la dirección del centro o compañeros) que pueden conducir a trastornos o riesgos psicosociales^{115,117-118} como el conocido síndrome de *burnout*.

El síndrome de *burnout*^{115, 117-118} puede manifestarse con conductas como, entre otras, desempeño ineficaz, inhibición, apatía, falta de energía, tristeza, angustia, ansiedad, estrés, frustración crónica, menor rendimiento en el trabajo e incluso absentismo laboral. En la Unión Europea¹¹⁹, más del 50% del absentismo tiene su origen en el estrés laboral. A nivel económico, esto se traduce en tiempo perdido y gastos sanitarios de aproximadamente 20.000 millones de euros al año.

Así pues, el síndrome de *burnout* o cualquiera de sus múltiples formas sinónimas bajo las que es conocido en nuestro país (síndrome del quemado¹²⁰, síndrome de cansancio emocional, SQT defendido por Gil-Monte^{59,121}, síndrome del profesional exhausto o sobrecargado, síndrome del desgaste profesional -SDP- acuñado por Vega, Pérez Urdániz y Fernández Cantí^{103,122}, síndrome de

estar quemado en el trabajo¹²³ o simplemente, estar quemado¹²⁴, tiene su origen, según Arranz *et al*¹²⁶, “en la necesidad de dar explicación al proceso de deterioro en los cuidados y en la atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios, entendiéndose como la consecuencia de la desproporción entre el esfuerzo realizado y los resultados obtenidos”.

Entre los investigadores y expertos de la materia, existe una pretensión por introducir el SQT en manuales internacionales¹²⁷ de diagnóstico psicopatológico como el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) o la Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (décima revisión: CIE-10) de la Organización mundial para la salud (OMS) para su consideración como un nuevo síndrome clínico o enfermedad en la categoría de “reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación” en la CIE-10¹²⁸ o en la de “trastornos adaptativos” en el DSM-IV-TR (cuarta edición; texto revisado)¹²⁸.

Recientemente ha sido publicado el DSM-5¹²⁹ en Estados Unidos y el síndrome de *burnout* sigue sin aparecer clasificado, a pesar de existir un apartado de desórdenes relacionados con trauma y estresores. De manera inespecífica, existe un apartado en dicho manual destinado a “otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica”, en el cual se incluyen “problemas educacionales y ocupacionales”.

3.3.2. Incidencia y prevalencia

El estrés laboral puede llegar a transformarse en una amenaza para la salud de los profesionales del campo socio-sanitario como consecuencia de su cronificación hacia el SQT, afectando incluso a los más jóvenes¹³⁰⁻¹³¹. En un meta-análisis¹³² constituido por 31 estudios sobre la satisfacción en el colectivo de la enfermería, el estrés laboral estaba íntimamente relacionado de manera negativa con la satisfacción en el trabajo. En los Países Bajos¹³³, se habla de un 58% de problemas de salud mental diagnosticados en relación con el ejercicio del trabajo.

Grosch y Olsen¹³⁴ afirman que el síndrome de *burnout* está diseminándose adquiriendo magnitudes epidémicas. En Estados Unidos y en algunos países centroeuropeos¹³⁵, están aumentando las demandas judiciales por parte de los trabajadores hacia sus empresas por haber adquirido enfermedades originadas como consecuencia del síndrome de *burnout*.

En nuestro país, el síndrome de *burnout* tiene una incidencia destacable en los trabajadores del sector servicios de la salud y la educación como resultado del trabajo diario y constante con personas¹³⁶⁻¹³⁷. Las cifras apuntan al ámbito de la sanidad y de la educación como dos de los sectores con mayor riesgo de sufrirlo, con cifras que se aproximan al 30-40%, es decir, uno de cada cinco profesionales de sanidad y docencia¹⁰³.

Además, existen trabajos que corroboran que los profesionales de estos servicios muestran mayores índices, junto con el desgaste profesional, de presentar insatisfacción, trastornos afectivos y estrés^{10, 139}. No obstante, a pesar

de lo citado, es importante referir que realmente el *burnout* puede aparecer en trabajadores de cualquier tipo de actividad¹⁰ aunque su trabajo no implique contacto directo con personas.

Aun así, la prevalencia del SQT ha sido estudiada en España principalmente en el ámbito de la atención primaria de salud¹⁴¹⁻¹⁴³ y en menor medida en el ámbito socio-sanitario¹⁴⁴⁻¹⁴⁵ o de atención especializada^{22, 146-147}, salvo especialidades médicas y enfermeras de supuesto alto riesgo que sí han ocupado numerosas investigaciones¹⁴⁸⁻¹⁵². Hay estudios¹⁵³ que indican que el personal sanitario de atención primaria es el que sufre el SQT en un porcentaje mayor frente a otras especialidades (algunos estudios hablan de un 40%) seguido de equipos de oncología, salud mental y servicios de urgencias.

Dentro del campo de la sanidad, la profesión médica¹⁵⁴ y de enfermería¹⁵⁵⁻¹⁵⁸ han sido detectadas como dos de los grupos más predispuestos a sufrir estrés y *burnout*¹⁵⁹⁻¹⁶⁰. Los resultados de una tesis doctoral¹⁶¹ llevada a cabo con una muestra de médicos del hospital clínico de Salamanca, detectaron que el 20% de los médicos sujetos del estudio presentaban malestar psicológico a consecuencia del *burnout*.

Aun así, son varios los estudios¹⁶²⁻¹⁶³ que insisten en la enfermería como la profesión con mayor riesgo de *burnout*, con estadísticas en estudios de Maslach y Jackson¹⁶⁴ que alcanzan entre el 20-35% de enfermeras afectadas por el síndrome, lo que ocasiona absentismo y un menoscabo en la calidad de los servicios enfermeros. Según Leda *et al*¹⁶⁵, “las propias expectativas con las que los sanitarios comienzan el desarrollo de la profesión resultan, con la práctica diaria, frustradas, y todo ello en ocasiones en un entorno de presión asistencial,

social y de sensación de desamparo por parte de la administración. Estos sentimientos de frustración e incompetencia profesional influyen en la aparición de bajos niveles de realización personal en el trabajo”.

Maslach¹⁶⁶ detectó que de manera general, el riesgo de padecer *burnout* se centra en aquellas profesiones que trabajan hacia personas y exigen entablar relaciones personales constantes y directas de carácter confidencial con alta carga afectiva. En el ámbito de los cuidados socio-sanitarios, además del médico y el personal de enfermería, este sentimiento de frustración si no se consiguen los resultados esperados en el cuidado, es compartido entre los profesionales de la psicología^{11, 167-168}, del trabajo social¹⁶⁹⁻¹⁷⁰, los fisioterapeutas¹⁷¹⁻¹⁷² o los profesionales de terapia ocupacional y animadores socio-culturales¹⁷. Ya Freudenberger⁹⁴ detectó en sus estudios iniciales respecto al tema, que existe un mayor riesgo en trabajadores jóvenes idealistas y optimistas con entrega en demasía al trabajo.

En una investigación llevada a cabo en 2001 por Caballero *et al*¹⁴² en una muestra de trabajadores sanitarios que incluía médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería de un área de salud de Madrid, el 43,9% de los participantes refirió presentar o haber presentado algún tipo de alteración física o psíquica relacionada directamente con el desempeño de su profesión. Asimismo, el 38,3% asociaba su desgaste de manera directa con el exceso de demanda soportado habitualmente en sus consultas.

Por consiguiente, se infiere que cuando el *burnout* afecta a los trabajadores del campo socio-sanitario, está afectando a instituciones con un gran impacto social, lo que lo convierte en un problema de relevancia y preocupación ante su estudio por las repercusiones sociales y laborales que de él se pueden llegar a derivar. No obstante, Gil-Monte¹³³ señala que realmente “cualquier profesional o trabajador con una gran vocación, que se entrega a su profesión, con altos niveles de idealismo profesional y que desarrolla su trabajo centrado en el trato hacia los demás puede llegar a desarrollar el SQT”.

Así pues, todo lo visto anteriormente puede relacionarse con el porcentaje de absentismo laboral, el cual, en el ámbito de la salud es superior al de otras profesiones y lleva asociado síntomas como, de manera sintética, dolores musculares, bajas por depresión y enfermedades psicosomáticas¹⁷³.

3.3.3. Perspectiva clínica y perspectiva psicosocial

En las aproximaciones definitorias del síndrome se suelen distinguir dos perspectivas, que por convención se han denominado proyección clínica y perspectiva psicosocial¹²¹. La primera considera el SQT como el estado (sentimientos y conductas)¹⁷⁴ al que llega el individuo como respuesta al estrés laboral¹²¹. En esta línea, se encuadraron los primeros trabajos de Freudenberg⁹⁴ y de Pines y Aaronson¹⁷⁵.

Por el contrario, la perspectiva psicosocial (la más seguida en las investigaciones)⁹³ lo acota como un proceso (fallo en los mecanismos de afrontamiento y fases secuenciadas)¹²¹ que se despliega por la interacción de características del entorno laboral y personales, con síntomas diferenciales según

la secuencia de etapas⁷⁴. En esta dirección se centraron los trabajos de Maslach y Jackson^{104,106}, Golembiewski y cols¹⁷⁶, Leiter¹⁷⁷, Schaufeli y Dierendonck¹⁷⁸, Gil-Monte y cols^{59, 121, 133} entre otros.

3.4. DEMARCACIÓN CONCEPTUAL DEL SÍNDROME DE *BURNOUT*

La necesidad de estudiar el síndrome de *burnout* está ligada al derecho de la protección de la salud que todo trabajador tiene cuando está inserto en una organización. La actual perspectiva holística de la salud, ha llevado a que en las últimas décadas, esta sea contemplada desde un prisma bio-psico-socio-espiritual, lo que ha supuesto una mayor consideración generalizada hacia la relevancia del estrés laboral y sus repercusiones.

En los entornos de servicios de salud e inmersos en el actual contexto socio-económico, son cada vez más los trabajadores que se exponen a riesgos psicosociales, organizativos o de ordenación del trabajo, lo que conlleva exigencias de carácter emocional que deben ser evaluadas y prevenidas a fin de proteger al trabajador y evitar la instauración del *burnout* y sus múltiples repercusiones negativas¹²⁷, que pueden afectar de manera general, a nivel físico, psicológico y social¹⁷⁹⁻¹⁸¹.

El gran alcance personal y económico que supone su padecimiento tanto para los trabajadores como para las instituciones sanitarias, ha convertido al SQT en un problema de salud pública¹⁸²⁻¹⁸³. Se estima que en el año 2020, los trastornos mentales se posicionarán como la segunda mayor causa de enfermedad e incapacidad a nivel mundial¹⁸⁴.

Las crecientes demandas sociales, organizacionales y emocionales que imperan actualmente^{111, 142, 185-186} en el ámbito socio-sanitario y que constituyen parte de la etiopatología del síndrome, hacen de este fenómeno un tema de sumo interés en continua investigación¹⁶. Su importancia se concibe desde un proceso dinámico que atraviesa diferentes fases con repercusión y deterioro personal, profesional y por extensión, sociofamiliar¹⁸⁷.

Esta tendencia general de desarrollo condicionada por nuevas variantes sociodemográficas, inclusión de las tecnologías de la información y comunicación en el cuidado, modernas perspectivas en los sistemas físico-tecnológicos de la organización, incremento en los índices de procesos sobre cambios organizacionales junto con el decremento en el número de personal y la necesidad de atender a un número cada vez mayor de pacientes en tiempos más reducidos, ha llevado a utilizar el término de “aceleración social”¹⁸⁸ para referirse a estas nuevas exigencias¹⁸⁹.

Meijman y Mulder¹⁹⁰ sugieren que tal intensificación del trabajo en el campo de la Geriatría debería ser reconocida como un factor estresor. Por su parte, Kubicek *et al*¹⁹¹, en una investigación llevada a cabo en Austria entre los profesionales del campo de la salud implicados en el cuidado de personas mayores, concluyeron que las nuevas exigencias que lleva implícita la aceleración

social, supone desafíos potenciales en el aprendizaje del trabajo así como riesgos potenciales en la salud de los empleados a nivel cognitivo, emocional y físico.

3.4.1. Definición basada en el *Maslach Burnout Inventory* de Maslach y Jackson

A partir del MBI de Maslach y Jackson^{104,106} se consigue una definición operacional y de gran aceptación entre los entendidos en la materia mediante el desglose de los tres rasgos del cuestionario, que miden tres dimensiones interrelacionadas y definitorias del *burnout*, las cuales se caracterizan por^{104-105, 115, 144, 192-193}.

Cansancio/agotamiento emocional (AE): el trabajador se siente desganado, exhausto afectivamente y sin energía como consecuencia de la pérdida de interés y satisfacción por el contacto diario y sostenido con los pacientes. Aparecen sentimientos de indefensión tras haber puesto en marcha mecanismos de defensa sin resultado alguno¹⁷.

Despersonalización (D): actitud fría, cínica¹⁹⁴, con pérdida de empatía¹⁹⁵ e implicación hacia los pacientes (a los que se puede llegar a culpar de la situación o enfermedad que están atravesando en un arranque de deshumanización¹⁹⁶⁻¹⁹⁷) como resultado de un cambio de actitud con sentimientos negativos, hostilidad e incluso depresión^{109,198-200}. Según Maslach *et al*¹⁰, la D es un intento de poner distancia entre uno mismo y los pacientes. Fuera del ámbito de los servicios humanos, las personas utilizan la distancia cognitiva cuando están agotados o desanimados mediante el desarrollo de actitudes cínicas.

Autorrealización personal (RP): sentimiento de inadecuación a las tareas que el trabajador realiza (de ineficacia e incompetencia), con pobre autoconcepto y autoestima. Se desmerece el trabajo y la institución y se da una reducción del sentimiento de logro personal. Esta fase también se acompaña de una pérdida del idealismo e ilusión que antaño se tuvo¹⁶⁴.

De las tres variables anteriores, el núcleo central vinculado al desarrollo del síndrome de *burnout* y a niveles altos de estrés crónico lo hallamos en el AE^{111-112, 201}, el aspecto más estudiado e investigado de los que conforman el síndrome¹⁰.

En él se focalizan la mayoría de variables influyentes en la aparición del *burnout* y es la dimensión con mayor implicación en relación a los problemas de salud^{56, 176, 202-203}, la “que mejor valora la existencia del síndrome”¹⁸⁷. Se estima que es la manifestación más obvia de este complejo síndrome. De hecho, cuando las personas que sufren *burnout* describen cómo se sienten o a alguien que conocen que lo está sufriendo, la aposición más utilizada para pormenorizar la situación es “agotamiento”¹⁰.

Esto ha llevado a argumentar a algunos teóricos que los otros aspectos del síndrome son secundarios e innecesarios²⁰⁴. Sin embargo, otras veces se oponen a esta reducción simplista del síndrome debido a que es una contemplación insuficiente que aísla la complejidad del fenómeno en toda su magnitud¹⁰.

Un esquema general del desarrollo del síndrome hasta llegar al agotamiento vendría dado por las siguientes fases (figura 03):

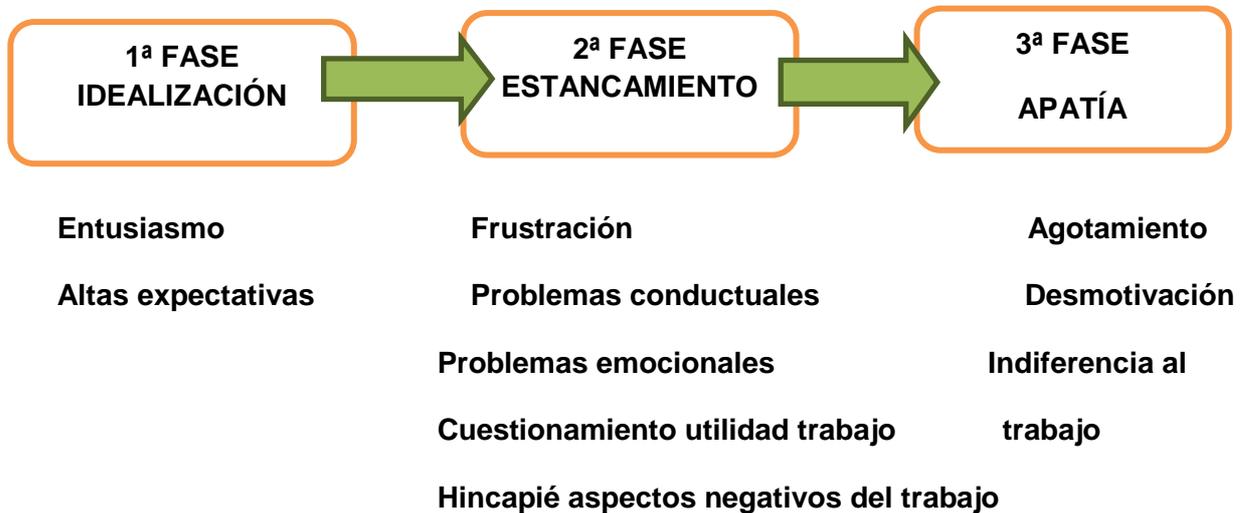
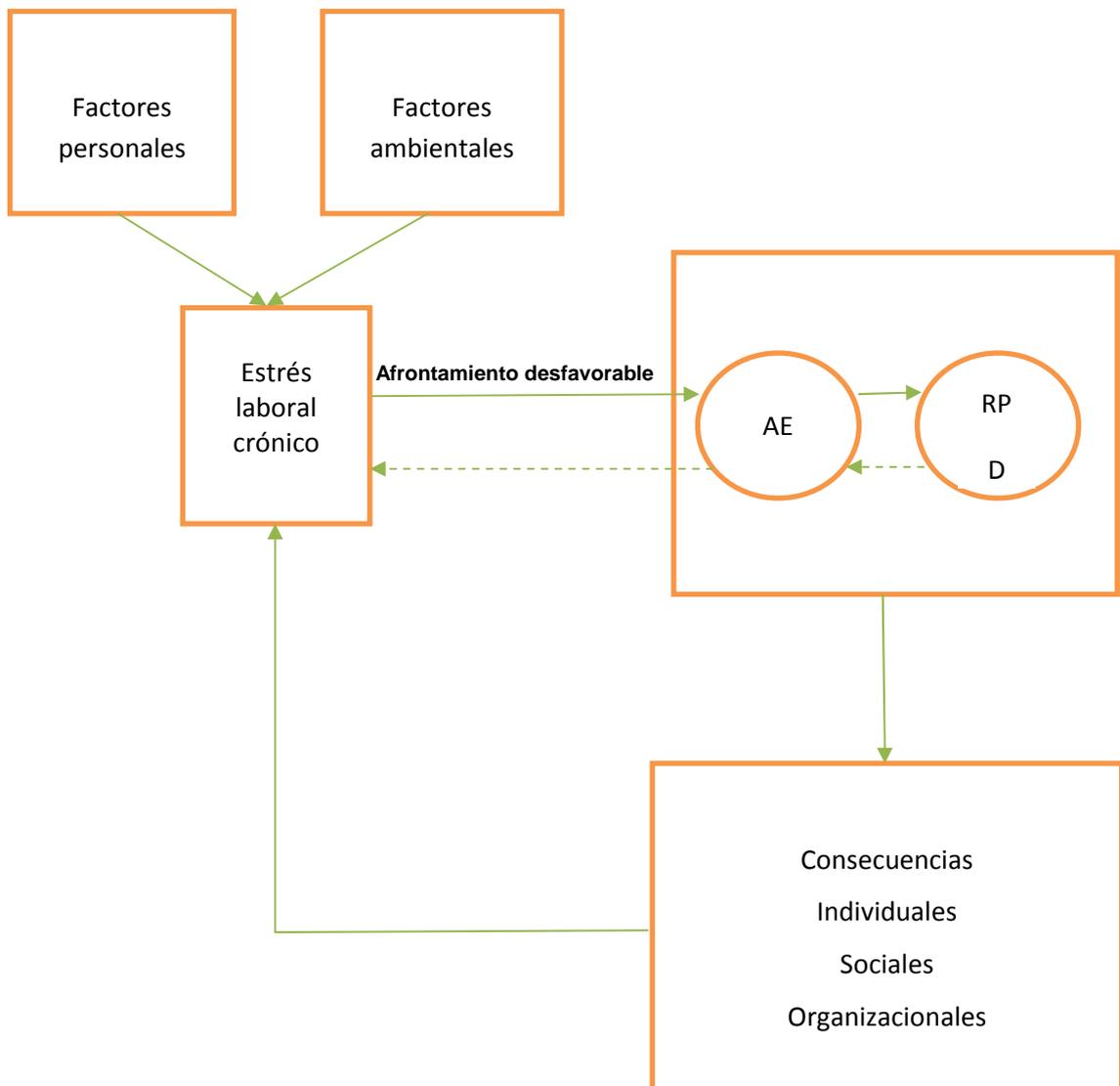


Figura 03. Desarrollo del síndrome de *burnout* hasta llegar al agotamiento emocional según Caballero *et al*¹⁴²

Es decir, el síndrome de *burnout* se caracteriza por un deterioro cognitivo (pérdida de ilusión en el trabajo, desencanto profesional, baja RP en el trabajo), afectivo (AE y físico) y conductual (actitudes y conductas negativas hacia los pacientes) que en ocasiones se acompañan de sentimientos de culpa, variable que permite entender consecuencias como la depresión o el absentismo²⁰⁵.

Por otra parte, en la tercera edición del MBI¹⁰⁴, el ítem de “despersonalización” ha sido sustituido por el de “cinismo”, a fin de ampliar su uso a todo tipo de profesiones y no únicamente a las de carácter asistencial. El cinismo es entendido como una actitud impúdica hacia el valor del propio trabajo y críticas extendidas a la institución laboral²⁰⁶.

Este planteamiento multidimensional¹³⁵ del desarrollo del SQT vincula estrechamente al *burnout* con la respuesta emocional, ubicando a los factores laborales y organizacionales como condicionantes y antecedentes del síndrome (figura 04).



AE: Agotamiento emocional. RP: Realización personal. D: Despersonalización

Figura 04. Desarrollo del *burnout* en el ámbito de la salud por Matía et al¹⁸⁷

3.5. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL ENTRE EL *BURNOUT* vs OTRAS ENTIDADES DE CORTE PSICOLÓGICO

En base a estas definiciones, se difiere que el *burnout* es una entidad propia distinta a otros constructos de corte psicológico que pueden vincularse con la actividad laboral como son el desgaste emocional, la fatiga, ansiedad, estrés psicológico, depresión y estrés laboral.

Ha sido conceptualizado por algunos autores como la consecuencia al estrés laboral crónico que generalmente se presenta después del primer año de trabajo³¹ cuando fallan las estrategias de afrontamiento, especialmente en profesiones de ayuda, en profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de esas organizaciones¹³³. Las investigaciones constatan que las profesiones de carácter asistencial, en las que se prestan servicios y ayuda a otras personas, son las más proclives al estrés³¹.

Como nota aclaratoria, en referencia a esta gran variedad de constructos considerados, el foco de atención en los estudios diferenciales de *burnout* frente a otras manifestaciones psicológicas, se ha dirigido principalmente hacia los conceptos de depresión y satisfacción laboral¹⁰.

La distinción entre *burnout* y depresión se ha establecido de manera empírica mediante múltiples estudios. Utilizando la escala del MBI y otras escalas propias de la depresión²⁰⁷⁻²⁰⁹, se ha llegado a la conclusión de que el *burnout* es un problema específico vinculado al contexto laboral, mientras que la depresión tiende a impregnar cada esfera de la vida de la persona^{100, 210}. Aun así, se ha demostrado que las personas con más tendencia a la depresión son más vulnerables a padecer *burnout*.

Para evitar confusiones con otros conceptos, Maslach y Schaufeli²¹¹ hablan de cinco aspectos propios del *burnout*:

1) Influjo de sintomatología disfórica como agotamiento mental, AE, fatiga y depresión.

2) Predominio de síntomas a nivel mental y conductual frente a lo físico.

3) Sintomatología íntimamente relacionada con el trabajo.

4) Manifestaciones clínicas en personas que no han padecido episodios psicopatológicos anteriores.

5) Reducción en la eficacia y desempeño del trabajo como consecuencia de las actitudes y comportamientos negativos.

El curso del SQT se caracteriza por una instauración del síndrome lenta e insidiosa, por lo que su identificación por parte del individuo es compleja¹⁰³. Los individuos afectados o en riesgo de ello no son conscientes en la mayoría de las ocasiones o incluso hacen una negación del fenómeno¹⁸⁷.

En un estudio llevado a cabo en 2014 por Porrás-Povedano *et al*²⁰ en un centro sanitario, ante la pregunta dirigida a los profesionales de enfermería sobre qué riesgos laborales percibían en su quehacer diario como trabajadores, fueron declarados hasta 12 riesgos, siendo el estrés detectado en segundo lugar (13,68%) tras los accidentes por exposición a material biológico (52,78%) y junto a las cargas/movilizaciones (19,44%).

La evidencia médica²¹² indica que a ciertos niveles, una vez instaurado el síndrome, este no tiende a la remisión. Este hecho resulta realmente preocupante como así ponen de manifiesto los estudios que enfatizan que el SQT puede llegar a convertirse en una patología incapacitante para el desarrollo de la actividad laboral¹³³, lo que tiene consecuencias nefastas para el trabajador, la organización, la calidad de los servicios que se prestan²¹³ y finalmente la repercusión en la asistencia a los pacientes³¹, pues existe una influencia recíproca entre la calidad de vida de cuidadores y pacientes²¹⁴.

3.6. ETIOLOGÍA DEL FENÓMENO EN CENTROS SOCIO-SANITARIOS DE ANCIANOS

Son muchos los estudios que han tratado de identificar las causas primarias o factores implicados en el desarrollo del SQT con la intención de poder desarrollar estrategias de intervención genéricas que permitan cambiar tales variables implicadas²¹⁵.

Por su parte, en el contexto que nos ocupa, la literatura médica²¹⁶ sostiene que el cuidado de las personas mayores es inherentemente estresante, hecho el cual origina que se vaya acumulando un nivel de estrés que termina por cronificarse y aflorar en forma de procesos patológicos como el *burnout*²¹⁷.

Tal es su dimensión, que el Tribunal Supremo ha asignado al síndrome de *burnout* la entidad de accidente de trabajo e instancias inferiores han reconocido su desarrollo en la peligrosidad y penosidad de determinados puestos de trabajo²¹⁸.

Mount¹⁵³ se refiere al trabajador quemado como “aquel que pasa de cuidar a la apatía, se encierra en sí mismo distanciándose, pasa de la franqueza a la autoprotección, de la confianza a la sospecha, del entusiasmo a la desilusión e incluso al cinismo, y de la autoestima a la desvalorización personal”.

En los países occidentales, como sucede con el nuestro, hay una gran variedad de perfiles profesionales prestando servicios de cuidado en los centros residenciales de mayores²¹⁹. Los profesionales del campo socio-sanitario de la Geriátrica se enfrentan a una gran variedad de tareas²²⁰. Las investigaciones demuestran que la ambigüedad de rol y los conflictos que surgen entre las diferentes categorías profesionales están relacionadas con la aparición de estrés y conflictos éticos²²¹⁻²²³.

Entre los cometidos de los profesionales socio-sanitarios de ancianos, destacan de manera general, el trabajo con personas que sufren demencias y problemas cognitivos, resolución de conflictos, realización de movilizaciones/cargas físicas duras, abordaje de situaciones problemáticas emocionalmente complejas con los propios pacientes o sus familias, entre otras.

A esta rutina diaria, hay que sumarle además los cambios que actualmente están rodeando al campo del cuidado de las personas mayores, que demandan una mayor calidad en los servicios que los profesionales de la salud bajo el concepto de coste-eficiencia para reducir gastos^{191, 224}, con programas de contención de costes²²⁵⁻²²⁶ y la inclusión de modernas tecnologías tanto en la equipación como en la documentación y seguimiento de historias clínicas²²⁷, cuya burocratización ha aumentado considerablemente²²⁵⁻²²⁶.

A su vez, los cambios demográficos²²⁸ muestran una curva de crecimiento de la población anciana que lleva pareja el diagnóstico de nuevos patrones de enfermedades²²⁹ con condiciones de cronicidad y multimorbilidad²³⁰, así como trabajar de manera directa con la enfermedad, procesos degenerativos y crónicos, cuidados en situación terminal, en agonía, la muerte y el duelo, lo que implica nuevos requerimientos en el cuidado integral de las personas en la vejez.

Con respecto al cuidado de pacientes ancianos en situación de enfermedad terminal, se sabe que la muerte supone una experiencia estresante para el propio paciente, su familia y el equipo sanitario¹⁰⁷. Los estudios¹²⁶ subrayan que el *burnout* es más elevado en los profesionales que tienen que aplicar cuidados paliativos sin estar integrados en equipos especializados de cuidados paliativos.

Por su parte, en los ancianos que sufren deterioro cognitivo o demencias, se sabe que la demencia se caracteriza por un creciente e irreversible deterioro de la función cognitiva²³¹ que conlleva la necesidad de cuidados²³². Las cifras de residentes ancianos con demencia se mantienen *in crescendo* y las fuentes documentales²³¹⁻²³² estiman, a nivel mundial, un número de aproximadamente 63 millones de personas con demencia en el 2030, lo que lleva parejo una demanda creciente de centros residenciales especializados en el cuidado de personas ancianas que sufren este tipo de patología.

Haciendo referencia a la repercusión laboral de estos datos, ya ha sido documentado en un centro de mayores de Suecia la dificultad emocional que entraña el trabajo con mayores dementes y los síntomas conductuales²³⁴.

En este contexto de cuidados de ancianos con demencia, la evidencia científica²³⁵ presupone al equipo de enfermería un potencial riesgo de estrés por las exigencias que el trabajo en sí conlleva. Los niveles de estrés pueden verse incrementados hasta niveles de *burnout*, especialmente por problemas de comunicación con el anciano si tiene deteriorada su capacidad para comunicarse²³⁶⁻²³⁷. Este tipo de estrés en cuidadores profesionales de ancianos con demencias, ha sido menos estudiado que el de cuidadores informales dedicados al cuidado de sus familiares enfermos con este tipo de enfermedad²³⁷.

Por consiguiente, el cuidado de los ancianos en residencias ha cambiado: se han implantado procesos de cambio que han reducido las plantillas de personal, el personal de enfermería se siente sobrecargado y aqueja la presión de los tiempos asistenciales²³⁸⁻²⁴⁰, se han implementado tratamientos más efectivos (nuevos patrones de enfermedades) y sofisticados equipos tecnológicos a un ritmo creciente²⁴¹.

Además, los trabajadores han tenido que enfrentar nuevas exigencias laborales como consecuencia de los tipos de cambio²⁴² como la necesidad de adquirir nuevos conocimientos e intensificación del trabajo. A pesar de que la actualización en nuevas técnicas y cuidados se ha asociado en investigaciones con altos niveles de compromiso y bajos de *burnout*, la adición de trabajo ha desembocado en sentimientos de AE y efectos contrarios al compromiso organizacional¹⁹¹.

En un estudio longitudinal de un año de duración en un centro de mayores llevado a cabo por Åhlin *et al*²³⁴, se comprobó que las auxiliares de enfermería

manifestaban niveles de estrés de consciencia más elevados que las enfermeras debido a la percepción subjetiva de la falta de tiempo para atender las necesidades de los residentes.

Como reflejo de lo anterior, remitimos a un estudio de De Rooij *et al*²³² llevado a cabo en 2012 con el fin de conocer si los profesionales dedicados al cuidado de ancianos con demencia en centros residenciales tenían problemas de salud mental y/o *burnout*. Para ello se realizaron mediciones mediante cuestionarios en dos tiempos: un primer momento basal y un segundo al año.

Los resultados manifestaron un incremento del estrés emocional y de los problemas de salud mental entre los empleados en ese período de tiempo. Como explicaciones²³² se barajaron las posibilidades siguientes para llegar a comprender tales resultados:

1) Recortes producidos en las partidas presupuestarias destinadas al cuidado que los gobiernos habían introducido en años recientes. Esto implica que el mismo trabajo tiene que ser llevado a cabo por menos profesionales y con menos dinero disponible para los cuidados.

2) Mayor número de protocolos a nivel burocrático, lo que conlleva mayor papeleo por el continuo registro de la actividad asistencial.

3) Los ancianos con demencia institucionalizados en centros residenciales donde se prestan cuidados de larga estancia, presentan un estadio más avanzado de su enfermedad (frente a los ancianos residentes en otro tipo de instituciones de breve estancia), pues como apunta Schols²⁴³, anterior a su ingreso han permanecido en su domicilio más tiempo.

Llama la atención que a pesar del incremento del estrés emocional y de los problemas de salud mental, los niveles de *burnout* de los profesionales y problemas de salud en general fueron de bajos a moderados.

Otros estudios²³⁴ llevados a cabo en centros residenciales de mayores, encontraron que entre los estresores mayores identificados por el equipo de enfermería destacan la falta de apoyo²⁴⁴⁻²⁴⁶, los sentimientos de ineficacia e incapacidad²⁴⁷, la escasez de recursos^{244,248} así como los conflictos surgidos entre los objetivos de la organización y los objetivos del personal²⁴⁹.

Según Kubicek *et al*¹⁹¹, los empleados del campo de la Geriátrica con altos niveles de trabajo pueden reaccionar negativamente ante los requerimientos emocionales de su trabajo, pues tienen menos tiempos de descanso y ventilación emocional así como menos tiempo para tratar situaciones de una manera profesional sentida por ellos como satisfactoria, lo que influye en su bienestar de manera nociva a nivel cognitivo, emocional y físico con riesgo de desarrollar el síndrome de *burnout*.

Los trabajos de Rose *et al*²⁵⁰ ponen de manifiesto una relación significativa entre reciprocidad y *burnout*. Así, en una muestra de trabajadores de centros socio-sanitarios integrada por un 25% de profesionales de centros residenciales de mayores, la mayoría de empleados percibieron que se entregan y dan más en sus relaciones profesionales con los pacientes, compañeros y la organización en general de lo que ellos reciben. Así, la falta de reciprocidad con el sistema organizacional influye en la aparición de las subescalas de AE y D.

Un estudio llevado a cabo por Watss *et al*²⁵¹ en 2013 sobre cómo afectan al bienestar del equipo de enfermería las percepciones sobre su lugar de trabajo, desveló una asociación significativa entre la cultura organizacional innovadora y el sentido de RP enfermera, el cual reduce la probabilidad de *burnout*.

Se demostró que las percepciones de enfermería sobre su entorno de trabajo influyen de manera directa en su bienestar y además, se obtuvieron resultados muy interesantes de cara a la prevención del *burnout*, pues los resultados concluyeron que el *burnout* puede ser augurado en base a la naturaleza de la cultura organizacional de la institución o empresa.

En esta línea de promoción de la salud, Grau *et al*²⁵², en uno de sus múltiples trabajos, consiguieron en 2009 esclarecer factores protectores frente al *burnout* como son mayor edad frente a edad joven, tener hijos, buena autoestima, optimismo, satisfacción en el trabajo (así como con el sueldo).

Caballero *et al*¹⁴², en su estudio de 2001 para determinar la prevalencia del síndrome de *burnout* entre los 354 profesionales de un área de salud de Madrid que incluía médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, consultaron mediante un apartado de respuesta libre, cuáles eran las principales causas de insatisfacción o estrés laboral entre tales trabajadores, obteniéndose ente los motivos:

- 1) Sobrecarga asistencial o exceso de demanda (38,9%).
- 2) Labores excesivamente rutinarias o burocráticas (14,8%).
- 3) Falta de reconocimiento laboral y de promoción profesional (9,1%).
- 4) Falta de formación continuada de calidad (8,3%).

5) Falta de educación sanitaria de los pacientes (hiperdemandantes o hiperfrecuentadores).

6) Sentimientos de incompreensión y de falta de apoyo desde la Administración.

7) Inestabilidad del puesto.

8) Realización de labores impropias a su categoría profesional.

9) Descoordinación entre niveles asistenciales.

10) Exceso de demora para la asistencia especializada.

11) Falta de reconocimiento social.

Por otro lado, las investigaciones de Glasberg *et al*^{253, 254}, desvelaron una asociación entre los profesionales de la salud que mostraban altos niveles de AE y paralelamente declaraban tener menos apoyo social de sus superiores, compañeros, amigos y familiares.

Asimismo, aparecían altos niveles de D en aquellos que referían alto grado de estrés y bajo apoyo de superiores y compañeros. En nuestro contexto socio-sanitario de centros de mayores, las investigaciones concluyen que el soporte social tiene un efecto moderado en el AE^{59, 121, 133, 255}, por lo que percibir el apoyo social puede tener un efecto amortiguador de AE y la D. Así pues, es ostensible que el soporte social, tal y como apoya la bibliografía²³⁴, es un importante factor protector frente al estrés.

Como la evidencia médica¹³³ indica, para poder comprender el fenómeno del síndrome de *burnout*, es necesario hacerlo desde un punto de vista poliédrico, entendiendo que es un fenómeno multicausal que surge como consecuencia del entorno de trabajo (no del trabajador *per se*).

Es decir, este síndrome caracterizado por niveles altos de AE, D y sentimientos de baja RP en el trabajo, no encuentra su etiología en una única causa sino en variables individuales y del entorno de manera conjunta^{10, 252}.

Los factores que determinan su aparición están ampliamente documentados^{31, 108, 139, 141, 256-257}. De este modo, el SQT es el resultado de la influencia de agentes del entorno socio-laboral y de características personales.

En los últimos años, han prevalecido los modelos transaccionales^{10,115, 258-259} para poder comprender la etiopatogenia del *burnout*. En ellos, se entiende el *burnout* como una experiencia individual específica del contexto laboral pero bajo una perspectiva que aúna las variables situacionales del entorno laboral-organizacional como desencadenantes (características del trabajo, ocupacionales y organizacionales) con variables individuales del empleado que actúan como moduladoras, facilitadoras o protectoras frente al *burnout* (características demográficas, de personalidad y actitudes laborales).

En suma, el origen del síndrome nace del entorno laboral y las condiciones de trabajo, aunque pueden influir en ello algunas variables de personalidad, sociodemográficas individuales o de entorno personal¹²⁷. En la tabla VIII y tabla IX se resumen los principales factores desencadenantes y/o facilitadores del *burnout* a nivel situacional e individual^{10, 127, 260} :

Tabla VIII. Principales factores desencadenantes y/o facilitadores del *burnout* a nivel situacional

FACTORES SITUACIONALES		
Características del trabajo	Características ocupacionales	Características organizacionales
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sobrecarga de trabajo ▪ Presión de tiempos ▪ Conflicto de rol ▪ Ambigüedad de rol ▪ Complejidad clínica de los pacientes ▪ Ausencia de recursos ▪ Falta de apoyo social (especialmente de supervisores) ▪ Falta de <i>feedback</i> ▪ Reducida autonomía ▪ Poca capacidad decisión y participación ▪ Relaciones interpersonales tensas ▪ Relaciones inconsistentes con los compañeros ▪ Poca comunicación e inadecuación profesional ▪ Reconocimiento escaso por parte de la organización, director o supervisor ▪ Conflictos interpersonales (con compañeros, supervisores, otros trabajadores, pacientes e incluso familiares) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desafíos emocionales por complejidad de casos clínicos ▪ Contacto diario con pacientes ▪ Necesidad de reprimir emociones ▪ Empatía. Frecuencia de contacto con pacientes que sufren patologías crónicas o situación de terminalidad ▪ Confrontación con la muerte y el proceso de agonía 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jerarquía organizacional ▪ Clima organizacional ▪ Rigidez organizacional ▪ Normas establecidas ▪ Escasez de recursos (materiales y humanos) ▪ Distribución de espacio ▪ Recortes de personal ▪ Estilos de liderazgo inadecuados ▪ Fusiones empresariales ▪ Mayores exigencias a los empleados (en términos de tiempo, esfuerzo, habilidades y flexibilidad) ▪ Menos oportunidades de crecimiento laboral ▪ Duración de los contratos ▪ Falta de reciprocidad organización-empleado

Tabla IX. Principales factores desencadenantes y/o facilitadores del *burnout* a nivel situacional

FACTORES INDIVIDUALES		
Características demográficas	Características de personalidad	Actitudes laborales
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad: a menor edad (<30-40), mayor riesgo ▪ Sexo: hombres mayor tendencia a puntuar en cinismo y las mujeres en agotamiento ▪ Estado civil soltero ▪ Educación: a mayor nivel, más riesgo por mayores expectativas, responsabilidad y estrés 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alta motivación para la ayuda: grado de altruismo ▪ Alto grado de idealismo ▪ Alto grado de empatía ▪ Elevado grado de perfeccionismo ▪ Constancia en la acción ▪ Baja autoestima ▪ Reducidas habilidades sociales ▪ Tendencia a la sobreimplicación emocional ▪ Patrón de conducta tipo A (necesidad de tenerlo todo bajo control, competitividad, hostilidad, estilos de vida marcados por la presión del tiempo) ▪ <i>Locus</i> de control externo (atribuir a causas externas a sí mismos lo que les sucede) ▪ Baja autoeficacia ▪ Resistencia al cambio ▪ Estilos de afrontamiento pasivos y evitativos ▪ Personalidad tendente al neuroticismo (rasgos de ansiedad, hostilidad, depresión, auto-percepción, vulnerabilidad, inestabilidad emocional y propensión al distrés psicológico) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expectativas originales idealistas o no reales incumplidas ▪ Expectativas elevadas a nivel de pasión, retos y disfrute ▪ Expectativas elevadas en la posibilidad de éxito clínico en la curación de pacientes o de promoción laboral ▪ Se supone que las altas expectativas llevan a que los empleados trabajen mucho y muy duro. Cuando el esfuerzo no coincide con los resultados esperados, el trabajador se va agotando y adquiriendo un cinismo eventual

En resumen y extrapolando al contexto de centros residenciales de mayores que nos ocupa, destacamos la síntesis llevada a cabo por Arranz *et al*¹²⁶, en la que rescatan entre los factores etiológicos o desencadenantes más importantes del *burnout* los siguientes (aunque es importante saber que si dichos factores fluyen en el entorno, no necesariamente se desarrollará el síndrome, sino que dependerá de la autopercepción de estrés que tenga el profesional junto con los recursos y herramientas personales adoptados por el propio trabajador y la línea en materia de prevención de riesgos laborales que despliegue la institución):

- Presión asistencial excesiva junto con escasez de personal.
- Trabajo en turnos.
- Gran responsabilidad en la toma de decisiones.
- Escaso reconocimiento por parte de la organización.
- Exceso de estimulación aversiva. Contacto continuo con la enfermedad, el dolor y la muerte.
- Usuarios que presentan muchos y complejos problemas.
- Poca o nula formación para el manejo de los aspectos emocionales de la persona que sufre y muere.
- Dificultades de comunicación con pacientes, familiares (temas difíciles, delicados, malas noticias, falta de respuestas) y compañeros de trabajo.
- Dificultades propias del trabajo en equipo.
- Diferencia de valores y percepciones.
- Sentimientos de desposeimiento, pérdida de identidad por solapamiento de roles.

- Necesidad de compartir el “poder”.
- Necesidad de adherirse a un proyecto común.
- Ralentización y falta de autonomía en la toma de decisiones.
- Exigencia de tiempo y disponibilidad.
- Disciplina común.
- Características de personalidad (niveles elevados de autoexigencia, altruismo e idealismo, personas con tipología de personalidad A –muy activas, competitivas e impacientes- y con *locus* de control externo).

3.7. MODELOS EXPLICATIVOS DEL FENÓMENO *BURNOUT*

Desde los años setenta que surgen las primeras definiciones en torno al tema hasta hasta la actualidad, se han ido desarrollando una serie de modelos teóricos con la finalidad de comprender la etiología y las consecuencias de este fenómeno desde una perspectiva científica.

Aun así, las líneas de investigación sobre el mismo siguen abiertas debido a la relevancia social del fenómeno, que obliga a progresar en la etiopatogenia del síndrome para evitar confusiones con otros fenómenos psicosociales y en consecuencia, desplegar las medidas de prevención e intervención oportunas para conseguir el bienestar psicológico y calidad de vida laboral en las instituciones.

De manera general, los modelos teóricos han aglutinado un gran número de variables para explicar las dimensiones del síndrome, manifestado por síntomas de carácter cognitivo, emocional, actitudinal, conductual y fisiológico que

interaccionan entre sí en un proceso que cronifica debido a mecanismos de retroalimentación (persistencia de condiciones laborales negativas –entorno laboral- y estrategias de afrontamiento inadecuadas –variables personales-) ¹³³.

Tradicionalmente, se distinguen los modelos comprensivos con tres grandes marcos teóricos (tabla X) ¹²¹ y los modelos de procesos (tabla XI) ^{59, 93}, a partir de los cuales se han elaborado los modelos explicativos sobre el SQT. Recogemos dicha clasificación taxonómica de los trabajos de Gil-Monte y Peiró ¹²¹; y Quiceno *et al* ⁹³, donde aparecen reflejados los modelos más relevantes de los últimos años:

Tabla X. Principales modelos comprensivos del síndrome de *burnout* según Gil-Monte y Peiró ¹²¹ y Quiceno *et al* ⁹³

Modelos comprensivos: Marco teórico	Representantes	Descripción
Teoría sociocognitiva del yo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelo de competencia social de Harrison (1983). ▪ Modelo de Cherniss (1993). ▪ Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993). 	Analizan el pensamiento autorreferente y los mecanismos psicológicos que intervienen en la determinación de la acción.
Teoría del intercambio social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993). ▪ Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy (1993). 	Remiten la etiología del síndrome a las percepciones de falta de equidad o de ganancia que experimenta el sujeto tras el proceso de comparación social.
Teoría organizacional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983). ▪ Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993). ▪ Modelo de Winnubst (1993). ▪ Modelo de Gil-Monte (2011) (figura 05). 	Importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas.

Tabla XI. Principales modelos de proceso del síndrome de *burnout* según Gil-Monte⁵⁹ y Quiceno *et al*⁸³

Modelos de proceso	Representantes	Descripción
Modelo tridimensional del <i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maslach (1982). ▪ Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983). ▪ Leiter y Maslach (1988). ▪ Lee y Ashforth (1993). ▪ Gil-Monte (1994). 	Consideración de aspectos cognitivos (baja realización profesional), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización).
Modelo de Edelwich y Brodsky	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edelwich y Brodsky (1980). 	Desilusión hacia la actividad laboral. El SQT evoluciona en fases: <ol style="list-style-type: none"> 1) Entusiasmo 2) Estancamiento 3) Frustración 4) Apatía
Modelo de Price y Murphy	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Price y Murphy (1984). 	Proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral con pérdidas a nivel personal, interpersonal e institucional y societal. Fases: <ol style="list-style-type: none"> 1) Desorientación 2) Labilidad 3) Culpa 4) Soledad y tristeza 5) Solicitud de ayuda 6) Equilibrio

3.7.1. Modelo teórico sobre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo de Gil-Monte

Gil-Monte^{59,133}, director de la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSICO)²⁶¹ de la Universidad de Valencia, ha postulado un modelo teórico comprensivo (figura 05) que integra los principales antecedentes y consecuencias que el SQT puede acarrear en el profesional y en la organización como respuesta al estrés laboral crónico. Asimismo, incluye estrategias de afrontamiento para facilitar la prevención, el diagnóstico e intervención a los profesionales implicados.

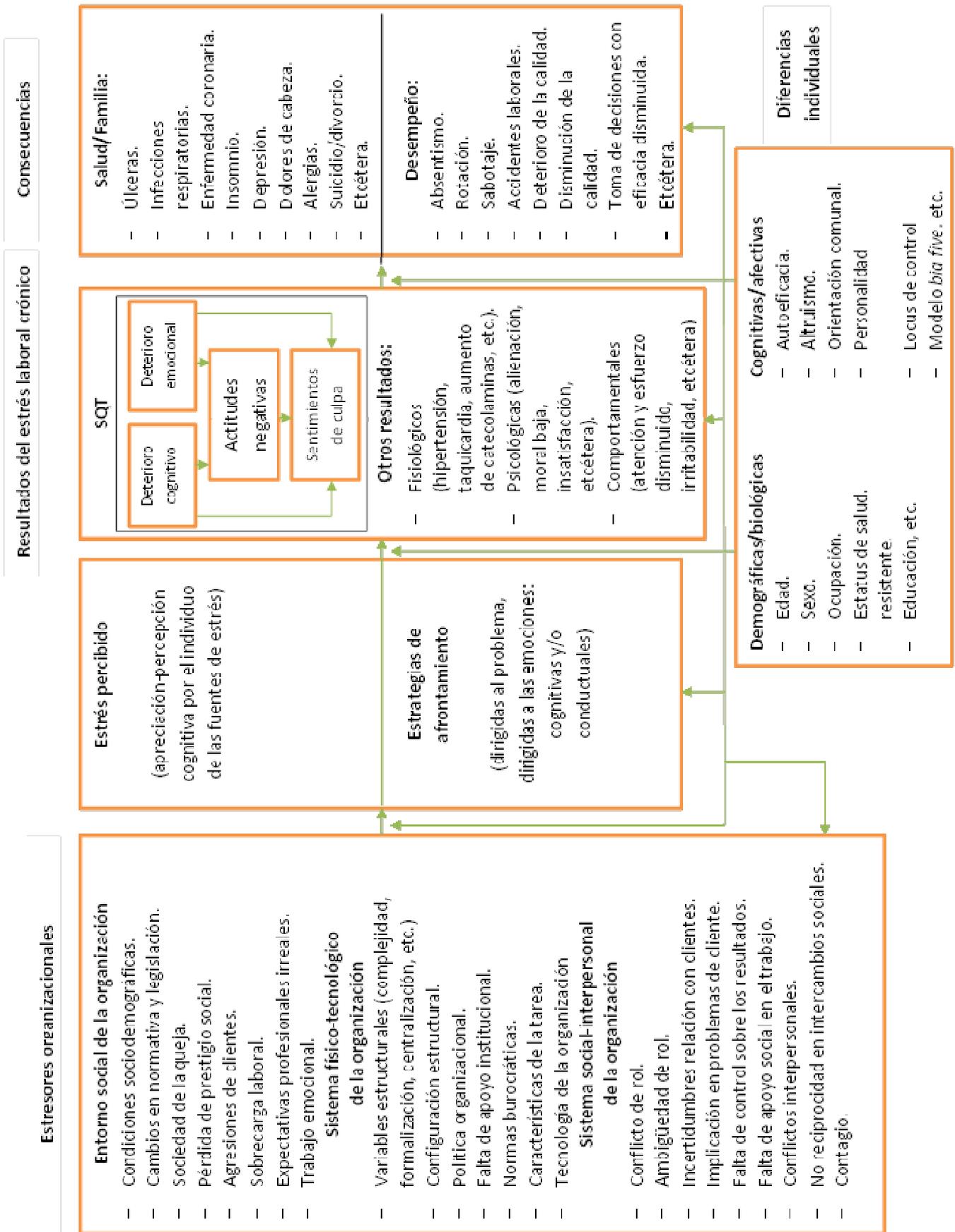


Figura 05. Modelo teórico comprensivo sobre el SQT elaborado por Gil-Monte⁵⁹

3.8. MANIFESTACIONES SINTOMÁTICAS DEL SÍNDROME DE *BURNOUT*

3.8.1. Descripción sintomática del fenómeno en la literatura científica

El mundo laboral ha experimentado notorias transformaciones determinadas por la evolución y la inclusión de nuevas coordenadas socio-culturales. Estas modernas exigencias pueden suscitar niveles excesivos y crónicos de estrés que desembocan en el desarrollo de síndromes como el SQT.

Fruto de este síndrome se pueden derivar importantes consecuencias contraproducentes, tanto para la empresa como para el trabajador, pues el trabajador “quemado” integra su malestar a nivel afectivo, cognitivo y comportamental con serias “disfunciones conductuales, psicológicas y fisiológicas”¹³³ y actitudes negativas hacia el cuidado de los pacientes y el trabajo en sí con cuestionamiento de su rol.

En una revisión del tema llevada a cabo por Maslach²⁶² en 2007 sobre la evolución y avances del SQT, resaltaba que la calidad y rendimiento de los trabajadores disminuye si el *burnout* hace que el trabajador se sienta más irritable o apático, pues ello minimizará sus esfuerzos y en consecuencia se deteriorará el clima de trabajo, constituyendo este tipo de consecuencias la línea crítica del *burnout*.

Recordemos que en la literatura médica^{209, 263-267}, se admite una descripción sintomática del síndrome de *burnout* caracterizada *grosso modo* por niveles elevados de AE, de D, cinismo o desinterés hacia el trabajo y bajos en eficacia y RP.

Con respecto a las manifestaciones sintomáticas del *burnout*, existe un gran despliegue en la bibliografía^{10, 114, 268-270} en referencia a esta cuestión. En algunos estudios, las consecuencias del *burnout* se han centrado en cefaleas, trastornos del sueño, irritabilidad, fatiga, ansiedad, depresión, infarto agudo de miocardio y adicción a tóxicos²⁷¹⁻²⁷⁴.

Otros estudios han intentado relacionar el *burnout* con la calidad de vida percibida por el personal que trabaja en el campo de la salud. Así lo hicieron Suñer-Soler *et al*²⁷⁴ en 2013 con una muestra de 1095 participantes compuesta por enfermeras principalmente, médicos, auxiliares de enfermería y otros perfiles. Tras el análisis, se extrajeron conclusiones como que:

- 1) La salud percibida era peor entre aquellos profesionales que habían manifestado un nivel alto en cualquier de las subescalas del *burnout*, especialmente, en la dimensión de AE.

- 2) Niveles elevados en el ítem de D se vinculan con una peor percepción de la salud en todas las dimensiones del constructo de salud excepto en las molestias físicas.

Sea como fuere, el SQT puede tener consecuencias a nivel psicosomático, conductual, emocional, familiar y sociales, las cuales pueden conllevar un bajo rendimiento laboral¹⁷². Las investigaciones ponen de manifiesto que el *burnout* puede precipitar enfermedades que llevan parejas bajas laborales y cronicidad²⁵².

Son muchos los estudios^{179, 206} que enfatizan los efectos del *burnout* básicamente sobre la salud mental, olvidando otras esferas que conforman el concepto holístico de salud (se sabe que el *burnout* afecta también a la esfera física, psicológica y social)¹⁷⁹⁻¹⁸¹, pues aunque el AE es el elemento nuclear del *burnout*, también se puede experimentar agotamiento físico y mental^{265, 275}.

Son numerosas las investigaciones¹⁸⁰⁻¹⁸¹ que subrayan los efectos negativos del *burnout* sobre la parte física de la salud. Honkonen *et al*²⁷⁶ revelaron que la enfermedad orgánica es más frecuente en individuos que sufren *burnout* frente a los que no lo padecen, aumentando de manera proporcional y significativa la prevalencia de enfermedades a medida que los niveles de *burnout* son más elevados, enfermedades como patologías cardiovasculares en el caso de los hombres y trastornos musculoesqueléticos en el de las mujeres.

En estudios⁹⁵ donde se han introducido indicadores fisiológicos y metabólicos, ha quedado patente la evidencia empírica que pone de manifiesto la influencia del síndrome de *burnout* al producir o precipitar problemas de salud. En una muestra de trabajadores, seguida de 3 a 5 años por Melamed *et al*²⁷⁷, se obtuvieron resultados muy interesantes que relacionaban el SQT con un aumento del riesgo de diabetes del 1,84 (incluso después de ajustar por edad, sexo, índice de masa corporal, hábito tabáquico, consumo de alcohol, tiempo de ocio, actividad física y categoría inicial en el puesto de trabajo).

En otra investigación²⁷⁸ llevada a cabo mediante un estudio longitudinal durante cinco años entre 383 empleados japoneses de una compañía de manufacturación, se llegó a la conclusión que el 12% de ellos presentaba síndrome de *burnout*, coincidiendo esta parte de la muestra con mayor riesgo de

sufrir arterioesclerosis. Para ello, se tomaron como indicadores el perímetro de la cintura, el peso corporal y el índice de masa corporal.

La bibliografía médica²⁷⁹ sostiene que los médicos con *burnout* son más propensos a cometer errores, estando sus pacientes menos satisfechos con la calidad de sus cuidados.

Todas estas consecuencias elevan al *burnout* como un estado determinante en la decisión de cambiar o incluso abandonar el puesto de trabajo entre el personal dedicado al campo de la salud²⁸⁰, pues el bienestar de los profesionales de la salud parece estar asociado con la calidad de los cuidados que proporcionan²⁸¹, la cual se ve mermada si los profesionales que trabajan en centros residenciales de mayores se encuentran afectados por el *burnout*²³⁴.

3.8.2. Principales signos y síntomas del síndrome de *burnout* en el trabajador de centros de mayores

Podemos hablar de signos y síntomas^{10, 114, 268-270} inherentes al síndrome de *burnout* que son extrapolables a los trabajadores de centros socio-sanitarios de personas mayores que lo padecen:

Psicosomáticos: agotamiento físico y emocional extenuante, fatiga crónica, alteraciones funcionales de órganos y sistemas (a nivel cardiorrespiratorio, digestivo, reproductor, nervioso, reproductivo...), cefaleas, problemas de sueño (somnolencia, pesadillas...) úlceras y otros trastornos gastrointestinales, pérdida de peso, molestias, dolores musculares, hipertensión, crisis asmática, deterioro del sistema inmunológico.

Cognitivos: sentirse contrariado, sentir que no valoran tu trabajo, baja RP en el trabajo, sentimientos de impotencia para el desempeño del rol profesional, sensación de fracaso profesional, pensar que no puedes abarcarlo todo, pensar que trabajas mal, falta de control, verlo todo mal, sensación de no mejorar, inseguridad, todo se hace cuesta arriba, desmerecer el trabajo, pérdida de autoestima.

Conductuales: conducta despersonalizada en la relación con el cliente, absentismo laboral, aislamiento, malas contestaciones, enfrentamientos, poca o nula colaboración, desarrollo de conductas adictivas con consumo de ansiolíticos y barbitúricos, estimulantes y otros tipos de sustancias (café, tabaco, alcohol, etc.), cambios bruscos de humor, irritabilidad e hipervigilancia, sobreidentificación o sobreimplicación, aumento de accidentes, incapacidad para vivir de forma relajada, dificultades de concentración, pobre capacidad de juicio, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas hiperactivas y agresivas.

Emocionales: predomina el AE, síntomas disfóricos, distanciamiento afectivo como forma de autoprotección, ansiedad, nerviosismo, sentimientos de culpabilidad, impaciencia e irritabilidad, mal humor, baja tolerancia a la frustración, sentimiento de cinismo e indiferencia hacia el trabajo, de soledad, de alienación, de impotencia, de ineffectividad y ausencia de satisfacción de logros, aburrimiento, disgusto, enfado, agresividad, desencanto, frustración, agobio, tristeza y depresión, desgaste emocional, angustia, desorientación, vivencias de baja RP,

sentimientos depresivos, sentimientos de culpa, comportamiento suspicaz y paranoide.

Actitudinales: perfeccionismo y rigidez, actitudes de desconfianza, apatía, cinismo e ironía hacia los clientes de la organización, hostilidad, suspicacia y poca verbalización en las interacciones, apatía, irresponsabilidad, intentos de escaquearse, pasar de todo, estar harto, intolerancia, impaciencia, quejas continuas, violación de los límites personales y profesionales, cuestionamiento del sentido de la vida, cuestionamiento de las creencias religiosas, evitación de las situaciones clínicas emocionalmente complejas, carencia de las ganas de seguir trabajando, evaluación negativa a compañeros, frialdad hacia los pacientes contemplándolos como enemigos, no aguantar a los pacientes, indiferencia, culpar a los demás de su situación, romper con el entorno laboral.

Sociales y de relaciones interpersonales: actitudes negativas hacia la vida en general, disminución de la calidad de vida personal, retraimiento social, aumento de los problemas y conflictos de pareja, familiares y en la red social extralaboral del sujeto (debido a las interacciones hostiles, comunicación deficiente, no se verbaliza, se tiende al aislamiento...). La evidencia médica²⁸², constata que las alteraciones anteriormente citadas de carácter psicosocial pueden vincularse con trastornos del sistema inmunológico, variaciones en los niveles de cortisol²⁸³ y biomarcadores implicados en procesos inflamatorios²⁸⁴.

3.8.3. Principales signos y síntomas del síndrome de *burnout* para la organización y a nivel de equipo en un centro socio-sanitario de ancianos

De igual modo, existen una serie de signos y síntomas implícitos al fenómeno del SQT que son aplicables a la organización de centros socio-sanitarios de carácter geriátrico y de manera conjunta al equipo socio-sanitario que desempeña su labor asistencial en el día a día. Destacan^{10, 114, 268-269} :

- Deterioro de la comunicación.
- Menoscabo de las relaciones interpersonales y aparición de conflictos (indiferencia, frialdad).
- Disminución de la capacidad de trabajo.
- Disminución del compromiso organizacional.
- Descenso en el rendimiento y la eficacia.
- Aumento de la desmotivación.
- Reducción de la calidad de los cuidados prestados.
- Sentimientos de desesperación e indiferencia hacia el trabajo.
- Acrecentamiento del número de quejas de los usuarios.
- Baja moral.
- Constantes cambios y rotaciones de trabajo.
- Incapacidad para rendir en el trabajo.
- Disminución de la empatía.
- Conductas absentistas.
- Generación de conflictos en el equipo.

3.9. CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE *BURNOUT* EN CENTROS SOCIO-SANITARIOS DE PERSONAS MAYORES

En general, se distinguen dos grandes tipos de repercusiones como resultado del *burnout*. Por un lado, las consecuencias que afectan al propio individuo en su salud y en las relaciones interpersonales establecidas fuera del trabajo (tabla XII)^{121, 126} y por otro lado, las consecuencias que perjudican a la institución/organización (tabla XIII)^{115, 121} como la insatisfacción laboral, el absentismo y menoscabo en la calidad de los cuidados.

3.9.1. Repercusiones del fenómeno en el trabajador

De las siguientes manifestaciones^{121, 126}, las alteraciones psicósomáticas son las que mayores consecuencias tienen sobre la calidad de vida y salud percibida por el trabajador, influyendo las demás variables principalmente en las relaciones interpersonales instauradas.

Tabla XII. Repercusiones del síndrome de *burnout* en el individuo

VIVENCIAS EMOCIONALES	ACTITUDES	CONDUCTAS	ALTERACIONES PSICOSOMÁTICAS
Soledad	No verbalizar	Agresividad	Dolor precordial y palpitations
Alienación	Cinismo	Aislamiento	Hipertensión arterial
Ansiedad	Apatía	Cambios bruscos de humor	Crisis asmáticas
Impotencia	Hostilidad	Enfado frecuente	Catarros frecuentes
Omnipotencia	Susplicacia	Irritabilidad	Mayor frecuencia de infecciones
			Aparición de alergias
			Dolores cervicales
			Dolores de espalda
			Jaqueca y fatiga
			Alteraciones menstruales
			Úlcera gastroduodenal
			Diarrea
			Insomnio

3.9.2. Repercusiones del fenómeno para la institución

Tabla XIII. Repercusiones organizacionales del síndrome de *burnout*

REPERCUSIONES ORGANIZACIONALES

Satisfacción laboral disminuida
Absentismo laboral elevado
Propensión al abandono del puesto
Propensión al abandono de la organización
Baja implicación laboral
Baja motivación por las actividades laborales
Deterioro de la calidad de servicio de la organización
Aumento de los conflictos interpersonales con supervisores, compañeros y usuarios de la organización
Aumento de la rotación laboral no deseada
Aumento de accidentes laborales
Actitudes negativas hacia las personas que son el destino del trabajo
Consumo de alcohol y otros tóxicos
Baja creatividad
Creciente rigidez
Irritabilidad hacia los compañeros y los usuarios

II.4. FATIGA DE LA COMPASIÓN

4.1. ORIGEN Y CONCEPTO DE LA FATIGA DE LA COMPASIÓN

Los profesionales que trabajan en centros residenciales de mayores, con frecuencia se enfrentan al sufrimiento del paciente cuando este se encuentra en fase terminal (enfermedades oncológicas y/o no oncológicas como las demencias) y al sufrimiento de sus familias, teniendo que cuidar al detalle a estos pacientes y familiares para garantizar la mayor calidad de los cuidados desde una perspectiva bio-psico-socio-espiritual.

La asistencia de cuidados es prestada gracias al equipo multidisciplinar, conformado por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos de atención a personas en situación de dependencia, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y animadores socioculturales, entre otros como educadores sociales y musicoterapeutas.

Estos cuidados, junto con el cuidado en el proceso de cronicidad de enfermedades como demencias con deterioro progresivo, secuelas graves tras ictus... pueden generar distrés psicológico y emocional en los empleados socio-sanitarios, al convertirse muchas de ellas en situaciones “altamente estresantes, emocionalmente demandantes y/o traumatizantes a nivel secundario” (trabajo con pacientes terminales)²⁸⁵.

Este malestar psicológico, como hemos visto anteriormente, puede conducir hasta el fenómeno de *burnout*²⁷⁹. Sin embargo, no es el único fenómeno que puede darse en el ámbito de los cuidados de la salud. Recientemente, se han introducido nuevos términos como el de FC^{173, 268, 286-289}.

Fue en 1992 cuando Joinson²⁹⁰ intrujo por primera vez en la literatura científica el término de FC a través de su estudio sobre el *burnout* en enfermeras que trabajaban en un área de emergencias hospitalarias²⁸⁹. Aunque Joinson no definió el problema de manera exacta y minuciosa²⁹², identificó comportamientos en el personal enfermero característico de la FC, como la fatiga crónica, irritabilidad, temor de ir al trabajo, empeoramiento de salud, enfermedades físicas y una falta de disfrute en la vida²⁹².

La FC, conocida también por otros términos sinónimos como el de desgaste por empatía¹⁷³, conforma una entidad de la que hay aún poco investigado²⁸⁸, especialmente en nuestro país y especialmente en el ámbito de la Geriatría en centros de mayores.

Charlie Figley²⁸⁶ ha sido uno de los mayores estudiosos junto con Beth Stamm²⁸⁷ del tema hasta la actualidad. Figley²⁸⁶ define la FC como las “conductas y reacciones emocionales naturales derivadas de conocer un evento traumático experimentado por otra persona significativa (el estrés resultante de ayudar o querer ayudar a una persona traumatizada o que está sufriendo)”, o sea, una traumatización indirecta de instauración rápida y repentina²⁹³ como consecuencia de ayudar a aquellos que experimentan el trauma de manera directa o primaria²⁹⁴.

Sin embargo, las definiciones actuales, no se centran exclusivamente en la psicología del trauma y el contacto directo con supervivientes de traumas²⁹⁵, sino que van más allá y autores como Smart *et al*²⁹⁶ la definen como el “producto progresivo y acumulativo de un intenso, prolongado y continuo contacto con los pacientes y exposición al estrés”.

Las personas que trabajan en profesiones de ayuda²⁹⁷ son propensas a desarrollarla porque para los profesionales del campo de la salud en concreto, supone el “coste de cuidar” a otras personas que están sufriendo emocionalmente, “el coste de preocuparse por los otros o por su dolor emocional”^{285,286}, por lo que se relaciona con el esquema cognitivo del profesional¹⁷³.

Desarrollar problemas debido a la exposición del trauma de otros (como sucede con el cuidado de pacientes moribundos)²⁶⁸ es un fenómeno que aunque poco común, sucede a un gran número de profesionales que cuidan de otros que han experimentado o están experimentando sucesos traumáticamente estresantes²⁹⁸.

Por ello, Gould²⁹⁹ la define como “un estado tal de extrema tensión y preocupación con el sufrimiento de aquellos a los que se ayuda hasta el grado de ser traumatizante para el que ofrece la asistencia”.

Para Gilmore³⁰⁰ es “el resultado de ayudar a personas que están sufriendo [...]. Se origina cuando se dan niveles elevados de energía y compasión durante un largo periodo de tiempo a pacientes que están sufriendo, a menudo sin experimentar resultados positivos como la mejoría de sus pacientes”, es decir, es la “consecuencia de ayudar o desear ayudar a otra persona que padece dolor o trauma”.

Sabo²⁸⁸ la conceptualiza como una combinación de la traumatización secundaria y el *burnout*, precipitada por la entrega en el cuidado de los profesionales de la salud a personas que sufren emocionalmente.

Figley²⁸⁵⁻²⁸⁶; Rothschild y Rand²⁸⁵ incluyen entre su población de riesgo, no únicamente a personal sanitario, sino que detectan susceptibilidad entre el personal social. Para ellos, la FC en este colectivo se delimita como la experiencia total de fatiga emocional y física experimentada por el uso crónico de la empatía cuando se trabaja con a pacientes que de algún modo están sufriendo.

Así pues, la FC es un estado de AE con sentimientos de indefensión, aislamiento, confusión y represión de emociones^{286, 296}, propiciada en trabajadores como los profesionales socio-sanitarios de centros residenciales de mayores cuando se identifican de manera personal con los pacientes a su cargo y sus familias, de manera que asumen el sufrimiento y el dolor de estos.

Puede darse en cualquier profesional socio-sanitario (médicos, enfermeros, psicoterapeutas...) ¹⁷³ que realice servicio de apoyo y que trabaje con la empatía (herramienta de trabajo imprescindible en el campo de la salud porque facilita la relación entre las personas) pero de manera inconsciente, lo que supone perder la habilidad para moderarla²⁸⁷ y un desequilibrio entre empatía-compasión, con el consiguiente riesgo de estrés de compasión y dificultad para solicitar ayuda¹⁷³. Adams *et al*^{295, 301-302} se refieren a ella como “la capacidad o interés disminuidos por parte del cuidador para ser empático o soportar el sufrimiento de los clientes”.

La FC no se considera una enfermedad mental, no es una entidad patológica sino una respuesta psicológica³⁰⁰, aunque si no se le presta la atención necesaria a tiempo, puede abocar en depresión y enfermedades relacionadas con el estrés^{286, 303}. Su aparición, de instauración repentina, como señala la bibliografía médica^{293,303}, se precipita cuando el cuidado de los pacientes en situaciones delicadas es prolongado en el tiempo y no se percibe mejoría^{267,292}.

La literatura médica³⁰⁴ caracteriza a la FC como un estado de malestar emocional que atraviesa en un primer momento una fase de disconfort de la compasión, seguida de estrés de compasión hasta alcanzar el estado de FC propiamente dicho, donde la energía de compasión gastada por el profesional es superior a su capacidad de recuperación, lo que deriva en consecuencias negativas psicológicas y físicas, con impacto en la satisfacción del paciente, absentismo laboral crónico, aumento de los costes de los trabajadores a la organización, elevadas rotaciones de puestos, empobrecimiento del trabajo en equipo, así como errores y fallos clínicos.

La evidencia médica²⁸⁸ indica que el cuidado de pacientes que han experimentado o están experimentando algún trauma, dolor y sufrimiento, conlleva a que los profesionales del cuidado se vean afectados emocionalmente (incluso severamente) por ello, dando por resultado fenómenos como el de la FC, especialmente entre el personal de enfermería. Este personal es el que más tiempo pasa con pacientes y familiares, lo que se traduce en una mayor involucración frente a otras categorías profesionales, supone un grado de intimidad y un contacto directo y estrecho con el sufrimiento, el dolor, la angustia y la inminencia de la muerte³⁰⁵.

En resumen, el cuidado de las personas mayores en centros socio-sanitarios conlleva un trato de compasión con los ancianos (y sus familias) que puede agotar emocionalmente a los cuidadores³⁰⁶. La FC puede llevar a estos profesionales a desarrollar *burnout*²⁹⁴ y a abandonar su trabajo²⁸⁶.

4.2. FACTORES DE RIESGO DEL FENÓMENO

La evidencia médica³⁰⁷ considera que existen factores de riesgo que predisponen a la FC, si se dan de manera conjunta e intensa, continua y prolongadamente en el tiempo. Dichos factores²⁸⁵ pueden ser individuales u organizacionales.

4.2.1. Factores de riesgo individuales

- Carencia de habilidades de comunicación³⁰⁹.
- Falta de autocontrol¹⁷³.
- Contacto continuo con el sufrimiento³⁰⁷ a través de los pacientes a los que se cuida que sufren enfermedades crónicas degenerativas o enfermedades que cursan con brotes, con pérdidas funcionales, múltiples éxitos, duelos frecuentes y abordaje acumulativo con familias^{286, 290, 310}.
- Estrés acumulado^{290, 307, 310}.
- Sentido de identidad^{286, 307, 310-311}. Por ello, se insiste mucho en el autocuidado como medida preventiva^{31, 121, 126, 173, 268, 287, 305, 312-314}.
- Profesionales idealistas, altamente motivados y comprometidos. Este hecho mantiene relación con el proceso de pérdidas al que se enfrentan en su trabajo, el cual puede generarles decepción y sentir que su trabajo no siempre tiene los resultados esperados³¹⁵.
- Profesionales que combinan la compasión y la empatía en su trabajo, especialmente cuando tienen que enfrentarse a duelos continuos y pérdidas en el desempeño de su trabajo²⁸⁶.

- Variables sociodemográficas como el estrés laboral, la falta de apoyo social en el trabajo y los estresores en la vida personal junto con las experiencias de vida, pueden aumentar la vulnerabilidad del trabajador³¹⁵. La literatura médica³¹⁶ encontrada, manifiesta que las enfermeras que rondan los cuarenta años de edad tienen mayor riesgo de sufrir FC debido al número de años trabajando y a la presión asistencial como la que implica el cuidado de personas mayores.
- Trabajar con pacientes moribundos: las investigaciones sostienen que este hecho es un factor de riesgo tanto de *burnout* como de FC²⁷⁹.
- Práctica y entrenamiento profesionales inadecuados.
- Trastorno de ansiedad preexistente, trastornos del humor o antecedentes de traumas personales (sobre todo, casos relacionados con abandono y abuso de niños)²⁸⁵.
- Uso inadecuado de estrategias de afrontamiento (represión de emociones, distanciamiento de los pacientes)²⁸⁵.
- Profesionales con poca experiencia que asumen un gran número de casos de situaciones relacionadas con trauma²⁸⁵.
- Uso inadecuado de estrategias de afrontamiento¹⁷³.

4.2.2. Factores de riesgo organizacionales

- Cultura corporativa de la organización, institución, grupo o profesión que no anima, valora y se niega a reconocer los factores emocionales, impidiendo la identificación de las respuestas emocionales^{285, 317-318}.
- Pobre tutorización (*mentoring*) por parte de un supervisor^{285, 317}.
- Baja dotación de personal³¹⁷.

- Turnos seguidos de 12 ó 14 horas, en ocasiones marcados para enfermeras y auxiliares de enfermería³¹⁹. Estos turnos antisociales interfieren en la vida personal de los trabajadores, en su tiempo de ocio y en la posibilidad de llevar a cabo actividades fuera del entorno laboral³²⁰.
- Limitaciones burocráticas de carácter organizacional²⁸⁵.
- Falta o escasez de disponibilidad de recursos para el usuario²⁸⁵.
- Falta de apoyo social de compañeros de trabajo y de supervisores/directores^{234,285}.

4.3. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL ENTRE LA FATIGA DE LA COMPASIÓN vs OTRAS ENTIDADES DE CORTE PSICOLÓGICO

4.3.1. Traumatización vicaria (TV), estrés traumático secundario (ETS) y trastorno por estrés postraumático (TPET)

En la comunidad científica^{296, 311, 321}, existe controversia entre los diferentes investigadores en referencia a varios términos que en ocasiones se usan para referirse de manera indistinta a la FC, presentando sin embargo matices diferenciales. Se trata de conceptos como los de:

1) TV^{291, 298}, presentado por los efectos desfavorables de los psicoterapeutas con sus clientes en 1990 por McCann y Pearlman³²² o;

2) ETS³²³⁻³²⁵, lanzado al mundo científico en 1995 por Figley²⁸⁶⁻²⁸⁷ en relación con el autocuidado de los profesionales clínicos.

Ambos términos fueron englobados por Figley^{173, 268, 286-288}, en 1995 bajo la locución de “fatiga por la compasión”.

Para Adams, Boscarino y Figley³⁰², la FC engloba al ETS, a la TV y al *burnout*. Sin embargo, la investigadora Beth H Stamm²⁹⁸ defiende que la FC abarca tanto al ETS y como al síndrome de *burnout* (figura 06).

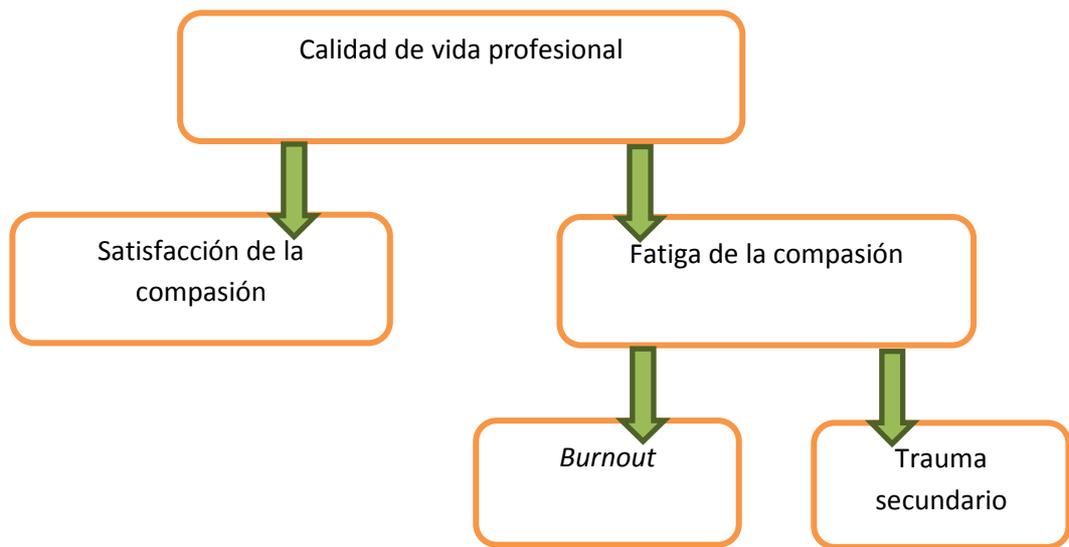


Figura 06. Diagrama de la calidad de vida profesional según Stamm²⁹⁸

Sodeke-Gregson *et al*³¹¹ establecen como diferencia entre la TV y el ETS, que “el ETS se considera una reacción aguda que se desarrolla repentinamente, y sus síntomas son semejantes a los de clientes que sufren TPET. La TV, sin embargo, se centra en la afectación del marco de referencia que puede impactar para siempre en las creencias del terapeuta con respecto a los demás y su sentido de identidad, visión del mundo, espiritualidad, umbral de tolerancia, relaciones interpersonales y funcionamiento del sistema de memoria”. Así pues, la TV se diferencia de la FC en que los sujetos que la sufren experimentan una transformación en su sistema de creencias personales y profesionales²⁸⁸.

En suma, no parece que exista una delimitación clara entre los términos de FC, ETS y TV como para afirmar que realmente son constructos diferentes. Varias publicaciones han intentado desentrañar las diferencias entre estos términos pero de manera insatisfactoria, pues los tres representan líneas convergentes. Actualmente, el tema ha madurado, por lo que se apuesta por una reconfiguración de los términos de manera oportuna²⁹⁸.

Con respecto al TPET^{129, 326}, este hace referencia al sufrimiento de la persona por su propio evento traumático, mientras que la FC se refiere a aquellos profesionales afectados emocionalmente por un trauma de otro/s^{268, 288, 318}.

Históricamente, las primeras publicaciones sobre estos temas fueron editadas bajo la perspectiva de los profesionales afectados por trabajar casos de trauma^{286, 323}, es decir, dentro del campo de la Psicotraumatología¹⁷³. De hecho, los estudios³¹⁸ pioneros en la materia se centraron en traumas consecuentes de desastres y en colectivos como policías, psicólogos, personal sanitario de emergencias u otros profesionales involucrados en emergencias, desastres o en la atención a cualquier tipo de víctima de trauma.

Figley^{268, 286}, dio una definición precursora en 1983, al definir el ETS como “aquellas emociones y conductas resultantes de entrar en contacto con un evento traumático experimentado por otro”. En esta línea, Moreno-Jiménez *et al*^{291, 318}, enuncian que “los desastres pueden afectar a nivel psicológico a una amplia gama de personas: aquellos directamente afectados, aquellos indirectamente afectados (verbigracia, testigos, familiares...) y los ayudantes y trabajadores del rescate”.

Aunque poco a poco se va extendiendo su estudio a otros profesionales del campo de la salud que no solo trabajan con víctimas de trauma²⁹⁵, a día de hoy, básicamente, las publicaciones sobre la FC giran en torno a médicos²⁶⁸ y enfermeras³²⁸ que trabaja en servicios de emergencias, oncología, *hospice* (cuidados paliativos), con niños con enfermedades crónicas, nefrología, cuidados intensivos y de salud pública^{327, 329} o trabajadores sociales, especialmente en el contexto de trabajo de Estados Unidos³⁰¹⁻³⁰².

4.3.2. Contagio emocional, contratransferencia y *burnout*

Otros términos que se han usado de manera confusa en relación a la FC y pueden inducir a error han sido los de:

Contagio emocional: definido como el proceso por el que “un individuo que observa el sufrimiento en otro, experimenta paralelamente las mismas respuestas emocionales a las emociones reales o esperadas de aquella otra persona”³³⁰.

Contratransferencia³³¹: un mecanismo de sintonía inconsciente a través del cual el profesional absorbe el trauma del paciente²⁸⁸, y donde los patrones de relación y dinámicas personales del pasado, integradas por cada sujeto, pueden reaparecer.

Rothschild²⁸⁷ lo ejemplifica de la siguiente manera: “si los ojos azules de la paciente me recuerdan a mi madre, y eso provoca en mí sentimientos de dulzura, en consecuencia, puedo mostrarme más próxima o compasiva hacia ella”.

Burnout²⁸⁸: Valent²⁹³ y Stamm²⁹⁸ separan los conceptos de FC y *burnout* como entidades diferentes. A diferencia de este último, la FC es la consecuencia natural

del cuidado de personas que están sufriendo más que una respuesta al entorno de trabajo³¹², aunque es importante matizar que según la evidencia médica^{286, 294} publicada, la presencia de *burnout* incrementa la probabilidad de desarrollar FC.

4.3.3. Satisfacción de la compasión (SC)

La literatura médica²⁶⁸ afirma que los profesionales expertos en cuidados paliativos describen “sentimientos de satisfacción y gratitud y una apreciación aumentada del ámbito espiritual y existencial de la vida como resultado de su trabajo con las personas que mueren”.

La SC se entiende como la situación opuesta a la FC³¹². Es decir, si la FC es asumida como “el coste de cuidar”, la SC es asumida como “la recompensa positiva por cuidar”^{296, 329}. Es un aspecto positivo del cuidado que ayuda a contrarrestar los aspectos negativos del trabajo con enfermos agudos o personas traumatizadas^{303, 329}.

Aunque ha sido menos estudiada que la FC, Stamm²⁹⁸ define la SC como “el placer que uno obtiene por ser capaz de hacer bien el trabajo”, así como los sentimientos satisfactorios por contribuir con la organización, compañeros y la sociedad²⁹⁶. Por ejemplo, un sujeto puede sentir que es muy agradable ayudar a los demás a través de su trabajo, puede sentirse satisfecho con sus compañeros de trabajo o por su habilidad para contribuir con su organización laboral o incluso con la contribución al bien de la sociedad (función social)²⁹⁸. La SC proviene de involucrarse en la ayuda a los pacientes y conseguir mejorar su estado²⁹⁶.

Los investigadores sugieren que la SC actúa como factor protector frente a los riesgos de la FC³³² (niveles altos de SC se asocian con niveles bajos de FC²⁹⁶) y permite explicar la resiliencia que se produce en muchos profesionales^{268, 303}. Acinas¹⁷³ define la resiliencia como “la capacidad de una persona para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves”.

Asimismo, cuando se produce un equilibrio entre lo que un sujeto espera conseguir de su trabajo y lo que obtiene con este, se produce la satisfacción laboral³³³, traducida en mayor eficacia en los cuidados prestados y en la calidad de los cuidados prestados³³⁴. Sodeke-Gregson *et al*³¹¹ identifican tres elementos en el constructo de la SC:

- 1) Nivel de satisfacción que una persona obtiene a través de su trabajo.
- 2) El bienestar que una persona siente cuando está haciendo bien su trabajo (niveles de competencia y control).
- 3) El nivel de apoyo laboral y social

La SC se asocia, según Benito *et al*³¹², a relaciones significativas entre profesional-paciente, tendencia a la autorreflexión interna, conexión con los semejantes, la familia y la comunidad, un mayor sentido de la espiritualidad y a un grado sublime de empatía, conocida por Kearney *et al*²⁶⁸ como empatía exquisita (compromiso empático a través de la autoconciencia de los estresores personales y profesionales).

Los investigadores³²⁹ sostienen que en estudios llevados a cabo con muestras de enfermeras (la enfermería se considera una profesión sinónimo de cuidado y compasión) se da una relación directa entre puntuaciones elevadas en los niveles de SC y la RP, lo que lleva a este colectivo a sentirse más feliz y no encontrar dificultades en separar su vida personal de la laboral, convirtiéndose en un factor protector frente al AE³³⁵.

Es decir, el concepto de SC se considera la “habilidad de recibir placer a través del cuidado”³²⁹. Los profesionales que cuidan de personas enfermas, pueden desarrollar un sentido de la satisfacción y del logro que les protege frente a la FC y les permite desarrollar su habilidad empática^{173, 329}. Esto explica la existencia de profesionales que aunque se enfrentan a situaciones estresantes, no experimentan (o experimentan en un ligero grado) FC²⁹⁶.

4.4. MODELOS EXPLICATIVOS DEL FENÓMENO DE LA FATIGA DE LA COMPASIÓN

4.4.1. Modelo de la fatiga de la compasión entendido desde la empatía

Aunque la FC es un término relativamente joven en la literatura sanitaria, los científicos³¹⁸ que han intentado teorizar un cuerpo de modelos, han erigido a la empatía (si no es canalizada de manera adecuada) como el elemento nuclear de dichas teorías. Figley³³⁶ postuló que “la capacidad para la compasión y la empatía conforman el núcleo de nuestra capacidad para el trabajo y el núcleo de nuestra capacidad para salir heridos por el trabajo”.

La compasión incluye una dimensión psíquica que hace que esté presente más allá del momento puntual en el que esta es sentida. Por ello, Oakley³³⁷ la define como “el tono mental que nos afecta e impregna de manera característica nuestras percepciones, deseos y conductas sin ser siempre conscientes de ello”, es decir, nos empuja a ser conscientes del sufrimiento de otros, preocuparnos y ayudar para aliviarlo²⁸⁸.

Por otro lado, en las profesiones de ayuda, la compasión se conjuga con un elemento imprescindible: la empatía. La literatura médica³³⁸ discute sobre si su naturaleza es innata o se desarrolla con el aprendizaje. Rothschild²⁸⁷ la define como “un fenómeno evolutivo multifacético que facilita la relación de las personas entre sí” y mantiene que si es experimentada de manera inconsciente en el trato con el paciente, el sufrimiento de este puede ser después experimentado vicariamente por el profesional, con consecuencias emocionales y somáticas.

Para Sabo²⁸⁸, la empatía es imprescindible en las habilidades comunicativas con el individuo enfermo, ayuda a una mejor comprensión y cuidados individualizados en los procesos de enfermedad y permite la reciprocidad profesional-paciente.

Figley²⁹⁴; Inbar y Ganor³³⁹ anticipan la idea de que el cuidado a través de la compasión y la empatía, si no se gestionan de manera adecuada, pueden conducir a una disminución de la capacidad del profesional para abordar o ayudar a aliviar el sufrimiento del paciente.

Queda patente que para Figley³⁴⁰, la empatía es la clave en el desarrollo de la FC. Para él, existen además una serie de factores de riesgo predisponentes a la FC (figura 07), que son²⁸⁶: la capacidad para empatizar, el comportamiento

hacia la víctima, la habilidad para distanciarse del trabajo, el propio sentimiento de satisfacción de poder ayudar y “la propia experiencia o historia traumática del cuidador”³¹⁸. Todo ello puede llevar a la SC o a la falta de compromiso (*disengagement*)³⁴¹.

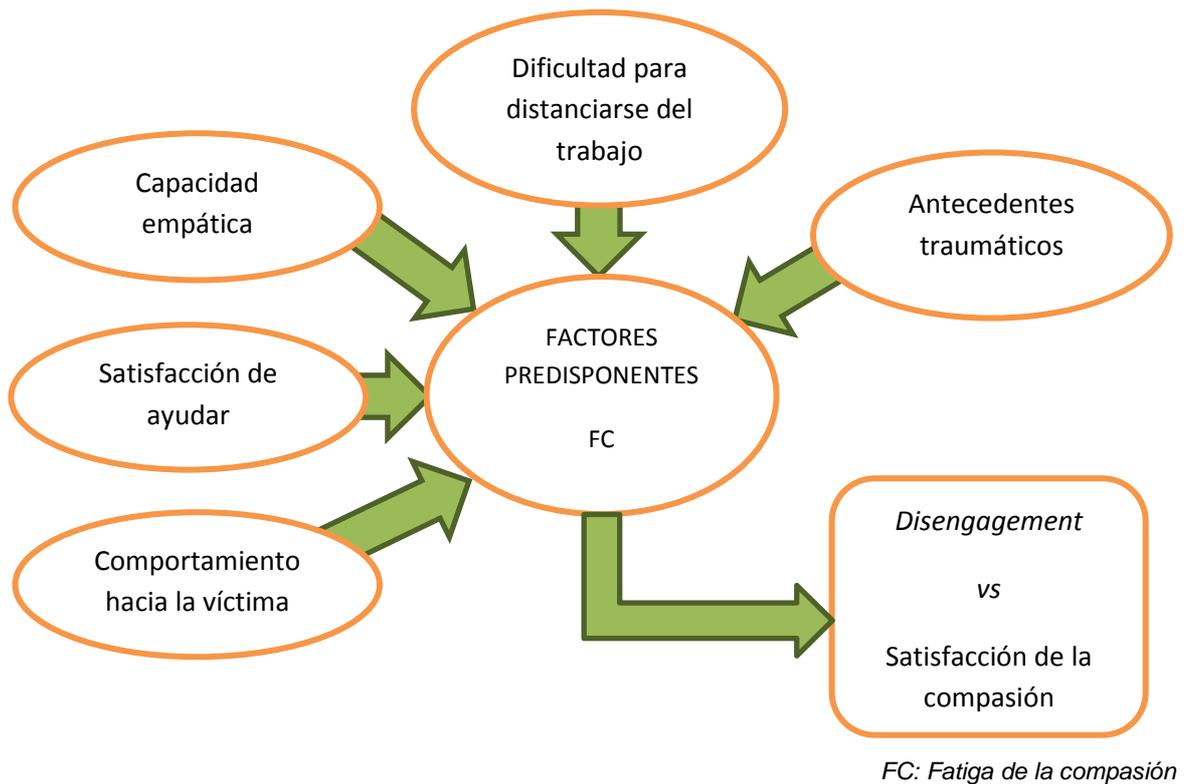


Figura 07. Factores predisponentes de fatiga de la compasión en el personal cuidador según Figley^{286, 341}

4.4.2. Cuestionamiento del rol de la empatía en la génesis de la FC como modelo unicausal

Sin embargo, esta conceptualización hay que acompañarla de cifras para poder entenderla desde una perspectiva crítica, pues Sabo²⁸⁸ sostiene que no existe evidencia empírica suficiente para hablar de un modelo unicausal que respalde la empatía como única etiología del fenómeno. Los investigadores²⁸⁷⁻²⁹¹ cifran en un 7% el porcentaje de profesionales que trabajan con individuos traumatizados y manifiestan sintomatología que podría relacionarse con FC.

A su vez, existen estudios que rebaten esta idea, como el de Kearney *et al*⁶⁸, donde se introduce el término de “empatía exquisita” para referirse a la desarrollada de manera consciente a través de la autoconciencia, con conocimiento de los propios límites y generadora de gran compromiso en terapeutas del trauma. Sostienen que si esta empatía es bien dirigida, ayuda a los profesionales a sentirse “tonificados más que agotados” y destierra la idea de que trabajar con pacientes en situación terminal es sinónimo de AE.

Asimismo, son varios los autores³¹⁸ que amplían los elementos causales en la etiología de la FC, como puede ser la experiencia profesional, que se asocia con el fenómeno de resiliencia en contraposición a la frecuencia de exposición (asociada a la vulnerabilidad). Otros investigadores como Dutton y Rubinstein³¹⁸ incluyen las estrategias de afrontamiento como factor protector o predisponente. Beaton y Murphy³¹⁸ incorporan características personales como la formación, la experiencia y el apoyo social como componentes mediadores que pueden potenciar o disminuir las posibilidades de aparición.

Stamm²⁹⁸, en 2010, agrupa mediante un cuerpo teórico, los elementos influyentes en la FC, los cuales forman parte dentro del concepto de calidad de vida profesional. Así, como manifiesta la literatura sanitaria^{287, 296} al respecto, la SC conforma el aspecto positivo de la relación de cuidado en las profesiones de ayuda, mientras que la FC el negativo.

En ambos casos, influyen tanto factores laborales como ambientales (del propio paciente o usuario y del cuidador). El diagrama de la figura 08, muestra que la FC, según Stamm²⁹⁸, abarca dos aspectos negativos muy desfavorables para el trabajador así como que un profesional puede experimentar SC a pesar de condiciones ambientales desfavorables.

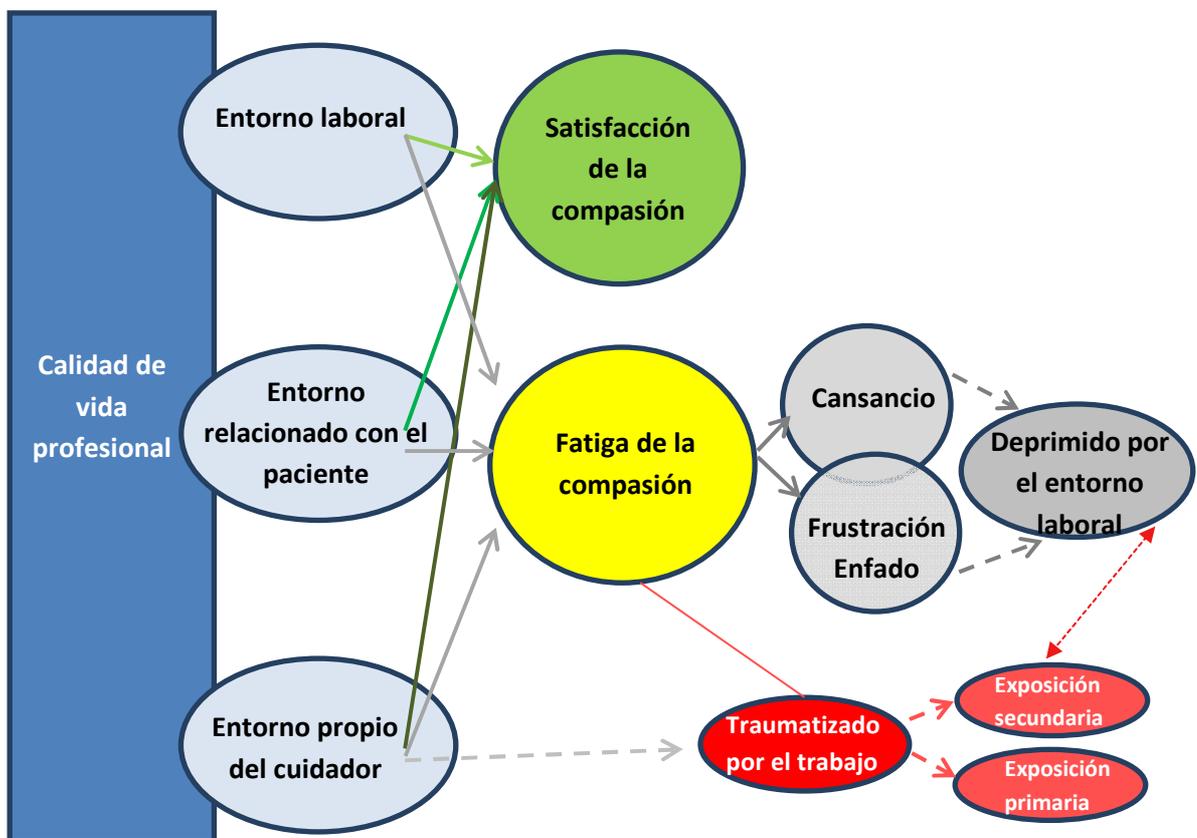


Figura 08. Análisis teórico de la fatiga de la compasión según Stamm²⁹⁸

4.4.3. Neurología de la empatía. Líneas futuras de investigación

Actualmente, las investigaciones²⁸⁷ focalizan su epicentro en estudios enfocados hacia el campo de la neurología de la empatía para poder entender los “fenómenos interpersonales de imitación, resonancia y simulación” a través de teorías como la de las “neuronas espejo (neuronas reflejo)”, que a través de un sistema de reflejo neuronal explica cómo “el estímulo visual del actor activa las mismas neuronas en el observador”, es decir, cómo la acción de un sujeto actor es capaz de elicitar la respuesta de las neuronas espejo en el observador.

En definitiva, se requiere una mayor evidencia científica para poder comprender la etiopatogenia de la FC y profundizar en su conocimiento a través de estudios longitudinales²⁸⁸, pues su estudio actual resulta incierto por la escasa literatura que existe al respecto, tanto a nivel metodológico como teórico²⁹¹.

4.5. FASES EN LA EVOLUCIÓN HACIA LA FATIGA DE LA COMPASIÓN

Las fases^{285, 308} por las que atraviesa un profesional en el desarrollo de la FC (figura 09) fueron descritas por Figley^{286, 340}, el cual sostiene, al igual que Sabo²⁸⁸, un inicio brusco en su instauración, dentro de la progresividad y continuidad del cuadro:

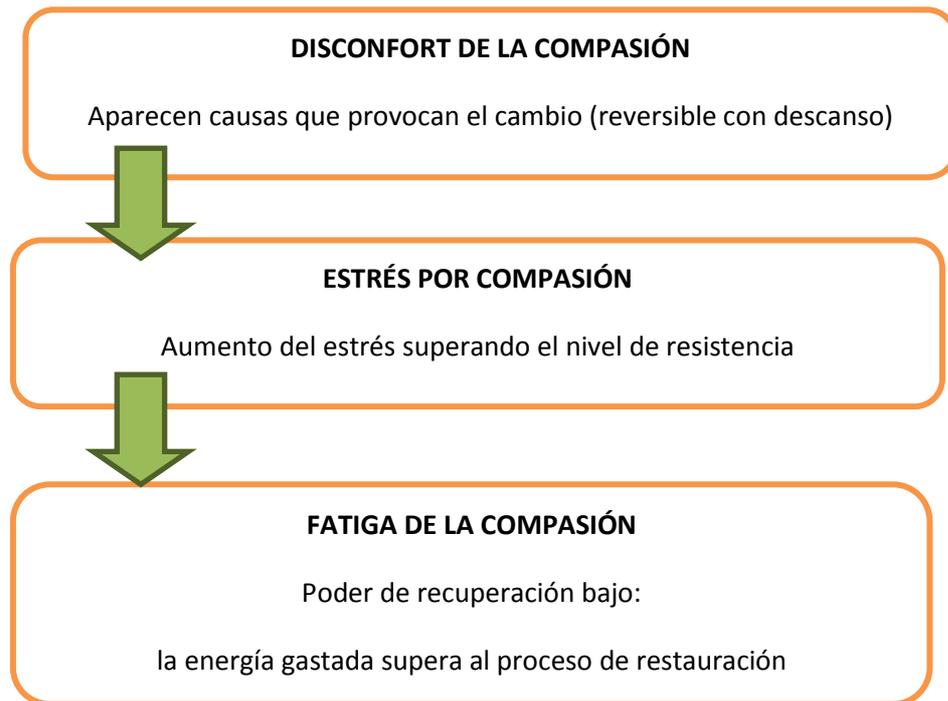


Figura 09. Fases en la evolución hacia la fatiga de la compasión

4.6. INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA FC EN EL ÁMBITO SOCIO-SANITARIO

Son nulos los datos que podemos ofrecer acerca de la incidencia y prevalencia de la FC en el personal socio-sanitario de centros residenciales de mayores en nuestro país, y de manera más concreta, en Extremadura, pues se trata de un tema relativamente nuevo que apenas cuenta con poco más de veinte años y sin estudios en el ámbito de la Geriátría en nuestra comunidad autónoma.

Como hemos citado anteriormente, su origen se vinculó originalmente a la Psicotraumatología, y las primeras publicaciones^{286, 323} giraron en torno al trabajo de psicoterapeutas afectados por trabajar casos de trauma.

Nos parece interesante aportar como datos, que en una publicación de Showalter³¹⁰ en el *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* incluía como personal de riesgo de sufrir FC a médicos, enfermeras, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería y voluntarios, por su labor de conexión empática en los cuidados al final de la vida.

Otras publicaciones³³⁵ resaltan la figura de los enfermeros como “especialmente vulnerables” y de los médicos³²¹ frente a otros trabajadores del equipo de salud, debido a la interacción de estos profesionales con los pacientes en un momento delicado de la vida de estos.

En un estudio llevado a cabo en 2006 por Abendroth y Flannery³⁴² en 22 *hospices* del estado de Florida, detectaron que un 78% de las enfermeras tenían riesgo de moderado a alto de FC, con manifestaciones psicológicas y físicas, impacto en la satisfacción del paciente, absentismo laboral crónico, aumento de los costes de los trabajadores a la organización, elevadas rotaciones de puestos, empobrecimiento del trabajo en equipo, así como errores y fallos clínicos.

En otra investigación de Yoder³²⁸ llevada a cabo en 2010, se entrevistó a 178 enfermeras y enfermeros destinadas en cuidados domiciliarios y servicios hospitalarios de emergencias, cuidados intensivos, cuidados progresivos, oncología y especialidades médico-quirúrgicas. Una de las cuestiones a responder era identificar las situaciones “gatillo” que percibieran como desencadenantes tanto de FC como de *burnout*.

En total, el 15% de los participantes adquirieron puntuaciones indicando riesgo de FC. Sin embargo, sus respuestas fueron confusas, pues mezclaron factores de riesgo de manera conjunta en lugar de por separado. Esto es debido a que era complicado para el personal de enfermería diferenciar ambos conceptos, dado que no habían recibido formación previa en ello.

Las variables obtenidas se organizaron en las siguientes categorías: cuidado de pacientes (52% distribuido en estado del paciente, retos en el cuidado y cuidados percibidos en vano), problemas organizacionales (27% por sobrecarga y decisiones de supervisores y directores) y asuntos personales (13% repartido entre límites personales y experiencias personales). De estas, los problemas organizacionales estarían directamente relacionados con riesgo de *burnout*.

Potter *et al*²⁹², desvelan en una de sus investigaciones, que las enfermeras oncológicas desarrollan FC por la exposición repetida a pacientes que están sufriendo los efectos del trauma, como los efectos secundarios de tratamientos agresivos y los estadios finales del cáncer.

No obstante, y a pesar de las publicaciones del tema en poblaciones de enfermeras, que es uno de los campos emergentes al respecto, los estudios³²⁹ realizados sobre prevalencia con este colectivo profesional en condiciones corrientes son limitados.

Por su parte, Newell y MacNeil²⁸⁵ aseveran que los trabajadores sociales que trabajan con grupos de población de personas mayores, desarrollan un vínculo cercano con los ancianos por la necesidad de conocer la vida de estos (tanto la actual como las vivencias pasadas) para desarrollar intervenciones eficaces.

Este vínculo terapéutico puede conducir a un desequilibrio psicológico, pues inevitablemente, conlleva de manera crónica, escuchar, empatizar y de algún modo “absorber” el dolor que el individuo esté sufriendo en ese momento (si no se encuentra sano). Ello, sumado al estrés laboral, los obstáculos burocráticos, el abordaje de dificultades y la búsqueda de equilibrio entre el trabajo administrativo y el asistencial, pueden sumir a los trabajadores sociales en un estado de FC.

Así pues, a pesar de las pocas publicaciones aún existentes sobre el tema y en relación con el *burnout*, se sabe que la FC puede afectar a la calidad del trabajo y a la calidad de vida personal de los distintos profesionales sanitarios²⁹⁶.

4.7. ETIOLOGÍA DEL FENÓMENO EN CENTROS SOCIO-SANITARIOS DE ANCIANOS

Acinas¹⁷³ manifiesta que “los profesionales que trabajan con personas que sufren deben combatir, no solo el estrés o la insatisfacción normal por el trabajo, sino también los sentimientos y emociones personales que les produce su trabajo con el sufrimiento”.

Por su parte, Benito *et al*³¹² publicaron que “a diario, los profesionales sanitarios trabajamos en el entorno del sufrimiento, del dolor emocional y debemos discutir y atender temas sensibles, íntimos y aconsejar, tratar y acompañar situaciones de impacto emocional. Todo ello sin formación específica y frecuentemente bajo presión asistencial, en poco tiempo y debiendo contener las propias emociones, para seguidamente atender con la máxima ecuanimidad al

siguiente paciente sin trasladarle nuestra tensión, la que como seres humanos sensibles y compasivos hemos acumulado en el encuentro”.

Valent^{293, 328}; y Sammartino³³⁵ sostienen la teoría de que la FC aparece cuando el profesional no puede rescatar o salvar al paciente del sufrimiento, lo que le origina culpabilidad y distrés. El distrés psicológico, además, puede generarse como respuesta a recuerdos de trabajo relacionados con pacientes moribundos²⁷⁹.

Por su parte, Figley³³⁶ defiende que la FC es natural, predecible y tratable, constituyendo una consecuencia natural de trabajar con pacientes que sufren o se encuentran traumatizados. Esto se ve acentuado en el ámbito de los cuidados paliativos, donde los profesionales son más vulnerables a un mayor riesgo de sufrir FC debido a su trabajo, en el que tienen que enfrentar diversos fallecimientos en un corto periodo de tiempo³¹⁵.

La bibliografía médica²⁷⁹ sostiene que los médicos experimentan reacciones ante la muerte de los pacientes a los que cuidan, las cuales están influenciadas por sus biografías, sus experiencias personales de pérdidas, el grado de relación y cercanía mantenidas, así como hasta qué punto se sienten responsables de la muerte de sus pacientes.

Los investigadores³¹⁵ afirman que cuando las demandas producidas como consecuencia de la relación profesional-paciente superan las habilidades de afrontamiento del trabajador, se crea un estado de alerta en este que si persiste en el tiempo, irá debilitando sus mecanismos de afrontamiento, apareciendo en él actitudes evitativas o de defensa que enquistarán un estrés crónico abocado a aflorar como FC.

En una muestra de 630 trabajadores con perfiles diferentes de un *hospice* (cuidados paliativos) de Canadá³⁰³, se identificaron entre las causas productoras de FC: empatía con las pérdidas de sus pacientes moribundos, sentido de fracaso personal en la ayuda a sus pacientes, consciencia acentuada de la fragilidad de la vida, exposición constante a la muerte, inadecuado tiempo con los pacientes en situación de enfermedad terminal (SET), creciente sobrecarga, estrategias de afrontamiento inadecuadas frente a la muerte, incremento del número de muertes, complejidad en la comunicación con los pacientes en SET y sus familias, sentimientos de duelo, depresión y culpa.

Es importante señalar que la bibliografía científica²⁸⁸ consultada, se centra principalmente en la sintomatología de la FC, confinando a los factores causales a un plano secundario, lo que dificulta un desarrollo amplio del presente apartado. Este hecho es ratificado también por Sabo²⁸⁸ en una de sus publicaciones.

4.8. MANIFESTACIONES SINTOMÁTICAS DEL FENÓMENO

4.8.1. Principales signos y síntomas característicos de la fatiga de la compasión a nivel individual

Los profesionales que sufren FC llegan a agotarse a nivel físico, mental y espiritual. Sin embargo, a pesar de este cansancio, ellos continúan cuidando de los pacientes y se olvidan de su autocuidado. Sin embargo, una vez que la FC está instaurada, la situación, si no se pone tratamiento, empeora, pudiendo llegar a complicarse incluso con depresión²⁸⁸.

Figley²⁹⁴ afirma que los síntomas de la FC pueden variar desde agudos a crónicos y afectar tanto a la esfera cognitiva, emocional, conductual, interpersonal, somática, laboral y espiritual, pudiendo acarrear bajas laborales³⁰⁰.

Los síntomas siguen los patrones de manifestación clásicos del estrés: olvidos, pérdida de objetos, período de atención más corto, agotamiento, dolores de cabeza o de estómago frecuentes, tendencia a enfermar, con menos resistencia, enfados frecuentes y desproporcionados²⁹⁰.

Asimismo, existen una serie de frases³²⁹ en la práctica clínica que nos pueden poner en sobreaviso sobre el estado de FC, aunque en ocasiones no son vinculadas a la FC y pasan inadvertidas hasta que esta se ha instaurado: “no tengo energía para nada más”, “vacío, no me queda nada que dar”, “no quiero volver allí”, “me siento exhausto en cada dimensión”, “demasiadas preguntas y ninguna respuesta”, “¿por qué estoy haciendo esto?”

Cerramos este apartado con una clasificación sintomática de la FC (tabla XIV), extrapolable a los trabajadores de centros socio-sanitarios de personas mayores, y adaptada de Knobloch y Klopeer³⁰⁷; de Moreno-Jiménez *et al*²⁹¹; y de Gilmore³⁰⁰, en base a las reacciones somáticas, sociales, emocionales, espirituales y cognitivas que la bibliografía científica^{291, 300, 307} citada sostiene.

Tabla XIV. Sintomatología de la fatiga de la compasión

Reacciones somáticas	Agotamiento y pérdida de fuerza Falta de energía Disminución de la eficacia Desempeño reducido Pérdida de resiliencia Recuperación física, más lenta y costosa Aumento de quejas físicas Propensión a accidentes Insomnio Dolores de cabeza Malestar estomacal Tensiones musculares Aceleración del ritmo cardíaco Temperatura corporal fluctuante Dolor de espalda
Reacciones sociales	Insensibilidad Indiferencia Incapacidad para abordar o paliar el sufrimiento
Reacciones emocionales	Ausencia de disfrute con las actividades de ocio Pérdida de entusiasmo y apatía Crisis nerviosa Desensibilización Ira o irritabilidad intensa Capacidad disminuida Deseo de abandonar Emocionalmente sobrepasado Sentimientos de falta de gozo en actividades cotidianas Sensación de vacío o desesperanza hacia futuro Estado de depresión la mayor parte del tiempo Ausencia o depresión Miedo y ansiedad ante eventos Sonidos u olores que recuerdan Sentimientos de paralización Falta de motivación
Reacciones espirituales	Compulsiones como beber, comer y gastar en exceso Falta de consciencia espiritual Desinterés por la introspección Juicio empobrecido Merma en el discernimiento Cuestionamiento de creencias espirituales
Reacciones cognitivas	Aburrimiento, desinterés Desorganización Atención disminuida Menor capacidad de concentración Sueños y pesadillas recurrentes Problemas de concentración Recuerdos de cosas

Así pues, entre las consecuencias que puede experimentar un profesional que sufre FC se encuentran^{321, 329} : distrés emocional, dolor, altos niveles de agotamiento, variaciones en el rendimiento laboral con bajos niveles de eficiencia e incremento del absentismo laboral, aumento de errores, destacable cambio de personalidad, problemas de salud, calidad de cuidados reducida y deseos de abandonar la profesión.

Además, es notorio añadir, que los investigadores²⁹² han revelado que los pacientes que han sido cuidados en unidades donde personal como enfermeras se encontraban agotadas o manifestaban a menudo su deseo de dejar el trabajo, se sentían menos satisfechos con sus cuidados, hecho que pone en boga la importancia de lo necesario que es para cualquier organización, pero especialmente en el campo de la salud, cuidar a sus recursos humanos con la finalidad última de poder ofrecer una asistencia de calidad.

4.8.2. Principales signos y síntomas de la fatiga de la compasión a nivel de la organización y de equipo

Como queda contrastado²⁹², cuando la FC se instaura en el trabajo, la institución sufre, creando un estrés añadido a los trabajadores. Entre las consecuencias de la instauración de dicho fenómeno a nivel organizacional destacan³⁴³:

- Alto absentismo.
- Fricciones entre los compañeros, con incapacidad del equipo para trabajar bien juntos.
- Deseo entre el personal de saltarse las normas de la institución.

- Comportamientos agresivos entre el personal.
- Impericia del personal para completar las tareas o asignaciones y respetar las horas tope.
- Falta de flexibilidad entre los trabajadores.
- Desaveniencias con la gestión del centro.
- Escepticismo en que la posibilidad de cambio es posible.
- Resistencia al cambio.
- Falta de visión de futuro.

4.8.3. Sintomatología de la fatiga de la compasión comparada con la experimentada en el trastorno por estrés postraumático

Kearney *et al*²⁶⁸, entre otros investigadores^{173, 295, 311}, subrayan que los síntomas de la FC son semejantes a los experimentados en el TEPT en lo que se refiere a la tríada clínica: excitación, evitación y reexperimentación.

A continuación se muestra la tabla XV, elaborada a partir de los síntomas detectados por Acinas¹⁷³ y por Kearney *et al*²⁶⁸ en relación a la sintomatología experimentada en la FC en comparación con las manifestaciones sintomáticas del TEPT:

Tabla XV. Síntomas de la FC en correlación con los síntomas del TPET

EXCITACIÓN	EVITACIÓN	REEXPERIMENTACIÓN
<i>Activación fisiológica:</i>		
Problemas de sueño Irritabilidad Estallidos de ira Hipervigilancia Incremento de la ansiedad. Impulsividad, reactividad. Aumento de la percepción de exigencias/amenazas Aumento de la frustración	“No querer volver ahí otra vez” Deseo de evitar los pensamientos Evitación de sentimientos Evitación de conversaciones asociadas con el dolor del paciente y el sufrimiento Evitación de la exposición a material traumático del usuario Pérdida de energía Evitación de salidas extralaborales con compañeros Automedicación secreta/adicciones	Pensamientos intrusivos Sueños intrusivos Distrés psicológico o fisiológico en respuesta al trabajo con los moribundos Pensamiento e imágenes asociados con experiencias traumáticas del usuario (aprendizaje vicario) Pensamientos y sentimientos de falta de idoneidad como profesional asistencial

Es decir, el “coste de cuidar” introducido por Figley²⁸⁶ conlleva un deterioro de las funciones laborales, sociales y familiares. Según Acinas¹⁷³, “los profesionales que escuchan las historias de los clientes de miedo, pena, sufrimiento y cuidados prolongados de su ser querido pueden sentir un miedo, pena y sufrimiento similar porque cuidan”.

4.9. SÍNTESIS DE LA ETIOPATOGENIA DE LA FATIGA DE LA COMPASIÓN

A continuación ofrecemos un resumen (figura 10) de la etiopatogenia de la FC adaptando una figura de Knobloch *et al*³⁰⁷:

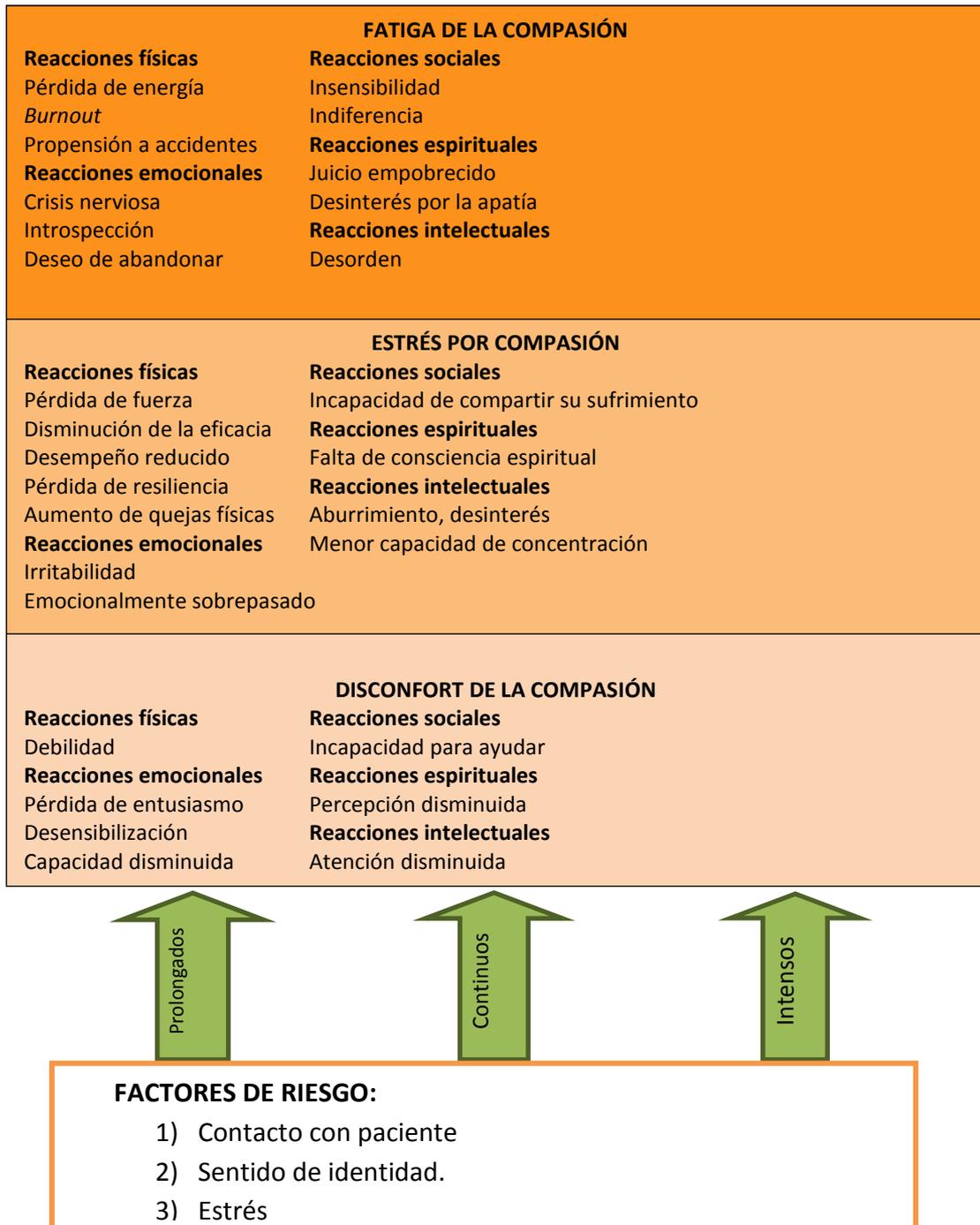


Figura 10. Etiopatogenia de la FC. Indicadores empíricos según Knobloch *et al*³⁰⁷

4.10. DIFERENCIAS ENTRE EL SÍNDROME DE *BURNOUT* Y LA FATIGA DE LA COMPASIÓN

Entre los términos más empleados para describir los efectos negativos del trabajo entre los profesionales del campo de la salud, se encuentran los de *burnout* y FC^{285, 311}. Ambos conceptos están íntimamente relacionados, por lo que en ocasiones son definidos de manera ambigua²⁹².

La principal diferencia^{292, 311} estriba en que el *burnout* es el resultado del estrés que surge de la interacción de los profesionales con su entorno de trabajo¹⁰, mientras que la FC surge como consecuencia de la relación entre el profesional y el paciente^{268, 286} (en la mayoría de las ocasiones, producida por la carencia de recursos, tanto por parte del profesional como del paciente, para gestionar y canalizar el sufrimiento³¹²). Por lo tanto, los profesionales socio-sanitarios que trabajan en centros de mayores están expuestos a ambos fenómenos.

Stamm²⁹⁸ resalta un aspecto diferencial referido a la población susceptible de padecer ambos fenómenos. Para ella, el *burnout* puede darse en cualquier profesión, mientras que la FC únicamente se da en profesiones de ayuda (de cuidado), al estar vinculada directamente con la compasión de la práctica^{296, 303}.

Rothschild²⁸⁷ va más allá y afirma que la FC se puede aplicar a cualquiera que sufre fruto de su trabajo basado en el cuidado de otros, mientras que el síndrome de *burnout* “se reserva para una circunstancia extrema” como consecuencia del impacto entre el trabajador y su entorno.

Otra diferencia destacable entre ambos fenómenos es que los profesionales que sufren FC, a diferencia del *burnout*, pueden seguir cuidando e involucrándose aunque de forma dificultosa^{268, 303}. Según Benito *et al*³¹², en el *burnout* se da un desfase entre lo que esperamos de nuestro comportamiento y lo que realmente conseguimos, mientras que la FC se produce entre profesional-paciente.

En cuanto a su instauración y recuperación, Figley²⁸⁶ sostiene que la FC tiene un inicio más brusco y su mitigación es algo más rápida que en el *burnout*, cuya presentación y descenso es mucho más lento. En la FC, hay una tasa de recuperación de los síntomas mucho mayor que en el SQT³¹⁸.

Un meta-análisis llevado a cabo en 2013 por Cieslak *et al*²⁹⁵ y que ha supuesto la primera síntesis cuantitativa investigadora sobre las relaciones entre el *burnout* y el ETS en trabajadores sometidos a exposición indirecta al trauma, desvela que existe una probabilidad considerable de que un profesional expuesto al trauma secundario pueda desarrollar niveles de *burnout* y ETS cuando ambos síndromes son medidos dentro del marco de la FC.

Según Moreno-Jiménez *et al*³¹⁸, aunque ambos fenómenos derivan de “la actividad de ayudar y asistir a personas en necesidad”, las manifestaciones sintomáticas difieren entre ambos, siendo de carácter agudo en la FC (con origen en la Psicotraumatología)¹⁷³ y crónico en el *burnout*.

Por todo ello, para tratar el *burnout* se insiste en variables organizacionales (sobrecarga, ratio de pacientes...), mientras que para la FC, la atención se focaliza en intervenciones personalizadas que tienden a apostar por las habilidades de afrontamiento y aprender a separar la vida personal-profesional²⁹⁶.

Por último, es interesante citar, que para la valoración del *burnout* existen numerosos instrumentos, aunque el más utilizado y extendido hasta el momento ha sido el MBI de Maslach^{10, 59, 121, 133}, pero para evaluar la FC, es el PРоQOL “uno de los pocos instrumentos disponibles para medirla”²⁹⁶.

En la tabla XVI mostramos las principales diferencias conceptuales entre la FC (desgaste por empatía) y el *burnout* (SQT) señaladas por Acinas¹⁷³:

Tabla XVI. Diferencias conceptuales entre fatiga de la compasión y *burnout* según Acinas¹⁷³

	Desgaste por empatía (Fatiga de la compasión)	<i>Burnout</i>
EJES	Reexperimentación Evitación y embotamiento Hiperactivación o hiperarousal	Agotamiento emocional Baja realización personal Despersonalización
RELACIONADO CON	Trastorno por estrés postraumático	Estrés laboral
CAUSAS	Relación con esquema cognitivo del profesional	Relación con condiciones laborales
CONCEPTO	Estado	Proceso
EVOLUCIÓN	Súbito, rápido, sin señales previas. Abrupto y agudo	Progresivo, acumulación en el tiempo por contacto intenso
MANIFESTACIÓN	Menos insidioso	Agravamiento posterior
NIVEL EMOCIONAL	Sentimiento de indefensión, sensación de aislamiento de apoyos	Resultado de la extenuación emocional

III.JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

III.1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En el año 2000, la OMS³⁴⁴ publica bajo el título “Mejorar el desempeño de los sistemas de salud”, su nuevo Informe sobre la Salud en el Mundo. Dicha publicación surge con la finalidad de evaluar, a nivel mundial, la calidad de los sistemas de salud e introducir consecuentemente, mejoras en base a los recursos disponibles.

En el citado Informe^{255, 344}, se dedica un capítulo a la temática de los recursos, poniendo de manifiesto que los recursos humanos son los insumos más importantes del sistema de salud, cuyo funcionamiento depende de los conocimientos, aptitudes y motivación de las personas encargadas de prestar los servicios de asistencia sanitaria.

Además, en él se resalta la necesidad de efectuar una correcta gestión y administración de los mencionados recursos para conseguir una inversión equilibrada, incluyendo variables como satisfacción con el salario, oportunidades para el desarrollo de la carrera profesional y condiciones de trabajo de los profesionales.

En esta línea, Gil-Monte¹³³ subraya que las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud tienen una influencia significativa sobre su calidad de vida laboral y sobre la calidad del servicio que ofrecen a las organizaciones del sector sanitario. Consecuencias como la tasa de accidentabilidad, la morbilidad y el absentismo laboral de los profesionales, están directamente ligadas a sus condiciones de trabajo²⁵⁵.

En el Plan Marco de Atención-Sociosanitaria en Extremadura (Plan Director 2005-2010)⁸, se matiza que los centros socio-sanitarios son lugares que por lo general, en un primer momento fueron concebidos como centros residenciales de atención a la dependencia dentro del entorno de Bienestar Social. Sin embargo, la propia evolución de las necesidades de sus usuarios ha llevado a demandar por parte de estos, el desarrollo simultáneo de servicios sanitarios.

Esta situación ha derivado, según el propio Plan Marco, en que “cada vez sea más difícil encuadrar dichos centros dentro del ámbito social exclusivamente, siendo a menudo sus ratios de personal y capacidad de oferta sanitaria limitada, y por tanto, los profesionales y recursos sobrecargados para atender la necesidad creciente de atención sanitaria dentro de ellos”.

En este contexto surge la presente Tesis Doctoral, apoyada por múltiples investigaciones que han centrado su campo de acción en los efectos del estrés en los profesionales del ámbito de la salud^{133, 318,345}.

El personal sanitario y social que trabaja en el campo socio-sanitario de la asistencia geriátrica, se enfrenta con frecuencia a situaciones altamente estresantes o traumatizantes¹⁸² asociadas al trabajo asistencial de atender, cuidar, orientar, ayudar o acompañar a personas mayores (y sus familias)¹¹⁵, muchas de las cuales presentan enfermedades de tipología crónica, degenerativa y/o terminal que desencadenan dependencias severas o incluso éxitus tras meses o años de cuidados y relación terapéutica.

Este “coste de cuidar”²⁸⁶ puede tener consecuencias en los cuidadores profesionales a nivel físico, mental y emocional. Los profesionales que cuidan de pacientes ancianos, por lo tanto, están en riesgo de sufrir *burnout* y FC como consecuencia de su trabajo³⁴⁶⁻³⁴⁷, lo que puede ligarse a bajas por enfermedad³⁴⁸ y a una disminución de la eficacia de sus cuidados y por tanto, de la calidad de vida de los pacientes ancianos que cuidan, generando serios problemas tanto para los profesionales como para los pacientes y el propio sistema de salud^{115, 214, 288, 296}.

Teniendo en cuenta la incidencia y prevalencia de estos dos fenómenos que afectan a profesionales sanitarios y sociales en su actividad laboral diaria en el campo de la Geriatría, así como la limitada bibliografía^{295, 318}, que correlaciona los mismos y su influencia respecto a la calidad de vida en el sector socio-sanitario de la comunidad autónoma de Extremadura, consideramos de gran interés su abordaje con el objetivo general de conocer la situación actual de nuestros trabajadores respecto a estos fenómenos.

IV. OBJETIVOS

IV.1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVOS GENERALES:

- Determinar la prevalencia de fatiga de la compasión entre los profesionales socio-sanitarios que trabajan en centros de mayores de Extremadura.
- Identificar si existe relación entre la fatiga de la compasión y la aparición del síndrome de *burnout* en los mencionados profesionales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la prevalencia del síndrome de *burnout* entre los profesionales socio-sanitarios que trabajan en centros de mayores de Extremadura.
- Determinar la relación entre la satisfacción de la compasión y la fatiga de la compasión y/o síndrome de *burnout*.
- Analizar las relaciones existentes entre la fatiga de la compasión de los profesionales citados con sus variables sociodemográficas, laborales y recursos personales.
- Analizar las relaciones existentes entre el síndrome de *burnout* de los profesionales citados con sus variables sociodemográficas, laborales y recursos personales.

V. MATERIAL Y MÉTODO

V.1. TIPO DE ESTUDIO

Hemos realizado un estudio epidemiológico transversal, descriptivo y analítico, realizado en centros de mayores de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

El estudio fue aprobado por la Comisión de Bioética y Bioseguridad de la Universidad de Extremadura (Anexo I) con fecha de 6 de mayo de 2014.

V.2. POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

2.1. SUJETOS DE ESTUDIO

Los sujetos de estudio fueron trabajadores sanitarios y sociales (auxiliares de enfermería/auxiliares de clínica/técnicos en atención socio-sanitaria/ técnicos en atención a personas en situación de dependencia/auxiliares de geriatría, enfermeros, médicos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionales y otros de perfil socio-sanitario como educadores sociales, animadores socioculturales y musicoterapeutas) que en el momento del estudio desempeñaban su labor asistencial en el ámbito socio-sanitario trabajando en centros de mayores de la provincia de Cáceres o Badajoz previo Consentimiento Informado (incluido en el “Cuaderno de documentos y cuestionarios” del Anexo II) y que cumplían los criterios de inclusión que a continuación se detallan.

2.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Aceptación del director/a de los centros de mayores de participar en el estudio.
- Profesionales de centros de mayores autorizados y registrados por la Consejería de Salud y Política Sociosanitaria del Gobierno de Extremadura, de titularidad privada y con mínimo 25 o más plazas residenciales en ese centro.
- Tener 18 o más años de edad.
- Contar con más de 1 año de experiencia laboral.
- Motivación para participar.
- Dar su Consentimiento Informado (Anexo II).

2.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- El personal no sanitario ni social que se encuentre trabajando en el centro.
- El personal que en el momento de la recogida de datos se encuentre en situación de baja laboral de cualquier tipo (por enfermedad, maternal...).
- El personal que en el momento de la recogida de datos se encuentre en situación de incapacidad temporal.
- El personal que no trabaja directamente en el cuidado.
- Estudiantes que en el momento de la recogida de datos se encuentren realizando su *prácticum* (estudiantes de enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional), rotación (estudiantes de psicología) o formación en centros de trabajo (estudiantes de técnico en cuidados auxiliares de enfermería, técnico en atención socio-sanitaria, técnico en atención a personas en situación de dependencia, técnico superior en animación sociocultural) o prácticas de cursos de formación (auxiliares de geriatría...).

V.3. MARCO DEL ESTUDIO

3.1. TAMAÑO DE LA MUESTRA

La selección de la muestra se realizó entre los trabajadores sanitarios y sociales (que cumplían los criterios de inclusión) de dieciocho centros de mayores de Extremadura que aceptaron participar en el estudio.

3.2. VARIABLES DE ESTUDIO

Las variables recogidas para su estudio fueron las siguientes:

3.2.1. Variables independientes

Obtenidas a partir de un cuestionario general de elaboración propia (Anexo II) para el estudio, donde se recogen las variables sociodemográficas, laborales y recursos personales que a continuación se enumeran. Destacamos que a todas ellas se les dio el carácter de variables independientes en la elaboración de los modelos (análisis multivariantes).

Asimismo, es importante matizar que en el análisis estadístico, todas ellas, excepto la variable de “¿cuándo fue la última vez que solicitó vacaciones en el trabajo?”, fueron tratadas de manera cualitativa a pesar de la propia naturaleza cuantitativa de algunas (marcadas con asterisco).

La razón estriba en la forma en la que dichas variables fueron recogidas, pues a pesar que la naturaleza de las señaladas con asterisco es cuantitativa, en el cuestionario de recogida de datos (Anexo II), agrupamos las opciones de respuesta (en lugar de proceder a una cuantificación libre por parte de los

encuestados) debido a que al ser un cuestionario tan exhaustivo, habría respuestas en las que apenas habría muestra; como por ejemplo se corroboró posteriormente en ítems como la edad, el estado civil, el número de hijos, el número de horas semanales en el trabajo y la realización de guardias, cuyas respuestas tuvieron que ser reagrupadas al efectuar el análisis estadístico debido a la escasa representación (2-3 individuos de los 227) de los sujetos en algunas opciones de las posibles a marcar. Por el contrario, la variable de “¿cuándo fue la última vez que solicitó vacaciones en el trabajo?” sí fue tratada como variable cuantitativa continua al haberse recogido como tal.

▪ *Variables sociodemográficas:*

- Sexo (cualitativa).
- Edad* (cualitativa).
- Estado civil (cualitativa).
- Nivel de estudios (cualitativa).
- Número de hijos conviviendo en el domicilio familiar* (cuantitativa).
- Además de hijos, tiene a su cargo a algún otro miembro familiar en su domicilio (cualitativa).
- Lugar de residencia (cualitativa).
- Lugar de realización de la encuesta (cualitativa).

▪ *Variables laborales:*

- Profesión desempeñada en el centro de trabajo (cualitativa).
- Funciones desempeñadas en el centro de trabajo (cualitativa).
- Tipo de contrato (cualitativa).
- Tiempo de antigüedad desarrollando su profesión* (cualitativa).
- Tiempo de antigüedad en el puesto actual* (cualitativa).
- Jornada de trabajo (cualitativa).
- Turno de trabajo (cualitativa).
- Número de horas semanales de trabajo* (cualitativa).
- ¿Realiza guardias?* (cualitativa).
- ¿En qué turno realiza guardias? (cualitativa).
- Área/s geriátrica/s usual/es que tiene asignada (cualitativa).
- Número de horas semanales de atención directa a pacientes/familiares* (cualitativa).
- Número de pacientes con los que trata asistencialmente de manera diaria* (cualitativa).
- ¿Compatibiliza su profesión con otro/s trabajos fuera del centro de mayores? (Cualitativa).
- ¿Ha estado de baja laboral en el último año por motivos laborales?* (Cualitativa).
- Número de días totales de baja en el último año* (cualitativa).
- En los 2 últimos años, ¿ha estado en situación de paro? (Cualitativa).
- ¿Cuánto tiempo estuvo en el paro en los 2 últimos años?* (Cualitativa).

- ¿Comparte profesión (no necesariamente mismo lugar de trabajo) con su pareja? (Cualitativa).
- ¿Cuándo fue la última vez que solicitó vacaciones en el trabajo? (Cuantitativa continua).
- ¿Cuánto tiempo estuvo de vacaciones? (Cualitativa).
- En el último año, ¿ha pensado seriamente en abandonar su trabajo? (Cualitativa).
- En el último año, ¿ha iniciado la búsqueda de otro trabajo? (Cualitativa).
- ¿Mantiene la misma ilusión por su trabajo que cuando comenzó? (Cualitativa).
- ¿Frecuentemente toma psicofármacos recetados médicamente? (Cualitativa).
- A nivel laboral, ¿se siente valorado por los pacientes a los que cuida/trata? (Cualitativa).
- A nivel laboral, ¿se siente valorado por los familiares de los pacientes a los que cuida/trata? (Cualitativa).
- A nivel laboral, ¿se siente valorado por sus compañeros/as de trabajo? (Cualitativa).
- A nivel laboral, ¿se siente valorado por su supervisor/a de enfermería? (Cualitativa).
- A nivel laboral, ¿se siente valorado por el director/a de su centro? (Cualitativa).
- En el último año, ¿ha consultado con algún profesional para tratar alguna dolencia relacionada con su trabajo? (Cualitativa).

▪ *Variables de recursos personales:*

- ¿Padece alguna enfermedad crónica? (Cualitativa).
- En el último mes, ¿ha practicado alguna de las siguientes acciones? (Cualitativa).

En el análisis bivalente y en los modelos (análisis multivariantes), debido a su extensión, esta variable y sus opciones tuvieron que considerarse como categorías diferentes dentro de una misma variable, estudiando si las medias en cada una de estas categorías eran iguales en comparación con la media de cada una de las escalas de la FC y con la media de cada una de las escalas del SQT (*burnout*) para cada una de las opciones planteadas.

- Con respecto a la práctica de acciones terapéuticas, ¿con qué frecuencia a la semana?* (Cualitativa).
- ¿Realiza alguna actividad de manera consciente para evadirse de su trabajo? (Cualitativa).

En el análisis bivalente y en los modelos (análisis multivariantes), debido a su extensión, esta variable y sus opciones tuvieron que considerarse como categorías diferentes dentro de una misma variable, estudiando si las medias en cada una de estas categorías eran iguales en comparación con la media de cada una de las escalas de la FC y con la media de cada una de las escalas del SQT (*burnout*) para cada una de las opciones planteadas.

- En caso afirmativo, ¿qué actividad/es? (Cualitativa).
- ¿Con qué frecuencia a la semana?* (Cualitativa).

3.2.2. Variables dependientes

Relacionadas con los síndromes objeto de estudio:

▪ *La presencia o ausencia de FC medida con el ProQOL además de las tres dimensiones que la componen:*

- SC.
- Síndrome de *burnout*.
- ETS.

▪ *Las tres dimensiones que componen el síndrome de burnout medido con el MBI-HSS:*

- AE.
- D.
- RP en el trabajo.

3.3. RECOGIDA DE DATOS

La recopilación del estudio ha sido realizada en 23 meses, comenzando en enero de 2013 y terminando en noviembre de 2014, incluyendo en este periodo el diseño del estudio, la recogida de datos (efectuado durante los meses de marzo a mayo de 2014), el análisis de los mismos y la obtención de las conclusiones finales. En el Anexo III se expone el cronograma del estudio.

El procedimiento para la recogida de datos se recoge en las subsecuentes líneas:

Primero. En primer lugar, tras el análisis documental de las fuentes bibliográficas, se elaboró un Cuaderno de documentos y cuestionarios (Anexo II) constituido por:

- Carta de presentación del estudio.
- Hoja de consentimiento informado para participar en el estudio.
- Cuestionario de variables sociodemográficas, laborales y recursos personales de elaboración propia.
- Cuestionario validado³⁵⁰ autoadministrado: *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)* de Maslach y Jackson¹⁰⁶ en su versión adaptada a la población española^{10,350}.
- Cuestionario validado^{301, 302, 329, 353} autoadministrado: Escala sobre la calidad de vida profesional (ProQOL) de Stamm²⁹⁸ en su última versión número 5.

Para poder utilizar y pasar este cuestionario a los sujetos objeto de estudio, se precisó la solicitud de los permisos establecidos a través de la página web ProQOL.org³⁴⁹, así como la concesión del citado permiso (Anexo IV) junto con las consideraciones de su impresión para la Tesis (Anexo V).

Asimismo, para usar la última versión publicada del ProQOL, tuvimos que traducirla al castellano. Para ello, solicitamos en primer lugar el permiso de traducción del ProQOL (Anexo VI) desde la página web ProQOL.org³⁴⁹ hasta obtenerlo.

El siguiente paso consistió en contactar vía *e-mail* y telefónica con dos de los doctores que tradujeron del inglés al castellano la versión anterior de la escala ProQOL número IV desde la Universidad Autónoma de Madrid en el año 2009: doña María Eugenia Morante Benadero y don Bernardo Moreno Jiménez (pues con el tercero, don Alfredo Rodríguez Muñoz, no fue posible contactar). Tras su beneplácito, procedimos a la traducción respetando la traducción previa realizada por ellos de la versión IV.

Posteriormente, la última traducción al castellano de la nueva versión fue supervisada por la traductora principal de dicha versión IV, la doctora Morante Benadero, que nos dio su conformidad vía *e-mail*.

Segundo. Contactamos con los centros de mayores de titularidad privada de la comunidad autónoma de Extremadura así como con diferentes trabajadores/as sociales en activo. Tras ello, tomamos las siguientes consideraciones:

- Todos los centros y servicios de atención social en funcionamiento en Extremadura están autorizados y registrados por la Consejería de Salud y Política Sociosanitaria del Gobierno de Extremadura.

El Registro de Centros y Servicios de Atención para Personas Mayores³⁵¹ (Decreto 4/1996, de 3 de febrero -DOE 14, de 3/2/1996-) constituye el registro oficial para inscribir todas las entidades, centros y servicios de

atención social, públicos o privados, que prestan servicios a personas mayores en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Así pues, esta condición (centro autorizado y registrado) pasó a sumarse como un nuevo criterio de inclusión, añadido a los previamente establecidos en el diseño del estudio con la finalidad de seleccionar centros donde proceder a la recogida de datos.

- En Extremadura, en el campo de la Geriátrica, la atención socio-sanitaria se consigue mediante la dotación de infraestructuras residenciales de atención para personas mayores, abarcando desde los niveles básicos de dependencia a través de las residencias municipales, hasta la red de residencias de gestión directa de la Junta de Extremadura⁸.

- Según apunta el informe estadístico nacional del CSIC³⁵² publicado en 2014 sobre la distribución de centros y plazas residenciales por provincias, en la comunidad autónoma extremeña, la iniciativa pública y privada residencial da una suma total de 235 centros con 12.023 plazas (tabla XVII).

Tabla XVII. Centros residenciales según tamaño, 2013 (CSIC³⁵²)

Distribución de centros	Provincia de Badajoz	Provincia de Cáceres	Extremadura
Absoluto	104	131	235
<25 plazas	40	52	92
25-49 plazas	27	32	59
50-99 plazas	22	35	57
>=100 plazas	15	12	27

De ellos, 75 son privados y 160 públicos (tabla XVIII), con una ratio por cada 100 personas de 65 y más años de 5,62 con opción a estancias permanentes o temporales³⁵².

Tabla XVIII. Centros residenciales según tipo y tamaño, 2013 (CSIC³⁵²)

Total	Residencias privadas				Residencias públicas					
	<25	25-49	50-99	>=100	Total	<25	25-49	50-99	>=100	Total
Extremadura	7	21	27	20	75	85	38	30	7	160
Badajoz	4	10	7	11	32	36	17	15	4	72
Cáceres	3	11	20	9	43	49	21	15	3	88

Por consiguiente, tras el análisis de estos datos, decidimos centrar la investigación en centros socio-sanitarios residenciales de personas mayores con titularidad privada y un tamaño que oscilara en rangos de 25-49 plazas residenciales, 55-99 y superiores, debido a que la oferta, frente a los centros públicos, es mayor a nivel de centros con mayor número de plazas residenciales, lo que implica un mayor número de trabajadores en ellos al subir la ratio de usuarios y una mayor complejidad organizacional y asistencial.

Asimismo, al haber mayor oferta en la provincia de Cáceres frente a la de Badajoz, prevalecerían más centros en esta provincia frente a la de Badajoz aunque con representatividad en ambas.

De esta manera, elaboramos una lista todos los centros socio-sanitarios de Extremadura que cumplían estas condiciones, ordenándolos en una hoja de cálculo de Microsoft Excel. Tras ello, lanzamos un número aleatorio en la hoja de cálculo que nos permitió una selección aleatoria de centros, por lo que se hizo un proceso de aleatorización de los mismos con representatividad en las dos provincias de Extremadura, así como representatividad tanto en entorno rural como urbano, lo que evitó atraer únicamente a centros más sensibles al estrés por su mayor complejidad o carga de trabajo o centros más participativos concienciados con aspectos relacionados con problemas de la profesión.

Una vez tomadas en cuenta estas apreciaciones, hicimos un listado de los centros seleccionados y contactamos vía telefónica con los directores/as de los centros explicándoles el objetivo del estudio y solicitando su colaboración.

Tercero. Tras la aceptación por parte del centro, se concertaba una cita con ellos, pues se optó por la entrega personal o grupal del cuestionario. La investigadora principal se desplazaba hasta el centro ese día, normalmente en el horario de la reunión de los equipos o de reunión del director/a con el/la trabajador/a social, el/la supervisor/a de enfermería o el/la psicólogo/a del centro. Se aprovechaba esta reunión para explicar a los participantes el motivo del estudio, los criterios de inclusión y exclusión, así como las instrucciones de cumplimentación de los documentos e instrumentos a rellenar.

La investigadora principal, especialista en salud mental, se había entrenado para dar las instrucciones a los encuestados y no mencionar ciertas palabras (“fatiga de la compasión”, “quemado”, “*burnout*”, “satisfacción por el trabajo”, “desgaste por el cuidado”).

Los Cuadernos se entregaron en un sobre blanco sin señas identificativas para que una vez cumplimentado, el participante que accedía voluntariamente a participar en el estudio, lo introdujera en el sobre y lo sellara con el autoadhesivo incorporado, de manera que se garantizaba la confidencialidad de los datos.

Cuarto. A la semana o dos semanas acordadas con el director/a del centro (dependiendo de las cuestiones organizativas del centro), la investigadora principal asistía al centro a recoger los Cuadernos rellenos. Los Cuadernos se entregaban en sobre blanco sellado (sin ninguna señal identificativa externa) en un buzón proporcionado en el centro destinado para tal fin.

Quinto. Por último, se proporcionó una copia del consentimiento informado a cada uno de los participantes.

3.4. ESCALAS DE VALORACIÓN E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

3.4.1. Cuestionario de variables sociodemográficas, laborales y recursos personales

Como se ha indicado anteriormente, se trata de un cuestionario general de elaboración propia para el estudio donde se recogen las variables sociodemográficas, laborales y recursos personales anteriormente descritas (Anexo II).

Los investigadores añadieron este cuestionario para explorar las relaciones entre sus ítems y los fenómenos objeto de investigación. Estas variables fueron elegidas basándonos en hallazgos de la literatura revisada²¹⁷ que sugería una posible relación que predecía niveles de *burnout*, SC y FC.

3.4.2. Escala sobre la calidad de vida profesional o *Professional quality of life scale (ProQOL)*

La FC, a pesar de compartir semejanzas con el TEPT en los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-IV¹²⁸ y actualmente en el DSM-5¹²⁹, no se encuentra respaldada por una amplia gama de instrumentos psicométricos para ser evaluada. De hecho, son pocos los instrumentos existentes por el momento, algunos incluso están dirigidos incluso a poblaciones específicas²⁹¹.

Por su parte, Rothschild²⁸⁷ defiende que “mejor instrumento para evaluar nuestra propia situación personal será la auto-conciencia, la conciencia corporal y el propio sentido común”.

A día de hoy, la medida más extendida y usada para evaluar los efectos del trabajo de los profesionales que cuidan de personas que han experimentado sucesos altamente estresantes, es la Escala sobre la calidad de vida profesional, abreviada comúnmente como PROQOL (*Professional Quality of Life Scale*)²⁹⁸. Dicha escala, desde el año 2009, cuenta ya por su quinta versión (PROQOL versión 5) y según Boyle³⁵⁴, es considerada apropiada para el personal de enfermería.

El ProQOL fue seleccionado para este estudio por estar validado^{301, 302, 329, 353} y por su capacidad única para medir tanto aspectos positivos como negativos del cuidado así como la relación entre ambos elementos^{296, 355}.

Originariamente fue denominada como “Test autoadministrado de Fatiga de la compasión” y desarrollado por Charles Figley²⁸⁶ a finales de 1980. Más tarde, en 1988, Beth H. Stamm y Figley²⁸⁶ se unieron y empezaron una colaboración juntos. En 1993, Stamm^{287, 298} añadió a la escala el concepto evaluable de “satisfacción de la compasión”, por lo que la escala pasó a denominarse “Escala de la fatiga y satisfacción de la compasión”, de la cual había varias versiones. Tales versiones fueron asignadas a comienzos de los noventa a Figley y Stamm²⁹⁸ y posteriormente invertidas a Stamm y Figley²⁹⁸.

A finales de 1990, Stamm y Figley²⁹⁸ llegaron a un acuerdo y la escala cambió en su totalidad a Stamm^{287, 298}, pasando a designarse desde ese momento como la conocemos en la actualidad, PROQOL, en su origen presentada en inglés. Posteriormente, ha sido traducida a varios idiomas, entre ellos, al español.

A pesar de que en sus inicios el ProQOL fue desarrollado para ser usado entre el personal de emergencias y terapeutas de trauma, actualmente su uso se ha extendido a nivel internacional³⁰³ y ha sido validado psicométricamente en varios grupos de población^{301, 302, 329, 353}, aunque en Extremadura y en España no hemos encontrado estudios de su uso en grupos de profesionales socio-sanitarios de centros de mayores.

Stamm^{173, 345} afirma que en base a esta escala, la calidad de vida profesional incorpora aspectos positivos (SC) y aspectos negativos (FC).

Así, la FC se divide en dos elementos propiamente dichos. Uno que hace referencia a aspectos como el agotamiento, la frustración, el enfado y la depresión característicos del *burnout* y otro que apunta al ETS como un sentimiento negativo marcado por el terror y el trauma (directo –primario- o indirecto mediante la exposición secundaria en situaciones de trabajo a sucesos altamente estresantes) relacionados con el trabajo. Los efectos negativos del ETS pueden incluir dificultades para dormir que incluyen pesadillas, imágenes intrusivas y evitar recordar a los pacientes que están sufriendo emocionalmente experiencias traumáticas²⁹⁸.

De este modo, El PRoQOL versión 5²⁹⁸ se divide a su vez en tres subescalas, a las cuales se llega a través de la suma de las puntuaciones obtenidas por cada participante. Tales subescalas hacen referencia a los conceptos de SC y al concepto propiamente dicho de FC, conformado este último por dos subescalas, la subescala que mide el *burnout* junto a la subescala que mide el ETS. Esta subescala de ETS, era antiguamente conocida como escala de

la FC en la versión anterior IV. A continuación procedemos a explicar las subescalas desde un punto de vista estadístico^{173, 298, 345}.

A) SC: se refiere al placer que uno obtiene por ser capaz de hacer bien el trabajo. Las puntuaciones altas en esta escala representan una mayor satisfacción vinculada a nuestra capacidad para ser un profesional efectivo. Se valora a través de 10 ítems numerados en el Anexo II: “Escala sobre la calidad de vida profesional (ProQOL)” como: 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27 y 30.

La puntuación media es 50 (DS 10; fiabilidad alfa de la escala, .88). Alrededor del 25% de las personas presentan puntuaciones superiores a 57 y alrededor del 25% de las personas presentan puntuaciones inferiores a 43 (tabla XIX).

Tabla XIX. Interpretación de las puntuaciones de SC según el ProQOL 5^{298, 345}

Puntuación obtenida	Equivalencia	Nivel de SC
22 o menos	43 o menos	Baja
Entre 23 y 41	Alrededor de 50	Media
42 o más	57 o más	Alta

SC: Satisfacción de la compasión

B) Síndrome de *burnout*: Desde la perspectiva de la investigación y el análisis del ProQOL, el *burnout* es uno de los elementos de la FC. Se asocia con sentimientos de desesperación y dificultades para afrontar el trabajo o para efectuarlo de forma efectiva. Las puntuaciones altas en esta escala implican que está en riesgo de sentirse “quemado”.

Se valora a través de 10 ítems numerados en el Anexo II: “Escala sobre la calidad de vida profesional (ProQOL)” como: 1*, 4*, 8, 10, 15*, 17*, 19, 21, 26 Y 29*. Los ítems marcados con asterisco conllevan “puntuaciones invertidas” (tabla XX).

Tabla XX. Puntuaciones invertidas para el síndrome de *burnout* según el ProQOL 5^{298, 345}

Puntuación	Sustitución por
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

El motivo de invertir la puntuación se debe a que científicamente la medida funciona mejor cuando estas preguntas están formuladas de manera positiva, aunque nos aportan más información en forma negativa.

La puntuación media en esta escala es de 50 (DS 10; fiabilidad alfa de la escala .75). Alrededor del 25% de las personas presentan puntuaciones superiores a 57 y alrededor del 25% de las personas presentan

puntuaciones inferiores a 43. Si su puntuación es inferior a 43, esto posiblemente refleje sentimientos positivos relativos a su efectividad en el trabajo (tabla XXI).

Tabla XXI. Interpretación de las puntuaciones del síndrome de *burnout* según el

ProQOL 5 ^{298, 345}		
Puntuación obtenida	Equivalencia	Nivel de <i>Burnout</i>
22 o menos	43 o menos	Bajo
Entre 23 y 41	Alrededor de 50	Medio
42 o más	57 o más	Alto

C) ETS: el segundo componente de la FC es el ETS. Se relaciona con la exposición secundaria, en situaciones de trabajo, a sucesos extremadamente estresantes. Desarrollar problemas debido a la exposición del trauma de otros es algo poco común. Sin embargo, acontece entre profesionales que cuidan de personas que han experimentado sucesos traumáticamente estresantes.

Se valora a través de 10 ítems numerados en el Anexo II: “Escala sobre la calidad de vida profesional (ProQOL)” como: 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25 y 28.

La puntuación media en esta escala es de 50 (DS 10; fiabilidad alfa de la escala .81). Alrededor del 25% de las personas presentan puntuaciones

inferiores a 43 y alrededor del 25% de las personas presentan puntuaciones superiores a 57 (tabla XXII).

Tabla XXII. Interpretación de las puntuaciones de ETS según el ProQOL 5^{298, 345}

Puntuación obtenida	Equivalencia	Nivel de ETS
22 o menos	43 o menos	Bajo
Entre 23 y 41	Alrededor de 50	Medio
42 o más	57 o más	Alto

ETS: Estrés traumático secundario

Por último, el ProQOL 5 también tiene una interpretación global de los resultados aunada bajo seis niveles distintos^{298, 345}:

- 1) Ausencia de FC.
- 2) Alta SC, moderado a bajo *burnout* y ETS.
- 3) Alto *burnout*, moderada a bajo SC y ETS.
- 4) Alto ETS con bajo *burnout* y baja SC.
- 5) Alto ETS y alta SC con bajo *burnout*.
- 6) Alto ETS y alto *burnout* con baja SC.

Los resultados de nuestra muestra se pormenorizarán únicamente en los niveles detectados de las posibles alternativas referidas.

3.4.3. *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)*

Según Gil-Monte, “a diferencia de las enfermedades orgánicas que se pueden diagnosticar por la identificación de las causas que las producen, el SQT y otras alteraciones de origen psicosocial requieren comprender los diferentes síntomas y signos en su realidad contextual para poder realizar una intervención eficaz”¹¹⁹.

El MBI-HSS^{104, 106} publicado por Maslach y Jackson en 1986 constituye el cuestionario más utilizado y que mayor volumen de investigaciones ha gestado para medir el síndrome de *burnout* (independientemente de las características ocupacionales de la muestra y su origen)¹²¹. Por este motivo, ha sido el empleado en nuestro estudio³⁵⁶. Delimita el fenómeno como un síndrome caracterizado por baja RP en el trabajo, alto AE y alta D o cinismo¹⁰.

Está formado por 22 ítems que se valoran en una escala tipo Likert. Presenta una forma de frecuencia en la que el sujeto valora mediante un rango de 7 adjetivos que van de “Nunca (0)” a “Todos los días (6)”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems.

La factorización de los 22 ítems desvela en la mayoría de los trabajos 3 factores que son denominados: AE, D y RP en el trabajo. Estos factores constituyen las tres subescalas del MBI.

Dado que la presente Tesis centra su estudio en la prevalencia de la FC y su relación con el SQT en profesionales de perfil sanitario y social de centros de mayores en Extremadura, la escala utilizada para la evaluación del síndrome de *burnout* es el MBI-HSS de Maslach y Jackson^{104, 106} dirigido a los profesionales de

la salud. Este instrumento es la versión clásica del MBI. De esta manera, el MBI-HSS^{121,133} evalúa la frecuencia con la que los profesionales perciben:

- A) AE:** consiste en “no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo”¹³³, pues uno se siente abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo. Se valora a través de 9 ítems numerados en el Anexo II: “*Maslach Burnout Inventory (MBI)*” como: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.
- B) RP:** sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás. El SQT se caracteriza por baja RP en el trabajo, con tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial en relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden. Se evalúa mediante 8 ítems numerados en el Anexo II: “*Maslach Burnout Inventory (MBI)*” como: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.
- C) D:** desarrollo de sentimientos y actitudes impersonales y de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo. Se mide mediante 5 ítems numerados en el Anexo II: “*Maslach Burnout Inventory (MBI)*” como: 5, 10, 11, 15 y 22.

Por consiguiente, la puntuación en las escalas del MBI-HSS es el resultado de sumar todos los puntos o grados de frecuencia anotados en los elementos correspondientes de cada una de ellas. En la tabla XXIII quedan

aunados los ítems que comprenden cada una de las tres escalas anteriores y sus puntuaciones directas máximas:

Tabla XXIII. Ítems que componen las escalas del MBI-HSS¹⁰⁶

Escala	Elementos	Puntuación directa máxima
AE	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	54
RP	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	48
D	5, 10, 11, 15, 22	30

Originalmente, el MBI estaba formado por 25 ítems distribuidos en cuatro escalas. Junto a las tres escalas descritas, se presentaba otra de “Implicación con el trabajo” compuesta por 3 ítems. En la primera versión del cuestionario de 1981¹⁰⁶ esta escala tenía carácter opcional, pero en la segunda versión de 1986¹⁰⁴ fue eliminada, con lo que el MBI quedó reducido a los 22 ítems presentados¹²¹.

Según Gil-Monte y Peiró¹²¹, “mientras que en las subescalas de AE y D, altas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse, en la subescala de RP en el trabajo, bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse. Además, la subescala de RP es independiente de las otras dos subescalas, de forma que sus componentes no cargan negativamente en ellas. Por ello, no se puede asumir que la RP en el trabajo sea un constructo opuesto a AE y D”.

Estos mismos autores, sostienen que a nivel diagnóstico⁵⁹, tanto el constructo de quemarse como cada una de sus dimensiones, son consideradas como variables continuas y las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala. Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría “alto”, entre el percentil 25 y el 75 en la categoría “medio”, y por debajo del percentil 25 en la categoría “bajo”.

De esta manera, en el análisis estadístico, hemos analizado:

- Las tres dimensiones que componen el síndrome de *burnout* (AE, D y RP) medido con el MBI-HSS clasificadas en niveles altos, medio y bajo (tabla XXIV) según los puntos de corte establecidos en la bibliografía¹⁰⁶:

Tabla XXIV. Dimensiones del síndrome del *burnout* clasificadas según los puntos de corte

	AE	D	RP
Alto	≥ 27	≥ 13	≤ 31
Medio	17-26	7-12	32-38
Bajo	≤ 16	≤ 6	≥ 39

- La presencia del síndrome de *burnout* clasificado en grados (alto, medio y bajo)^{106, 357}: en el Manual original de Maslach y Jackson deciden emplear una clasificación tripartita de la variabilidad de los resultados en el MBI. Analizan así el grado del SQT estableciendo tres valores (alto, medio y bajo) según las puntuaciones en las tres dimensiones del MBI se

encuentren el tercio superior, medio, e inferior de los valores posibles (tabla XXV). Para ello, se divide el segmento de valores en tres zonas: superior, medio, inferior, tomando como puntos de corte los percentiles 33 y 66.

Tabla XXV. Clasificación del síndrome de *burnout* según los puntos de corte

Bajo	Medio	Alto
1-33	34-66	67-99

3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

En primer lugar, se realizó un análisis exploratorio de los datos recogidos, para detectar posibles datos anómalos o incongruentes. Una vez corregidos, se realizó un análisis descriptivo de todas las variables recogidas, incluyendo los datos sociodemográficos, laborales, de recursos personales y las escalas MBI y ProQOL, calculando medidas de distribución (frecuencias y porcentajes) en el caso de variables cualitativas y medidas de centralización (medias –M- y medianas), dispersión (desviación típica –DT-, máximos y mínimos) y posición (percentiles) para variables cuantitativas continuas.

Algunas categorías de diversas variables cualitativas se unificaron debido a la baja frecuencia observada en las mismas. Estas uniones se realizaron bajo criterio clínico, teniendo que ser algunas de estas variables eliminadas para el análisis estadístico (no siendo así para el análisis descriptivo), al contar con una perspectiva de menor impacto y relevancia clínica en base a los hallazgos de la literatura revisada²¹⁷, pues al conformar un cuestionario de variables (Anexo II)

tan completo, si hubiéramos introducido de manera indiscriminada todas ellas, los resultados se hubieran podido adulterar y hubiésemos obtenido informaciones no ciertas.

Realizado este cribado clínico previo, se utilizaron criterios estadísticos para su posterior análisis. Las variables cribadas que no se probaron en los modelos fueron:

- Nivel de estudios.
- Lugar de residencia.
- Además de hijos, tiene a su cargo a algún otro miembro familiar en su domicilio.
- Lugar de realización de la encuesta.
- Tipo de contrato.
- ¿Realiza guardias?
- ¿En qué turno realiza guardias?
- Número de horas semanales de trabajo.
- ¿Compatibiliza su profesión con otro/s trabajos fuera del centro de mayores?
- ¿Ha estado de baja laboral en el último año por motivos laborales?
- Número de días totales de baja en el último año.
- En los dos últimos años, ¿ha estado en situación de paro?
- ¿Comparte profesión (no necesariamente mismo lugar de trabajo) con su pareja?
- ¿Cuánto tiempo estuvo de vacaciones?
- En el último año, ¿ha iniciado la búsqueda de otro trabajo?
- ¿Mantiene la misma ilusión por su trabajo que cuando comenzó?
- En el último año, ¿ha pensado seriamente en abandonar su trabajo?

- ¿Frecuentemente toma psicofármacos recetados médicamente?
- A nivel laboral, ¿se siente valorado por su supervisor/a de enfermería?
- En el último año, ¿ha consultado con algún profesional para tratar alguna dolencia relacionada con su trabajo?
- ¿Padece alguna enfermedad crónica?
- ¿Realiza alguna actividad de manera consciente para evadirse de su trabajo?

Además, se representaron gráficamente estos resultados mediante diagramas de sectores, diagramas de barras e histogramas. Se estudió la normalidad de las variables cuantitativas continuas a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. El ajuste a la curva normal también se muestra en los histogramas de las variables correspondientes.

Asimismo, se estimaron las prevalencias de FC y síndrome de *burnout*, así como sus intervalos de confianza al 95%.

Para analizar las relaciones entre las variables recogidas y las escalas MBI y ProQOL se realizaron, en primer lugar, análisis bivariantes. Para las puntuaciones directas de sus dimensiones se llevaron a cabo pruebas t-Student y ANOVA para las dimensiones que no seguían una distribución normal y pruebas U de Mann-Whitney y H de Kruskal-Wallis para aquellas no normales. Por su parte, las variables globales de presencia o ausencia de *burnout*, presencia o ausencia de FC y niveles de FC, se analizaron mediante pruebas χ^2 de Pearson y Razón de verosimilitudes (para los casos en los que al menos un 20% de las casillas de la tabla de contingencia mostraban una frecuencia esperada inferior a 5).

Además, se analizaron las relaciones entre las puntuaciones directas de las dimensiones de ambas escalas, a través del coeficiente de correlación de Pearson, en caso de normalidad, y el coeficiente Rho de Spearman, en caso contrario.

Tras el análisis bivariante, se llevaron a cabo análisis multivariantes, en los que se ajustaron modelos de regresión lineal múltiple y modelos de regresión logística binaria para conocer las relaciones previamente mencionadas teniendo en cuenta el efecto conjunto de todas las covariables clínicamente relevantes y potenciales confusores.

En estos modelos, las variables dependientes fueron las puntuaciones directas de las dimensiones de las escalas, en el caso de la regresión lineal múltiple, y la presencia o ausencia de FC y síndrome *burnout*, en la regresión logística binaria.

No obstante, los resultados de estos últimos modelos (de regresión logística binaria) no se muestran porque, en el caso de la presencia de burnout, sólo permaneció en el modelo una única variable, por lo que no aportaba nada nuevo con respecto al análisis bivariante, y en el caso de la FC, porque no se alcanzaron resultados estadísticamente significativos.

En todos los casos las covariables fueron: sexo, edad, estado civil, número de hijos conviviendo en el domicilio, profesión, funciones desempeñadas en el centro de trabajo, antigüedad en la profesión, antigüedad en el puesto, jornada de trabajo, turno de trabajo, tiempo en paro en los últimos dos años, áreas geriátricas asignadas, número de horas semanales de atención a familiares y pacientes, número de pacientes que trata asistencialmente, última vez que solicitó

vacaciones en el trabajo, si se siente valorado por los pacientes, los familiares de los pacientes, los compañeros de trabajo y el director de su centro, si ha practicado alguna acción terapéutica, frecuencia semanal de realización de estas acciones, si ha realizado alguna actividad de manera consciente para evadirse de su trabajo y frecuencia semanal de realización de estas actividades.

La interpretación de los modelos de regresión lineal múltiple se realizará en base a las estimaciones de los parámetros beta (B), que representan el aumento o disminución (según signo) de la puntuación media de las dimensiones en las categorías de las covariables con respecto a la categoría de referencia en cada caso, cuando el resto de covariables del modelo permanecen fijas. En el caso del modelo de regresión logística binaria, la interpretación se realizará en base a las estimaciones de las *odd ratios* (OR), que representan la ventaja a favor de presentar FC en la categoría de la covariable correspondiente con respecto a la categoría de referencia en cada caso, cuando el resto de covariables del modelo permanecen fijas.

Un último análisis que resultó de interés fue el de la prevalencia de FC (ProQOL) y síndrome de *burnout* (MBI) según la profesión desempeñada en el centro, así como sus puntuaciones en las dimensiones de cada escala. Para tal efecto, se unieron los profesionales que en última instancia realizaban funciones similares en estos centros. Así, se calcularon dos nuevas variables indicadoras de función de auxiliar de enfermería y de función de enfermería, respectivamente. En el grupo de funciones de los auxiliares de enfermería se incluyeron a los auxiliares de enfermería, técnicos en atención sociosanitaria, técnicos en atención a personas en situación de dependencia, auxiliares de geriatría y supervisores del

personal auxiliar. Por su parte, en el grupo de funciones de enfermería se incluyeron a los enfermeros más los supervisores de enfermería.

De esta forma se pudo analizar la FC y el síndrome de *burnout* en estos grupos homogéneos en cuanto a sus funciones en estos centros, al tiempo que se solucionaba el problema estadístico del escaso número de sujetos en ciertas categorías profesionales. Finalmente, se incluyó una descripción general de las características de estos profesionales y se estableció qué grupo presentaba mayor prevalencia de FC.

Los análisis y las representaciones gráficas se llevaron a cabo en IBM SPSS *Statistics* versión 21 y *Microsoft Office Excel* 2013. Se consideró que las diferencias observadas eran estadísticamente significativas para valores de $p < 0,05$.

3.6. TRATAMIENTO DE LA BIBLIOGRAFÍA

3.6.1. Fuentes bibliográficas

Para poder abordar el tema objeto de nuestra investigación hemos realizado una profunda búsqueda bibliográfica. Las palabras claves empleadas han sido: fatiga de la compasión (*compassion fatigue*), *burnout* (*burnout*), estrés profesional (*professional stress*), residencia de mayores (*homes for the aged*), trabajadores de la salud (*health workers*), anciano (*aged*) y satisfacción de la compasión (*compassion satisfaction*). Además, se han manejado los operadores booleanos “AND” y “OR”.

Las bases de datos seleccionadas y utilizadas para la búsqueda documental han sido:

- *Ovid Online* (acceso a *AMED, British Nursing Index, Cinahl, Embase, IBSS, Medline, PsycInfo* y *Journals @Ovid*):

<https://ovidsp.ovid.com/>

- *Countway Library of Medicine* (*The Francis A. Countway Library of Medicine*. Acceso a revistas, libros y bases de datos):

<https://www.countway.harvard.edu/index.html>

- *MeSH Database*:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>

- *Cochrane Library Plus* (*Cochrane Library de Wiley*):

<http://www.update-software.com/clibplus/clibplus.asp>

- *Spanish Cochrane Plus* (*Biblioteca Cochrane Plus*):

<http://www.update-software.com/clibplus/clibplus.asp>

- *Spanish Doyma* (*Elsevier Instituciones*):

http://www.elsevierinstituciones.com/ei/ctl_servlet?_f=1700&rn=8554221

- *CINAHL* (Base de datos de enfermería de *EBSCOhost*):

http://search.ebscohost.com/Login.aspx?profile=ehost&defaultdb=cin20&lp=login.asp&ref=http%3A%2F%2Fbiblioteca%2Eugr%2Ees%2Fpages%2Fbiblioteca_electronica%2Fbases_datos%2Fcinahl&authtype=ip,uid

- *Índice Médico Español* (Base de datos bibliográfica del CSIC):

https://bddoc.csic.es:8180/inicioBuscarSimple.html?tabla=docu&bd=IME&estado_formulario=show

- Base de datos de enfermería de Grupo Paradigma: buscador Encuentr@. Bibliotec@ Digital: colección de libros y documentación digital. Revistas: Metas de Enfermería, *Evidence Based Nursing* (edición española), Educare-21, Revista *online* de educación e investigación en enfermería:

<http://www.grupo-paradigma.com/>

- *FECYT Web of Knowledge* (acceso a *ISI Web of Knowledge* a través de la organización española FECYT):

<https://www.accesowok.fecyt.es/>

- SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*):

<http://www.scielo.org/php/index.php?lang=es>

- JBI COnNECT+ (Instituto Joanna Briggs. Red Clínica de Evidencia *online* sobre Cuidados):

<http://es.connect.jbiconnectplus.org/>

- Dialnet (Universidad de la Rioja):

<http://dialnet.unirioja.es/>

3.6.2. Convención de Vancouver

Para tratar las referencias bibliográficas del texto, se han seguido las recomendaciones de la Normativa de Vancouver (2014).

Las citas bibliográficas se han enumerado de acuerdo a su orden de aparición en el texto. De esta manera, la bibliografía se presenta referenciada con la correspondiente numeración correlativa según el orden de aparición. La numeración de la cita bibliográfica queda reflejada en el texto mediante superíndices.

3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio ha sido aprobado por la Comisión de Bioética y Bioseguridad de la Universidad de Extremadura (Anexo I) con fecha de 6 de mayo de 2014.

Los participantes respondieron voluntariamente y la confidencialidad de los datos fue garantizada. Además, en el Anexo II entregado a cada encuestado, se incluía un modelo de consentimiento informado que fue cumplimentado por los participantes que quisieron participar en el estudio.

VI. RESULTADOS

VI.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Formaron parte del estudio un total de 227 profesionales socio-sanitarios que trabajaban en 18 centros de mayores de Extremadura (11 ubicados en la provincia de Cáceres y 7 en la provincia de Badajoz).

Entre todos los centros, se repartieron 400 Cuadernos de documentos y cuestionarios (Anexo II) para ser cumplimentados de manera anónima por los trabajadores objeto de investigación. Tras la cumplimentación, fueron recogidos 281. De estos, un total de 54 Cuadernos no fueron debidamente cumplimentados, por lo que la muestra quedó finalmente constituida por 227 sujetos.

En la figura 11 se muestra un diagrama de flujo que permite la visualización de manera esquematizada del progreso de los sujetos a través de las fases del estudio.

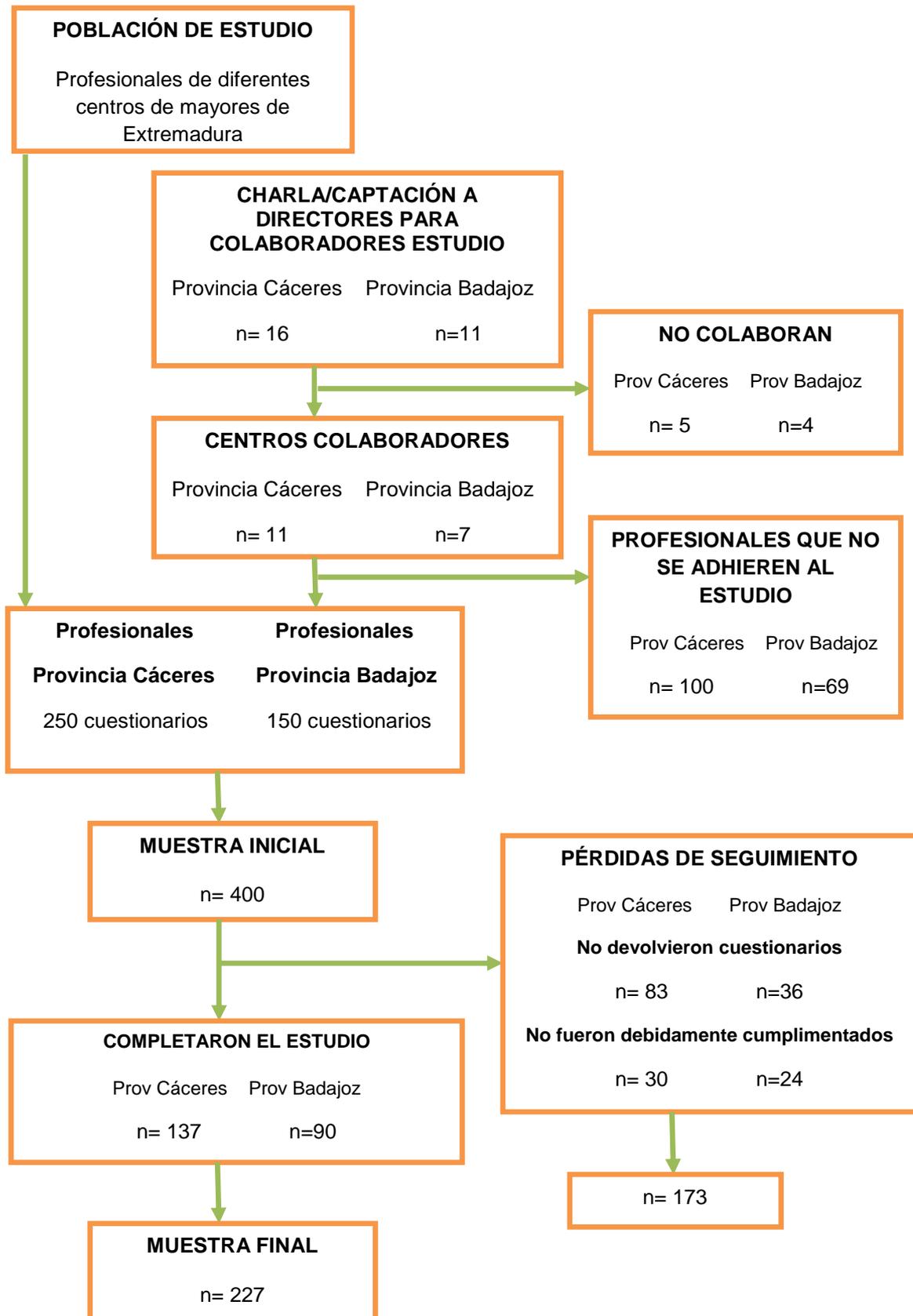


Figura 11. Diagrama de flujo del progreso de selección de la muestra

1.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Se detallan a continuación los principales datos estadísticos descriptivos de la muestra.

1.1.1. Datos sociodemográficos

SEXO

La muestra estuvo formada por 227 sujetos, de los cuales, la mayoría eran mujeres, lo que supone un porcentaje de aproximadamente 89% de mujeres frente a un 11% de hombres participantes (figura 12).

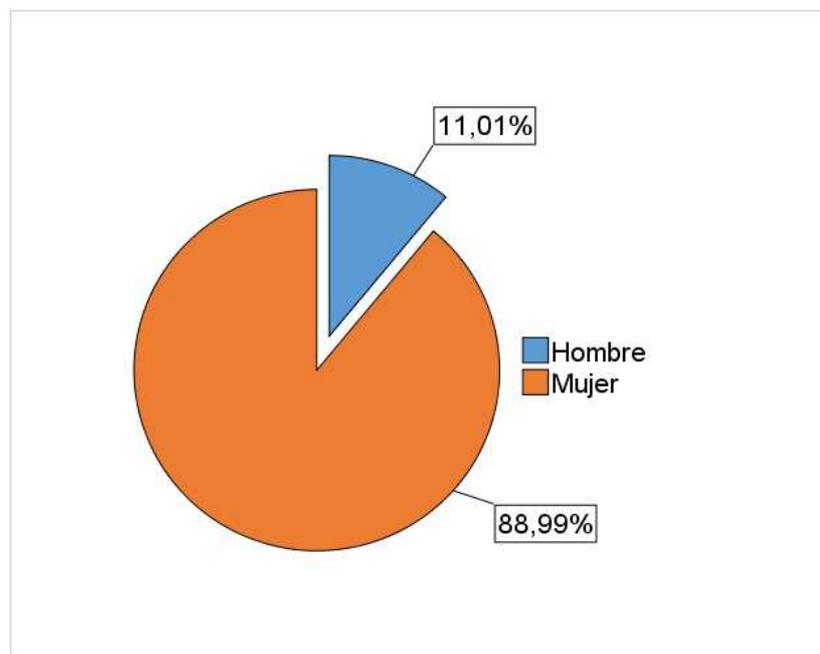


Figura 12. Distribución de la muestra de profesionales según su sexo

EDAD

La mayor parte de los profesionales tenían menos de 50 años (86,8%), con un total de 34,4% profesionales de entre 30 y 39 años, siendo ésta la franja de edad más frecuente (figura 13).

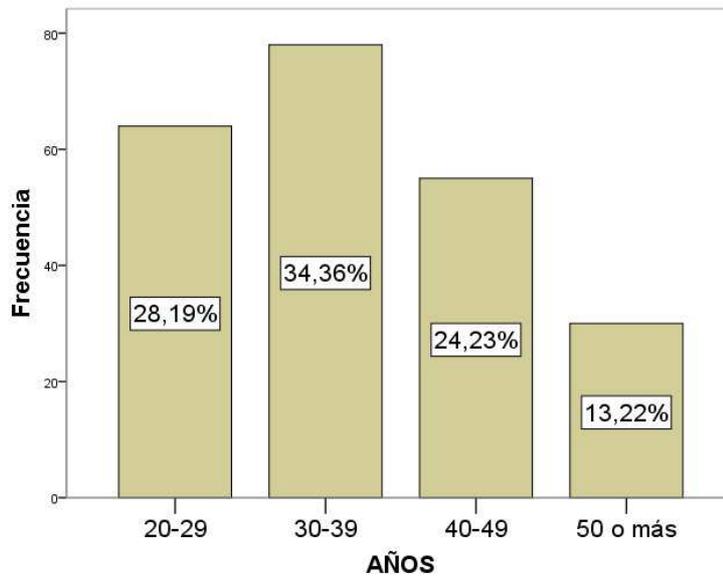


Figura 13. Distribución de la muestra de profesionales según su edad

NIVEL DE ESTUDIOS

En cuanto al nivel de estudios, sólo el 13,7% de los profesionales tenían estudios de bachillerato o FP de grado superior, estando el resto de la muestra distribuida entre estudios secundarios o FP de grado medio (46,3%) o estudios universitarios (40,1%) (Figura 14).

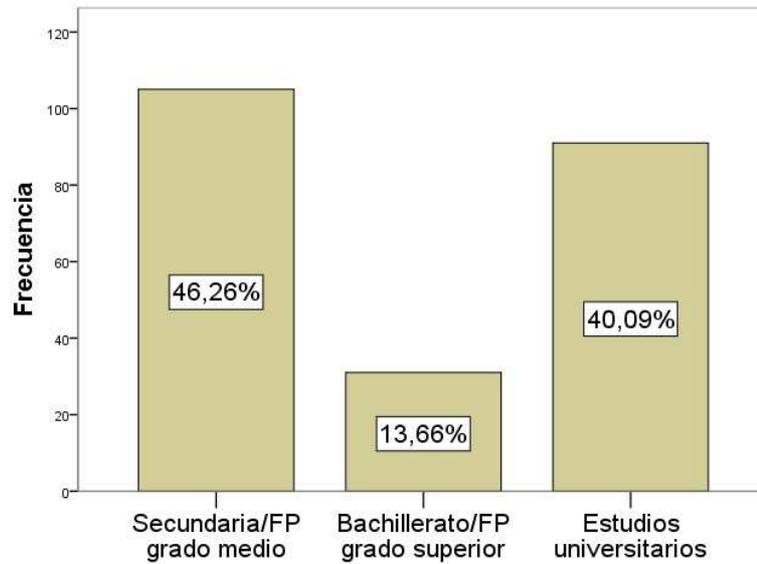


Figura 14. Distribución de la muestra de profesionales según su nivel de estudios

ESTADO CIVIL

Un total de 80,6% de los profesionales tenían pareja estable, pareja de hecho o estaban casados (figura 15).

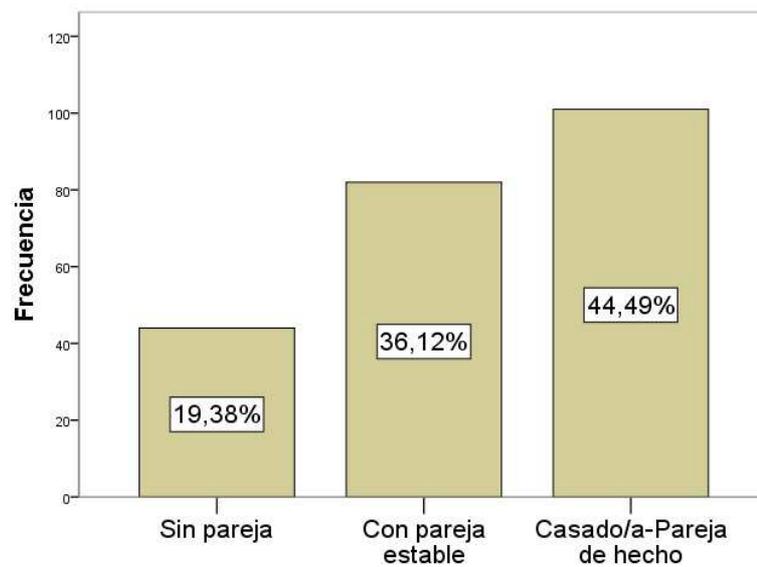


Figura 15. Distribución de la muestra de profesionales según su estado civil

LUGAR DE RESIDENCIA

La distribución de la muestra según el entorno de su lugar de residencia puede observarse en la figura 16. Se observó un menor porcentaje (aproximadamente 45%) de residentes en entorno rural.

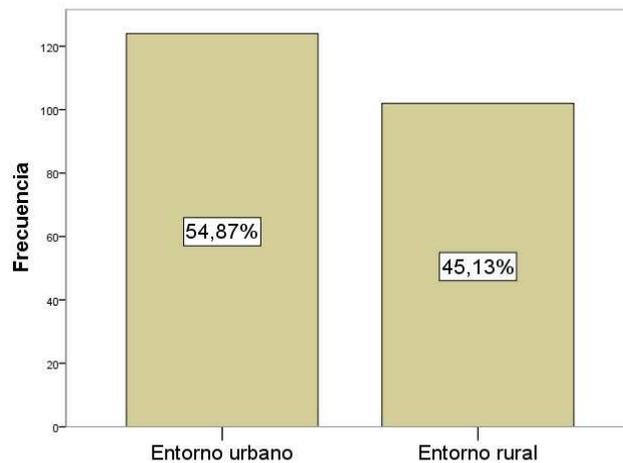


Figura 16. Distribución de la muestra de profesionales según su lugar de residencia

LUGAR DE REALIZACIÓN DE LA ENCUESTA

No obstante, la mayor parte de las encuestas se realizaron en centros de mayores ubicados en entornos rurales (aproximadamente el 54%) (Figura 17).

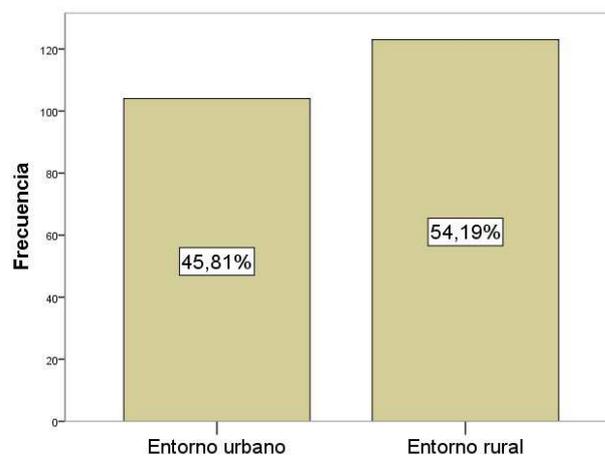


Figura 17. Distribución de la muestra de profesionales según su lugar de trabajo

CONVIVENCIA EN DOMICILIO CON HIJOS

Por otra parte, un total de 47,1% de profesionales no convivían con hijos en su domicilio, y casi la mitad (46,3%) convivía con 1 ó 2 hijos a lo sumo. Sólo el 6,6% de los sujetos convivían con más de 2 hijos en el hogar (figura 18).

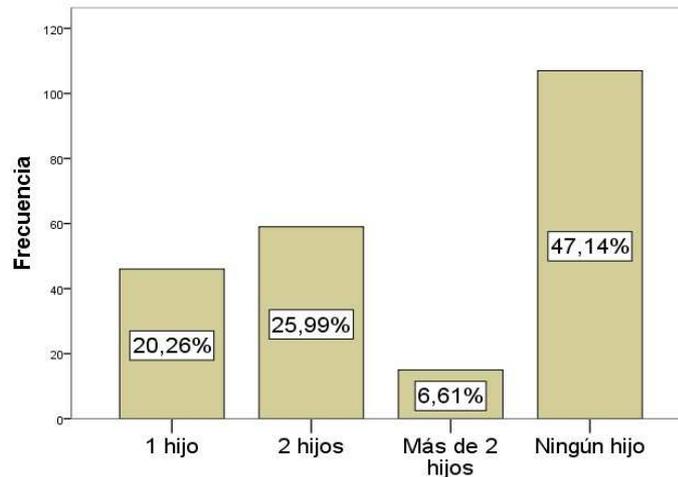


Figura 18. Distribución de la muestra de profesionales según el número de hijos conviviendo en el domicilio

CONVIVENCIA EN DOMICILIO CON OTROS FAMILIARES

Finalmente, el 91,1% de los profesionales afirmaron no convivir de manera habitual o intermitentemente con familiares en el domicilio (figura 19).

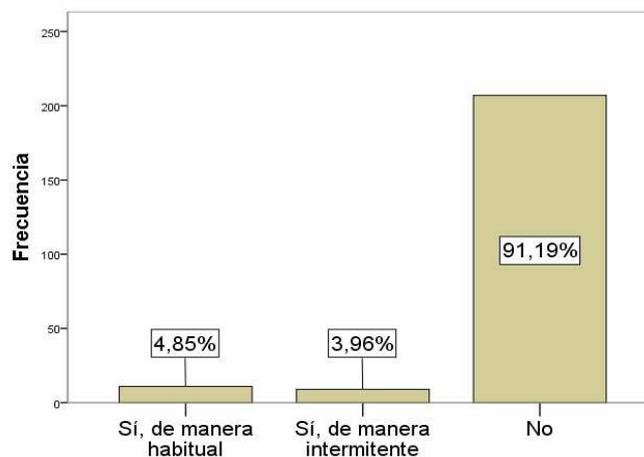


Figura 19. Distribución de la muestra de profesionales según la convivencia con otros familiares en el domicilio

1.1.2. Datos laborales

PROFESIÓN DESEMPEÑADA EN EL CENTRO DE TRABAJO

En cuanto a los datos laborales, se observó una mayoría de profesionales (61,2%) con funciones de auxiliar de enfermería (auxiliares de enfermería, técnicos de atención socio-sanitaria, técnicos de atención a personas en situación de dependencia y auxiliares de geriatría) y enfermeros/as (16,7%) frente a otras categorías profesionales (Figura 20).

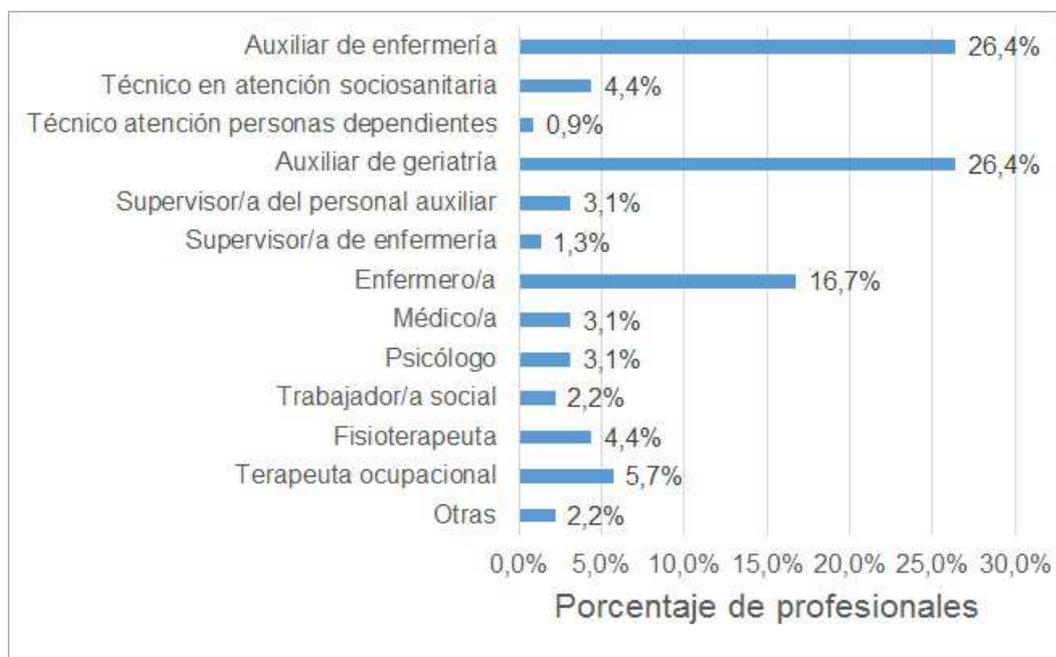


Figura 20. Profesión desempeñada en el centro de trabajo

FUNCIONES DESEMPEÑADAS EN EL CENTRO DE TRABAJO

Una gran mayoría (81,9%) desempeñaban funciones asistenciales (figura 21).

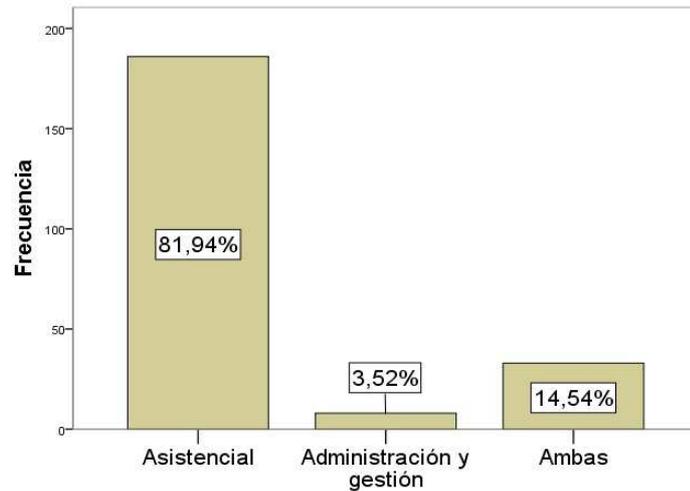


Figura 21. Funciones desempeñadas en el centro de trabajo

TIPO DE CONTRATO

Del total de profesionales, el 73,2% tenían contrato indefinido y 13,1% contrato fijo. Otros tipos de contratos (incluyendo eventuales y por obras y servicios) se presentaron con menor frecuencia (figura 22).

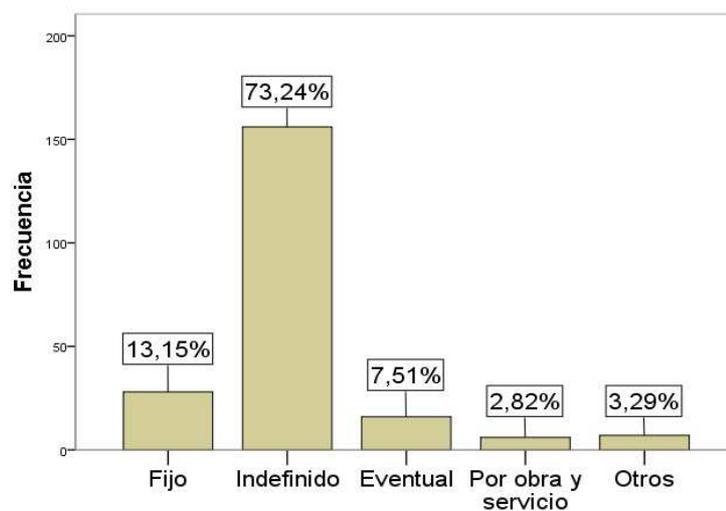


Figura 22. Tipos de contrato

TIEMPO DE ANTIGÜEDAD DESARROLLANDO SU PROFESIÓN

En su mayor parte (91,2%), los profesionales llevaban entre 2 y 19 años desarrollando su profesión, con una mayoría de ellos (aproximadamente un 49% en total) entre 5 y 9 años de profesión (figura 23).

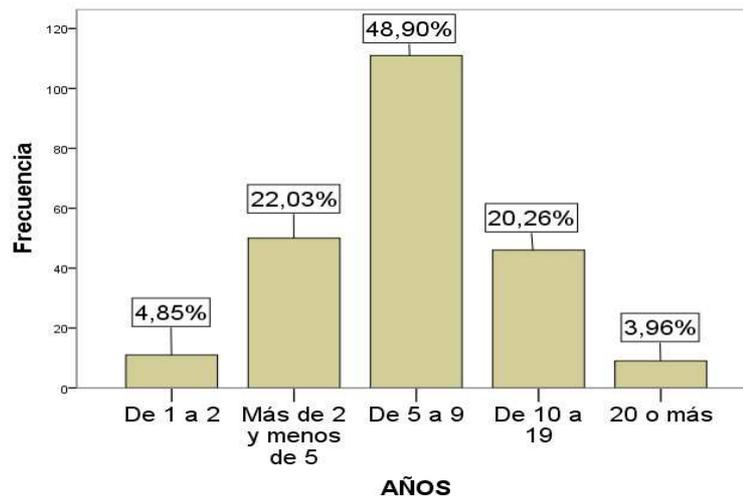


Figura 23. Antigüedad desarrollando su profesión

TIEMPO DE ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO ACTUAL

Por su parte, el 81,5% contaba con al menos dos años de antigüedad en su puesto actual. Hasta un total de 38,3% de profesionales llevaban entre 5 y 9 años en su puesto (figura 24).

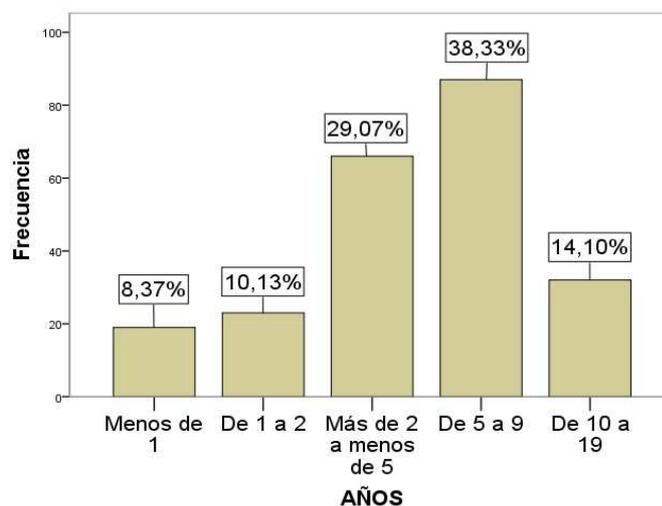


Figura 24. Antigüedad en el puesto actual

JORNADA DE TRABAJO

Destaca un 57,3% de profesionales con contrato de jornada laboral continua entre semana (6-8 horas ó 12 horas) y fines de semana/feriados (figura 25).

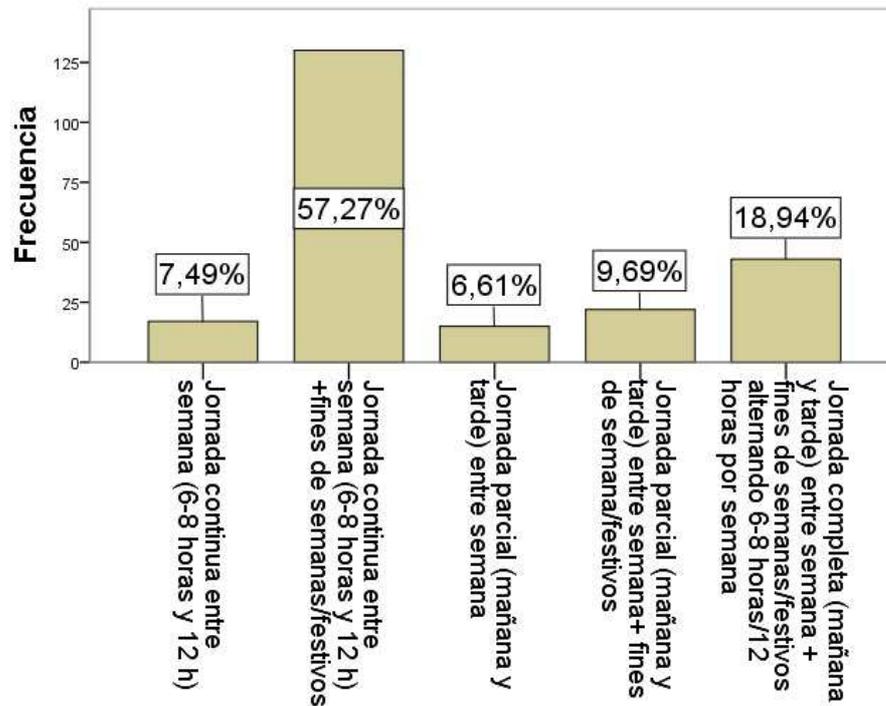


Figura 25. Jornada de trabajo

TURNO DE TRABAJO

Algo más de la mitad tenían un turno de trabajo rotatorio (51,5%) y sólo el 3,5% tenían turno de noche (figura 26).

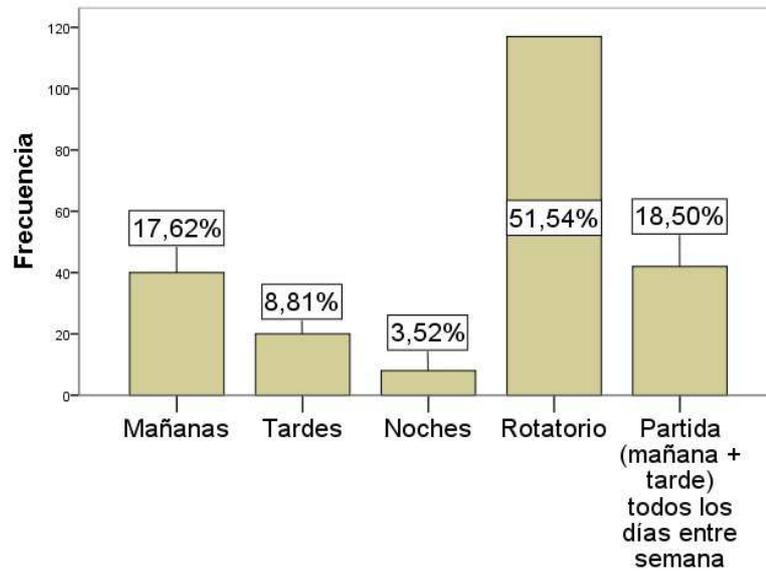


Figura 26. Turno de trabajo

NÚMERO DE HORAS SEMANALES EN EL TRABAJO

Más de la mitad de los profesionales (50,2%) trabajaban entre 38 y 42 horas semanales. Del resto, la mayoría (16,9% de profesionales) trabajaban en jornada de 35 a 37,5 horas (figura 27).

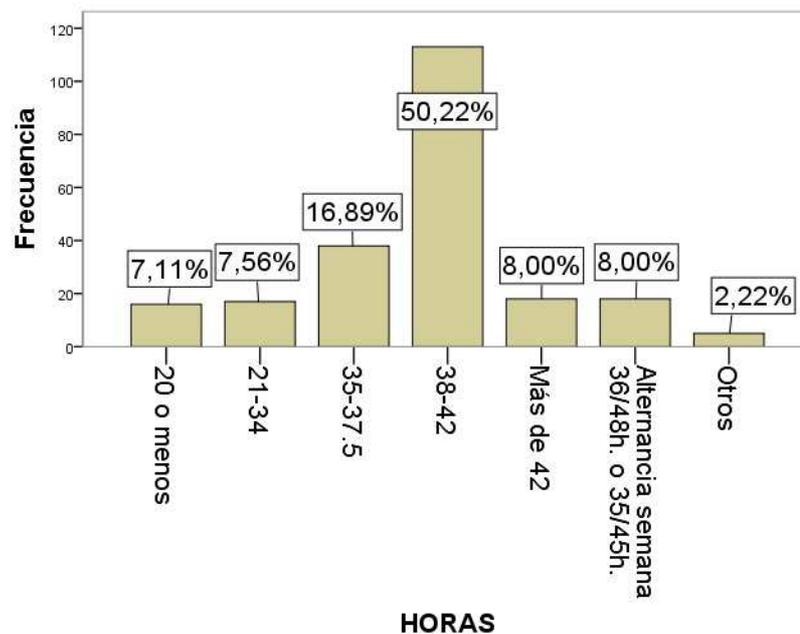


Figura 27. Número de horas semanales en el trabajo

REALIZACIÓN DE GUARDIAS

La mayoría de los profesionales no realizaba guardias (aproximadamente el 89%), y sólo el 6,6% realizaban 3 o más guardias al mes (figura 28).

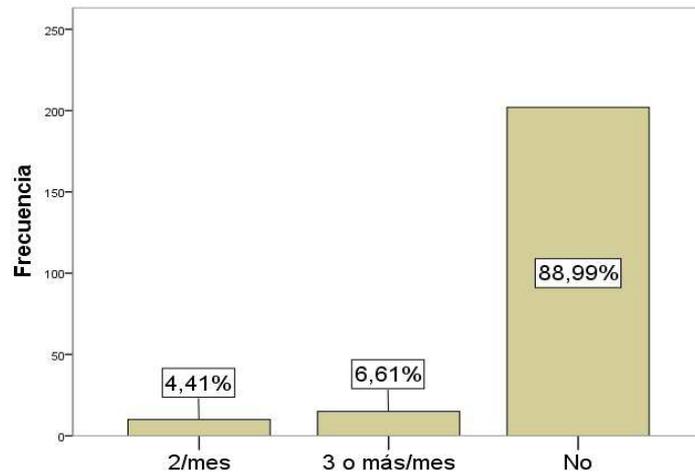


Figura 28. Número de guardias al mes

GUARDIAS LOCALIZADAS

El turno de guardia más frecuente, resultó ser el de localización de 24 horas entre diario, fines de semana o festivos según correspondiese (figura 29).

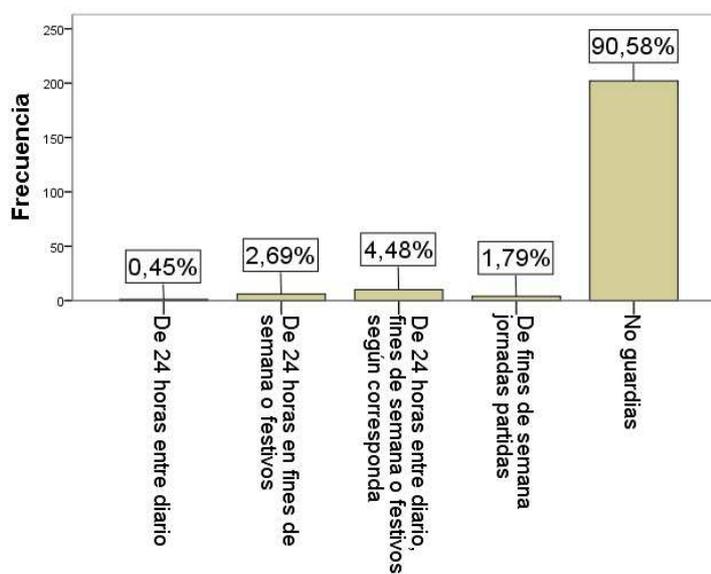


Figura 29. Turno de guardia

COMPATIBILIDAD LABORAL

El 75,7% no compatibilizaba su profesión con otro trabajo, y sólo el 10% de los profesionales lo hacía de manera habitual (figura 30).

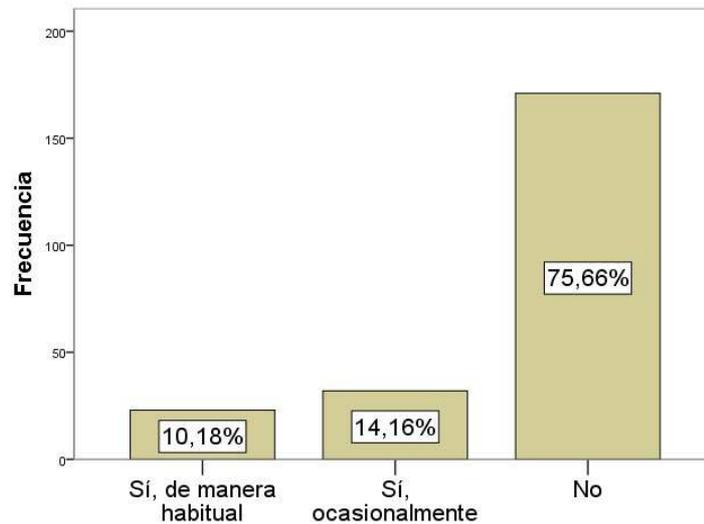


Figura 30. Compatibilidad de la profesión con otros trabajos

PROFESIÓN COMPARTIDA CON PAREJA

La gran mayoría (aproximadamente el 93%) no compartía la profesión con su pareja, si bien el 7% de ellos sí lo hacía (figura 31).

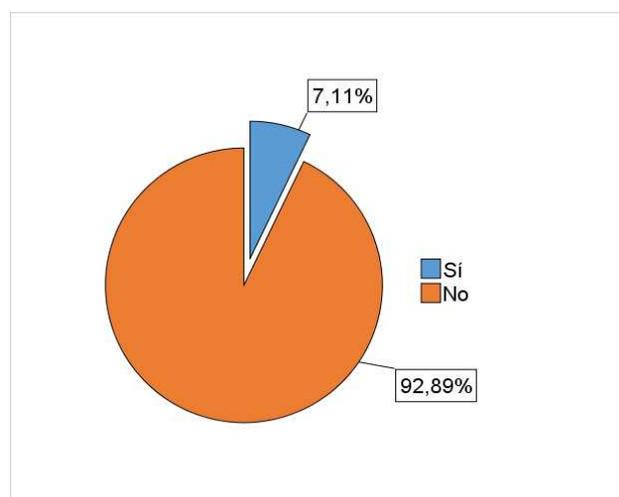


Figura 31. Porcentaje de profesionales compartiendo profesión con su pareja

SITUACIÓN DE PARO

En cuanto a la situación laboral, el 13% de los profesionales habían estado en paro en los últimos dos años (figura 32).

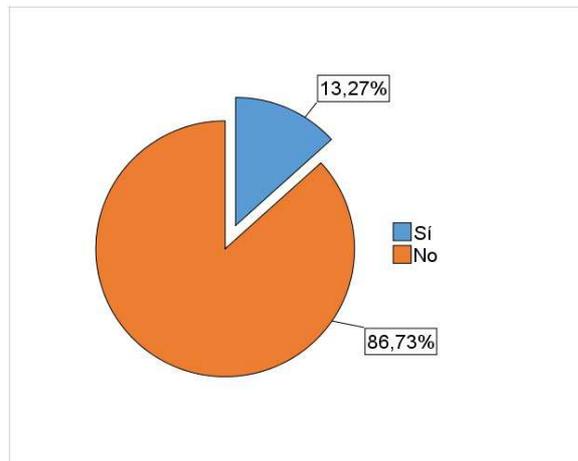


Figura 32. Porcentaje de la muestra en paro en los 2 últimos años

¿CUÁNTO TIEMPO ESTUVO EN EL PARO EN LOS 2 ÚLTIMOS AÑOS?

No obstante, la mayor parte de los que estuvieron parados (11,5%), lo estuvieron menos de 1 año (figura 33).

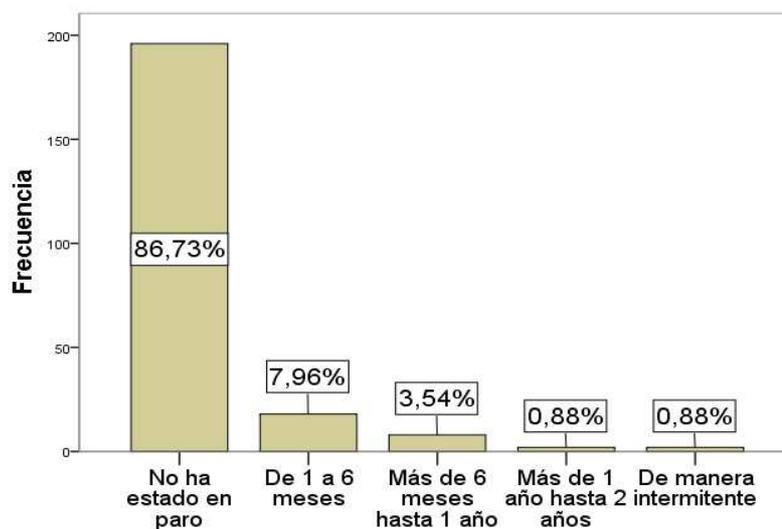


Figura 33. Tiempo en paro en los últimos 2 años

ÁREA/S GERIÁTRICA/S DE TRABAJO

Por otra parte, se observó una mayoría de profesionales con múltiples áreas geriátricas de trabajo asignadas, siendo la de pacientes con demencia la más común (86,3%) (Figura 34).

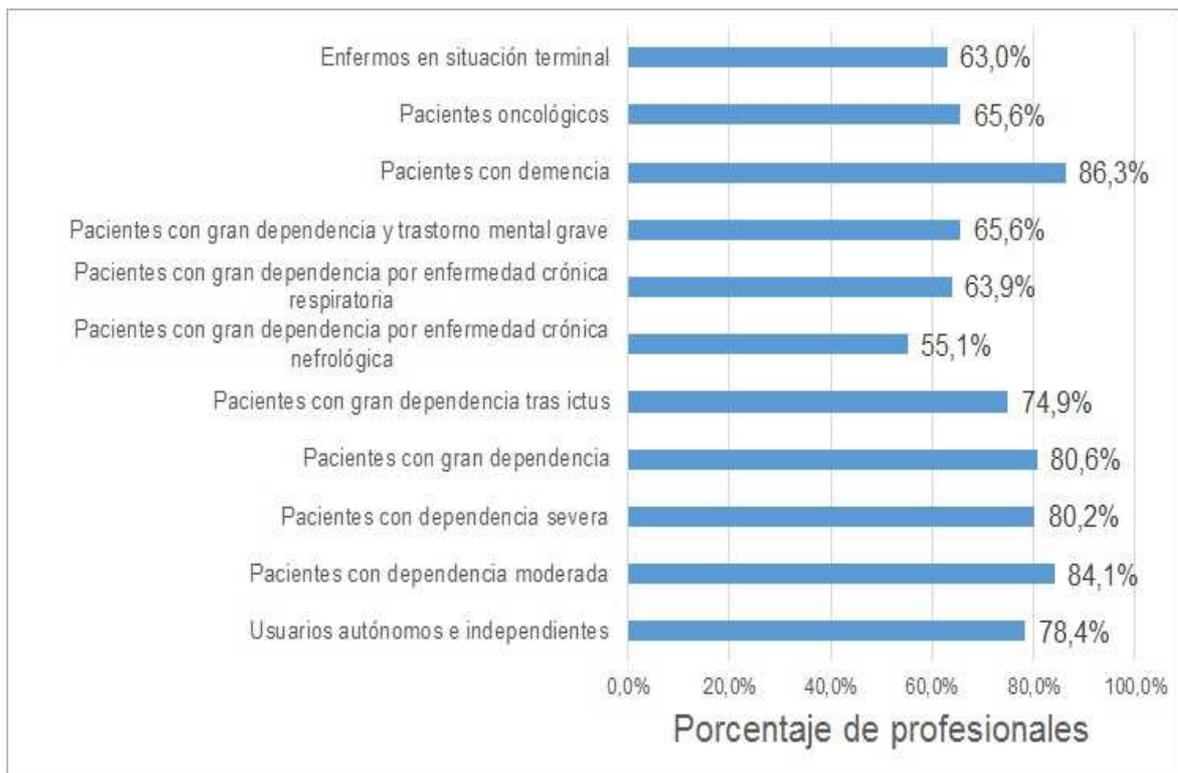


Figura 34. Distribución de la muestra según el área geriátrica de trabajo asignada entre los profesionales

ATENCIÓN A PACIENTES/FAMILIARES

El 67,8% dedicaba entre 31 y 40 horas semanales de atención a familiares y pacientes (figura 35).

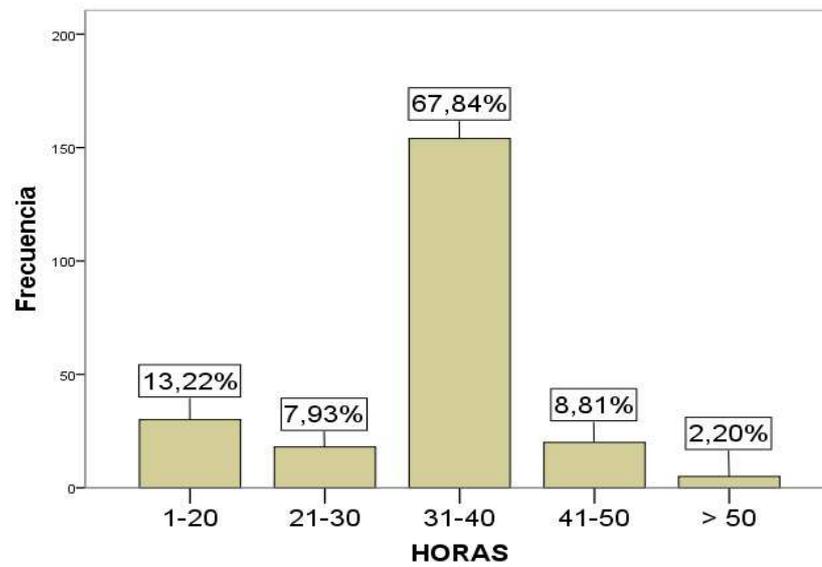


Figura 35. Número de horas semanales de atención directa a familiares y pacientes

NÚMERO DE PACIENTES TRATADOS DIARIAMENTE

La distribución del número de pacientes tratados asistencialmente por estos profesionales resultó ser esencialmente homogénea, como se puede observar a continuación en la figura 36.

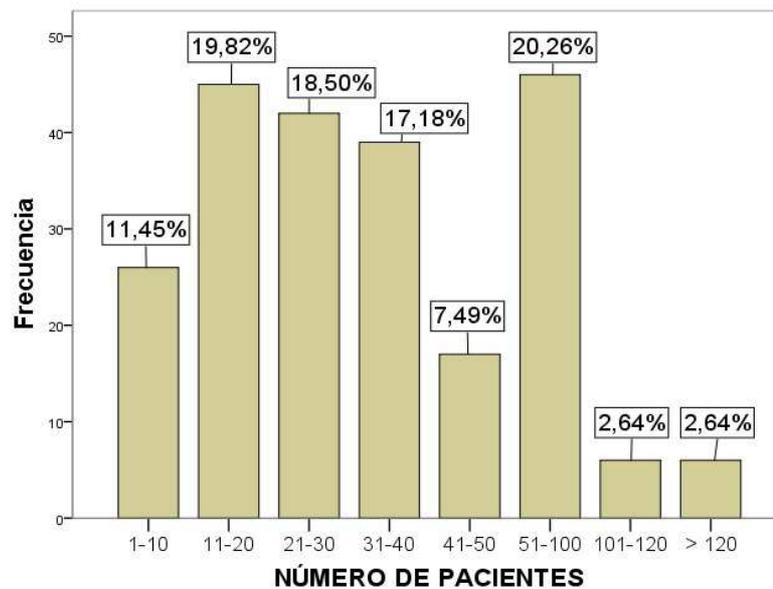


Figura 36. Número de pacientes asistenciales tratados diariamente

BAJAS LABORALES

Sólo un 15% de los profesionales de la muestra estuvieron de baja laboral en el último año (figura 37).

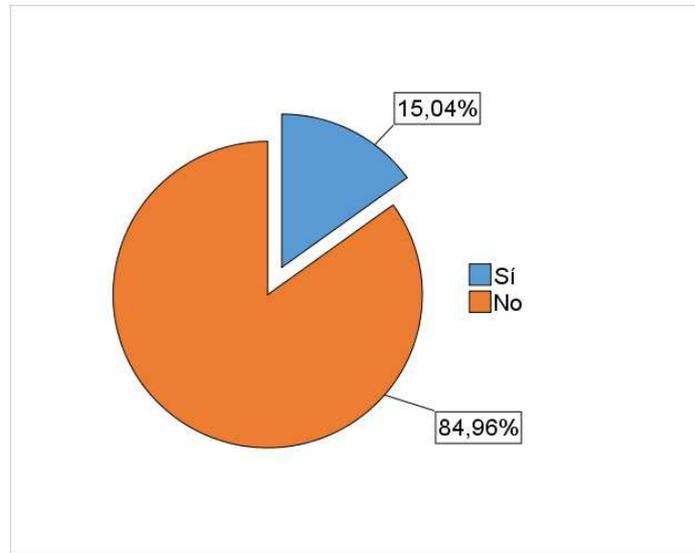


Figura 37. Porcentaje de profesionales de baja laboral en el último año

TIEMPO DE BAJA LABORAL

El tiempo de duración de las anteriores bajas fue inferior a un mes en su mayoría (figura 38).

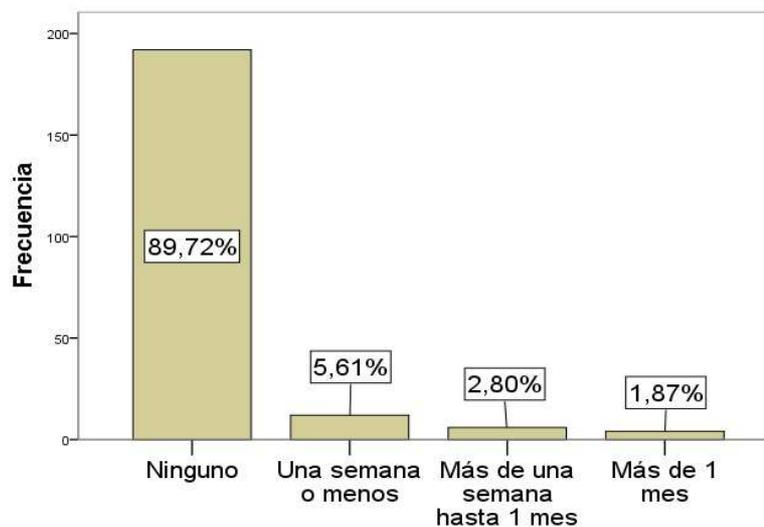


Figura 38. Tiempo de baja laboral en el último año

PERMISO DE VACACIONES

Por su parte, aproximadamente el 82% de los profesionales había solicitado vacaciones en el trabajo (figura 39) hacía 6 meses en promedio (figura 40).

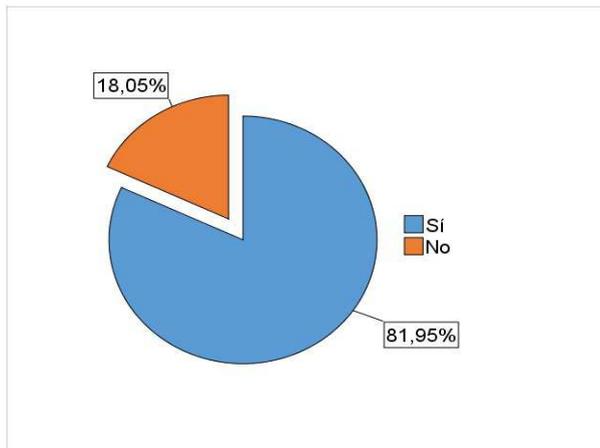


Figura 39. Solicitud de vacaciones en el trabajo

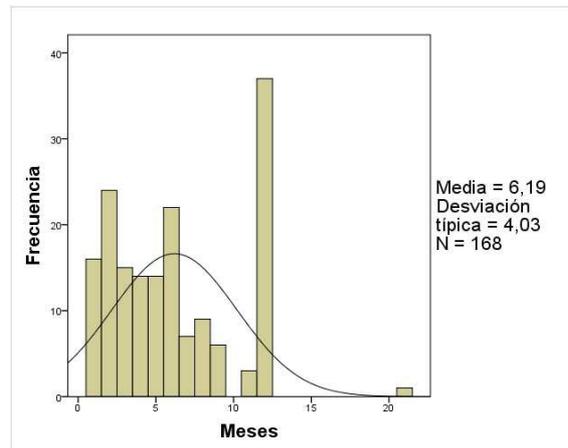


Figura 40. Última vez que solicitó vacaciones en el trabajo

TIEMPO VACACIONAL

Además, la mayoría (un 53%) disfrutó de 2 semanas de vacaciones (figura 41).

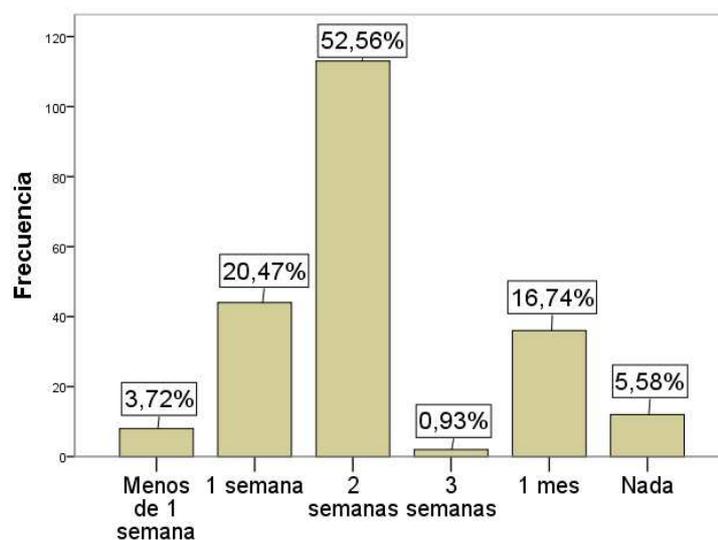


Figura 41. Período de disfrute vacacional

PENSAMIENTOS DE ABANDONO DE TRABAJO

Es destacable el 23% de profesionales que manifestaron haber pensado seriamente en abandonar su trabajo en el último año (figura 42).

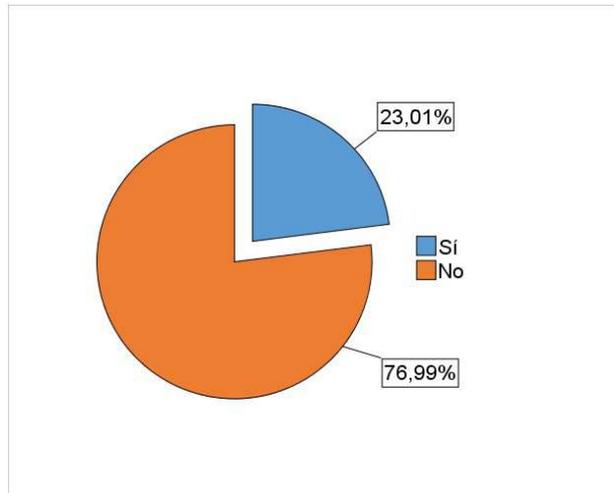


Figura 42. Porcentaje de profesionales de la muestra que en el último año pensaron en abandonar su trabajo

BÚSQUEDA DE OTRO TRABAJO

De hecho, el 15,4% de los profesionales había iniciado la búsqueda activa de otro trabajo (figura 43).

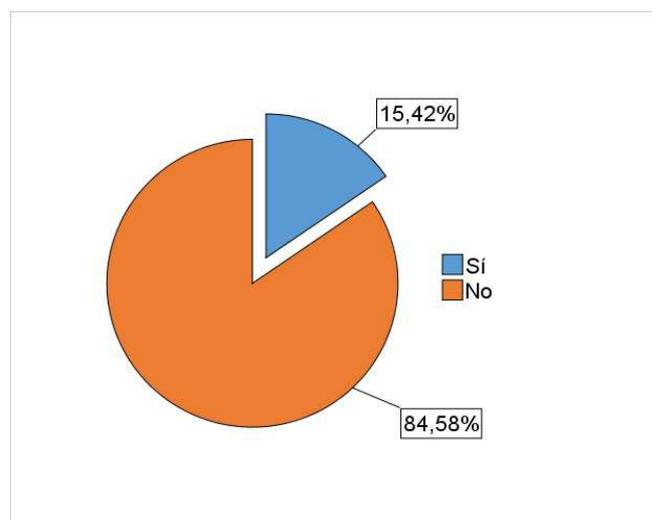


Figura 43. Porcentaje de profesionales de la muestra que en el último año iniciaron la búsqueda de otro trabajo

ILUSIÓN POR EL TRABAJO

En la misma línea, se pudo observar que hasta el 35,4% de profesionales afirmaron que su ilusión por el trabajo había disminuido en comparación con la ilusión con la que iniciaron su carrera profesional, mientras que un 12% aproximadamente manifestó tener ahora más ilusión que en los inicios (figura 44).

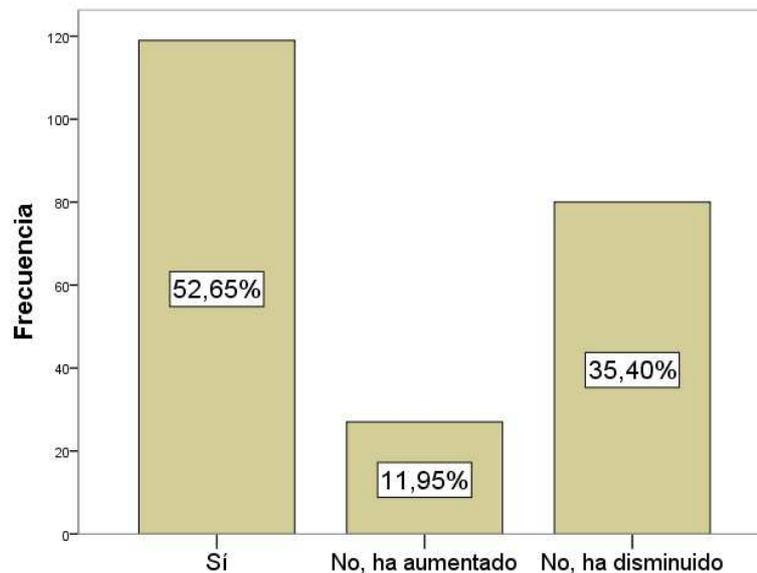


Figura 44. Distribución de la muestra según la ilusión referida al trabajo actual

VALORACIÓN PROFESIONAL

Ante las preguntas formuladas a los sujetos participantes sobre si a nivel laboral, se sentían valorados por los pacientes a los que cuidaban/trataban, los familiares de estos así como por sus compañeros de trabajo, supervisor/a de enfermería y director/a del centro, entre el 14,6% y el 30,5% manifestaron no sentirse valorados en su puesto de trabajo tanto por los pacientes y familiares como por sus compañeros y jefes. El número total de profesionales que sí se sintieron valorados puede verse en la figura 45.

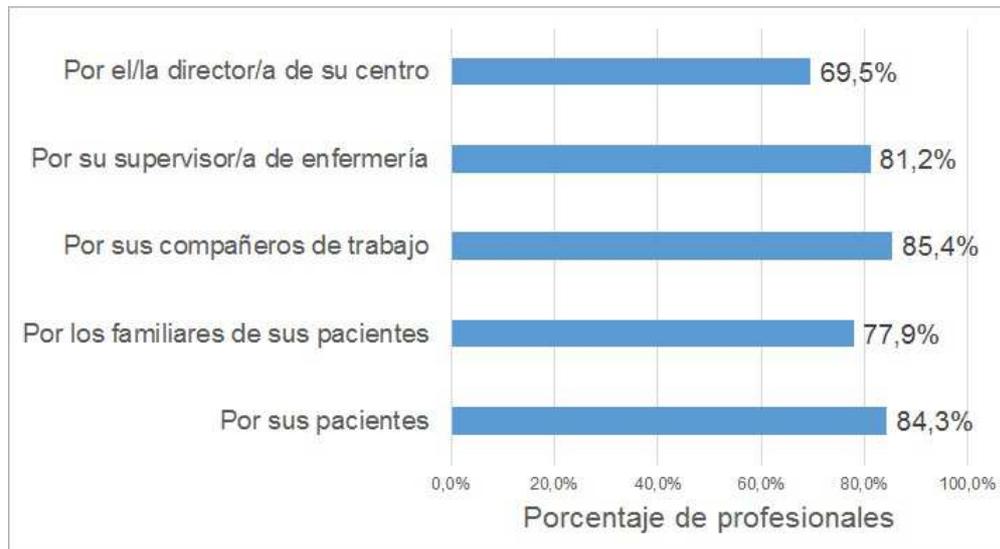


Figura 45. Distribución de la muestra según la valoración percibida por parte de los pacientes, familiares, compañeros y jefes

CONSULTA DE DOLENCIA CON PROFESIONALES SANITARIOS

Por otra parte, muchos de los encuestados habían consultado con algún profesional (médico de cabecera, especialista, psicólogo, o sobretodo fisioterapeuta) para tratar dolencias relacionadas con su trabajo (figura 46).



Figura 46. Consulta de dolencia con profesionales sanitarios

CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS RECETADOS

El 11% de profesionales de la muestra tomaban con frecuencia psicofármacos recetados por un médico (figura 47).

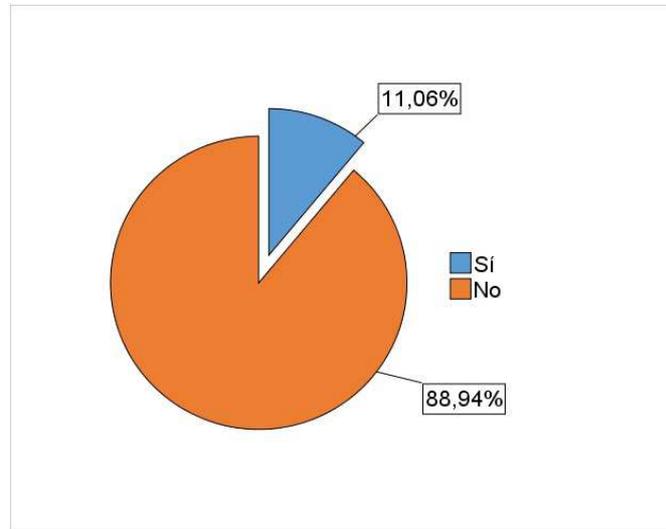


Figura 47. Consumo de psicofármacos con frecuencia

1.1.3. Datos relacionados con recursos personales

PRESENCIA DE ENFERMEDAD CRÓNICA

En cuanto a los recursos personales, se observó que el 16,3% padecía alguna enfermedad crónica (figura 48).

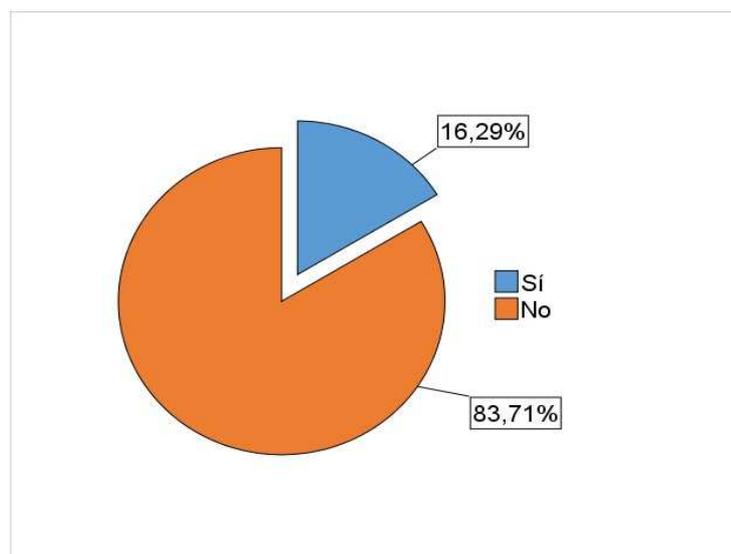


Figura 48. Porcentaje de profesionales de la muestra con diagnóstico de enfermedad crónica

ACCIONES TERAPÉUTICAS REALIZADAS EN EL ÚLTIMO MES

Las acciones terapéuticas más frecuentemente practicadas en el último mes por los profesionales participantes, fueron quedar con amigos y con familiares (79,1% en ambos casos). Las acciones menos practicadas fueron la realización de talleres de autocuidado y retiros especializados (1,85) así como talleres de intervención de equipo (2,2%) y sesiones de minimeditación (2,7%) (Figura 49).

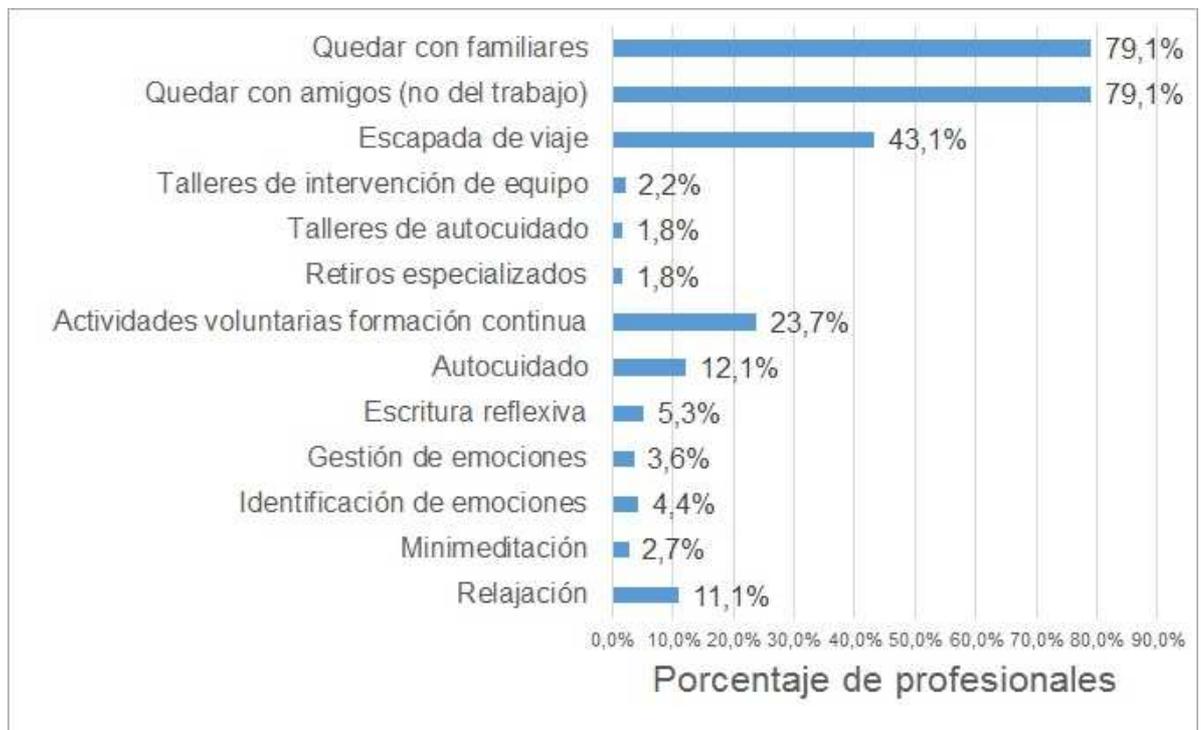


Figura 49. Acciones terapéuticas practicadas en el último mes

FRECUENCIA SEMANAL DE LA PRÁCTICA ANTERIOR

Estas actividades anteriores, eran realizadas mayoritariamente de manera aislada (33,8%) o un total de más de 5 horas a la semana (29,2%) (Figura 50).

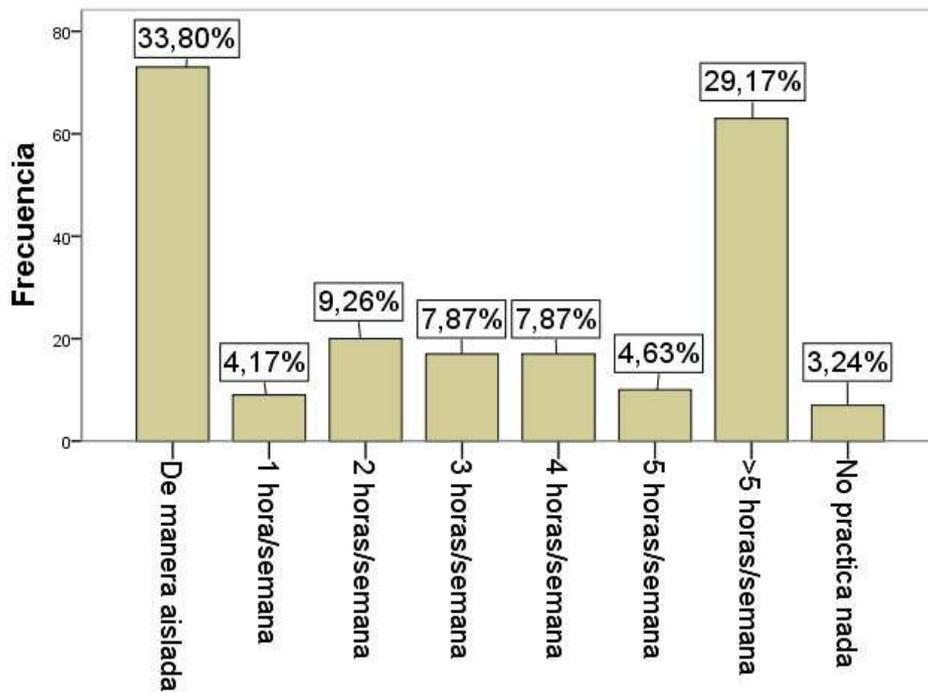


Figura 50. Frecuencia de realización de las acciones terapéuticas practicadas

PRÁCTICA DE ACTIVIDADES CONSCIENTES PARA EVASIÓN LABORAL

Más de la mitad (51,3%) afirmó realizar de manera consciente al menos una actividad para evadirse del trabajo (figura 51).

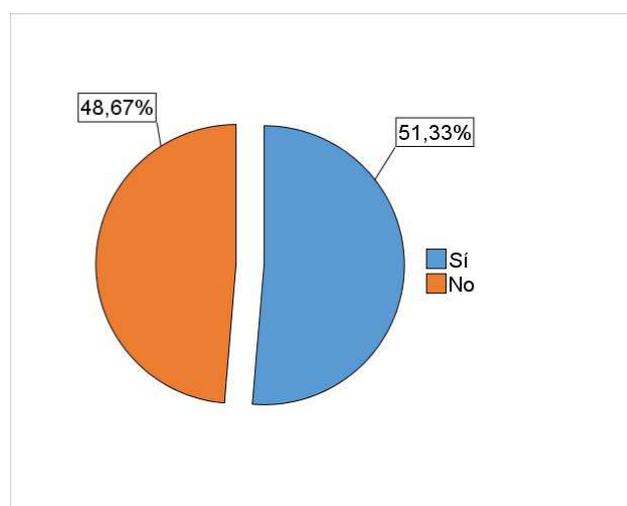


Figura 51. Porcentaje de profesionales de la muestra que practicaban actividades conscientes para evadirse del trabajo

TIPO DE ACTIVIDADES PRACTICADAS DE MANERA CONSCIENTE

Entre las actividades practicadas para evadirse del trabajo de manera consciente, destacan por su mayor frecuencia, la práctica de actividad física (42,7%), además de quedar con la familia y amigos (46,7%) (Figura 52).



Figura 52. Tipo de actividades practicadas de manera consciente para evadirse del trabajo

FRECUENCIA SEMANAL DE REALIZACIÓN

De entre los que sí realizan tales actividades, la mayoría (15,5% profesionales) lo hacían con una frecuencia superior a las 5 horas semanales (figura 53).

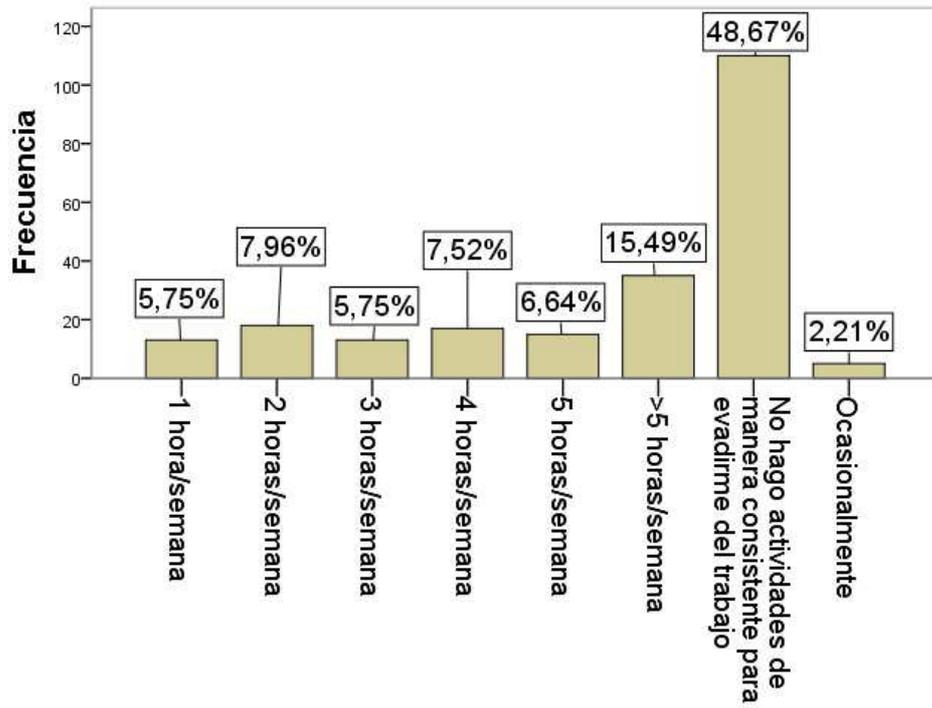


Figura 53. Frecuencia semanal de realización de la/s actividad/es para evadirse del trabajo

VI.2. PREVALENCIA, NIVELES Y PUNTUACIONES MEDIAS DE LAS DIMENSIONES DE LA FATIGA DE LA COMPASIÓN (ProQOL) Y SÍNDROME DE *BURNOUT* (MBI)

2.1. PREVALENCIA DE LA FATIGA DE LA COMPASIÓN Y DEL SÍNDROME DE *BURNOUT*

La prevalencia de FC (ProQOL) fue de 34,4% (IC: intervalo de confianza; IC95%: 28,0 – 40,8), y de síndrome de *burnout* (MBI), de 4,8% (IC95%: 1,8 – 7,9) (Figura 54).

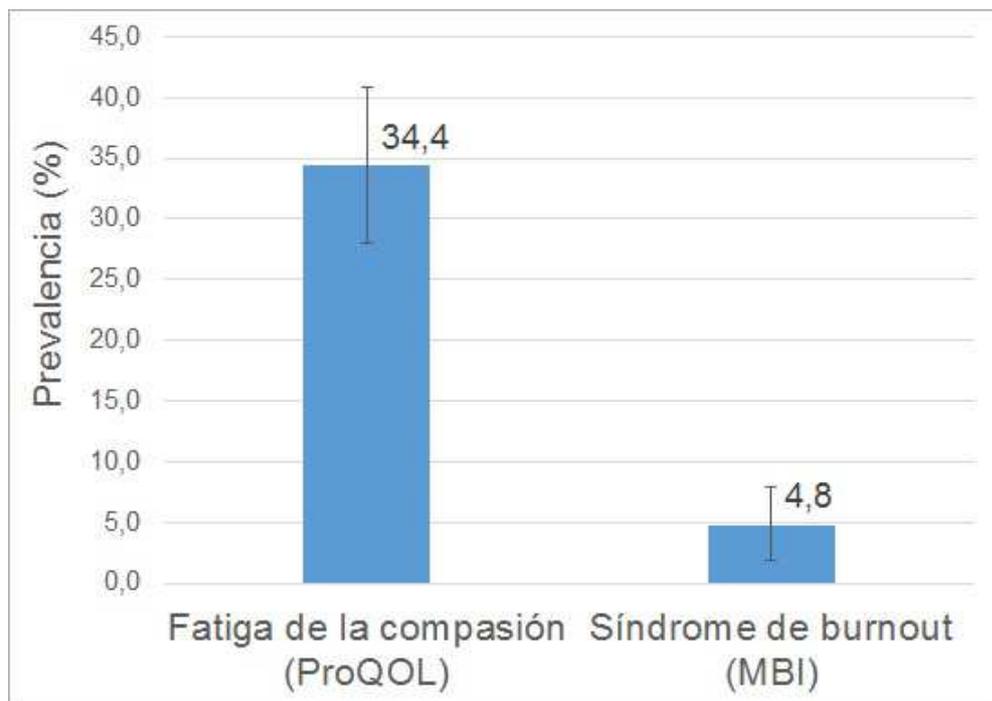


Figura 54. Prevalencia de fatiga de la compasión (ProQOL) y síndrome de *burnout* (MBI)

2.2. NIVELES DE LAS DIMENSIONES DE LA FATIGA DE LA COMPASIÓN (ProQOL)

2.2.1. Niveles de fatiga de la compasión

Según los distintos niveles de las dimensiones del ProQOL, es posible interpretar las puntuaciones de las dimensiones de manera combinada, aunque no todas las combinaciones están contempladas dentro de este criterio, sino solamente las más destacables.

Entre los individuos que son clasificables según este criterio, el 97,26% presentaban elevada SC, de moderado a bajo *burnout* y ETS y el 2,74% presentaban elevado *burnout*, de moderada a baja SC y ETS (figura 55).

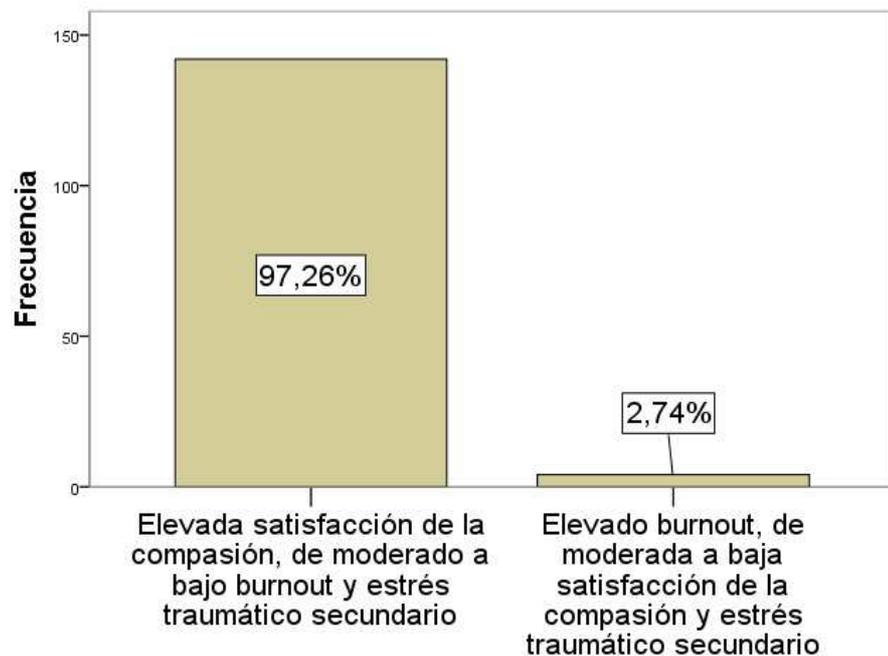


Figura 55. Niveles de fatiga de la compasión (ProQOL)

2.2.2. Satisfacción de la compasión

Particularizando en las dimensiones de la FC (ProQOL), se observó que un elevado porcentaje de profesionales (63%) presentaba elevada SC (Figura 56).

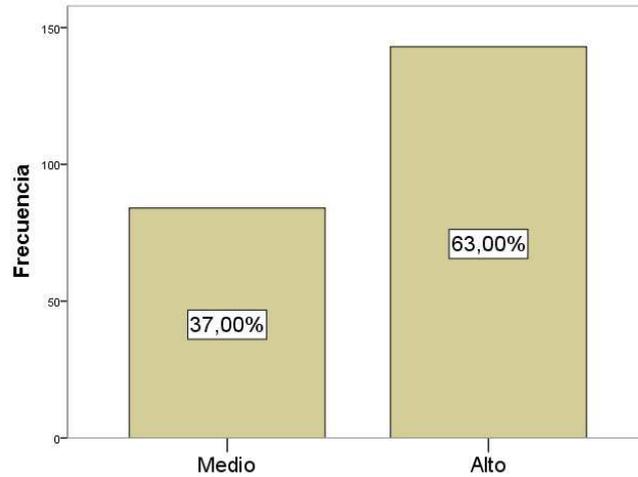


Figura 56. Nivel de satisfacción de la compasión (ProQOL)

2.2.3. Síndrome de *burnout*

Asimismo, un 54,2% presentaba nivel medio de síndrome de *burnout* (figura 57).

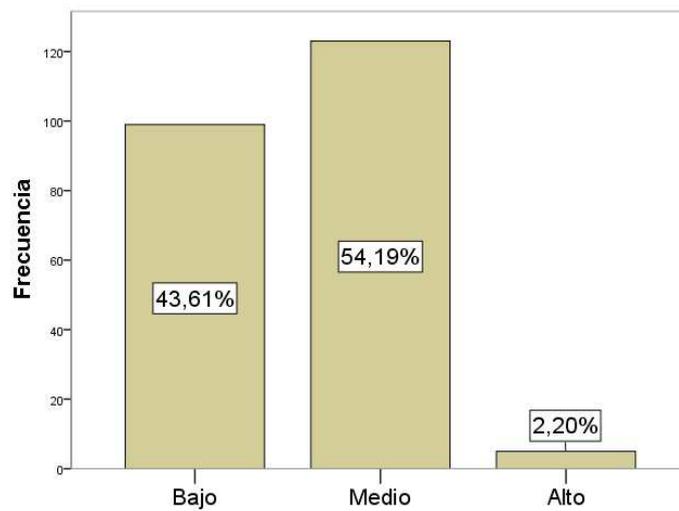


Figura 57. Nivel de síndrome de *burnout* (ProQOL)

2.2.4. Estrés traumático secundario

Finalmente, en la figura 58 se puede observar que el 54,6% de la muestra presentó niveles bajos de ETS frente al 1,3% de sujetos que presentaron niveles altos. Los niveles medios de ETS fueron detectados en el 44% de los participantes.

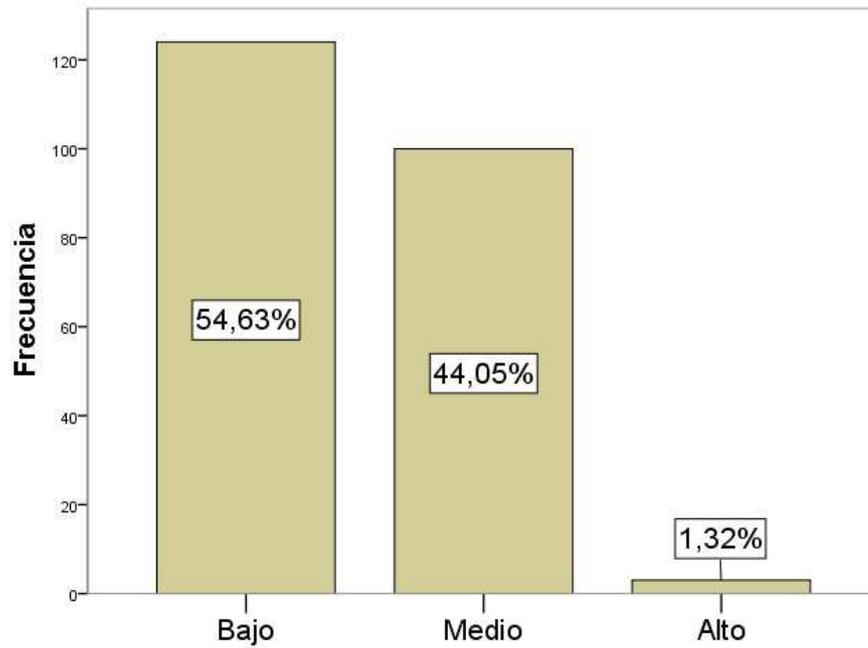


Figura 58. Nivel de estrés traumático secundario (ProQOL)

2.3. PUNTUACIONES MEDIAS DE LAS DIMENSIONES DE LA FATIGA DE LA COMPASIÓN (ProQOL)

2.3.1. Satisfacción de la compasión

Las puntuaciones medias de las dimensiones del ProQOL fueron 42,78 (DT=5,2) en SC, lo cual ratifica el alto porcentaje de profesionales que presentan elevada SC, al ser este valor superior a 42 (figura 59).

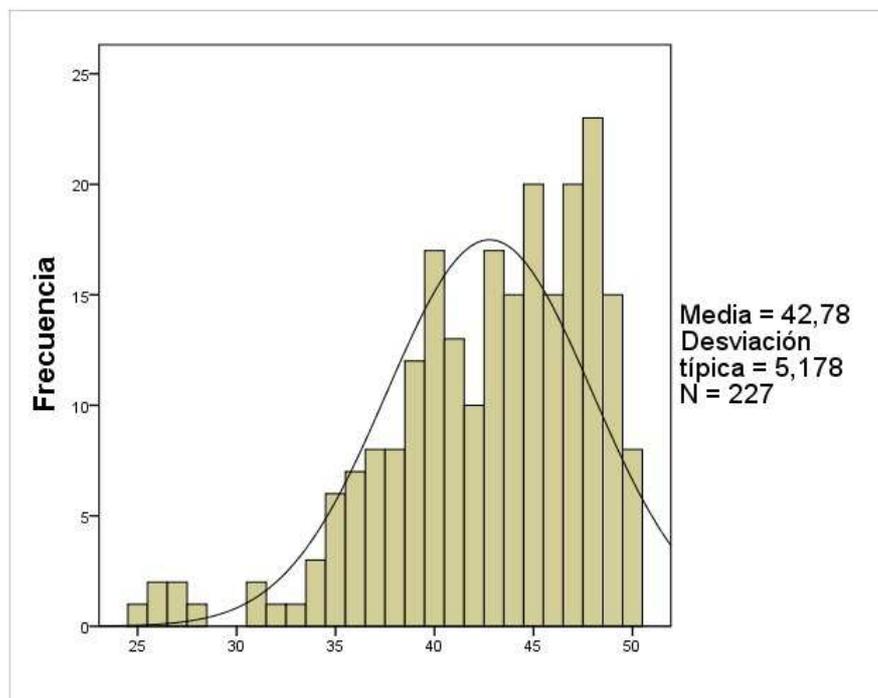


Figura 59. Puntuación media de la satisfacción de la compasión (ProQOL)

2.3.2. Síndrome de *burnout*

Por su parte, en síndrome de *burnout*, la media fue 23,68 (DT=6,4), por lo que, en promedio, los profesionales presentaban un moderado nivel de *burnout* (Figura 60).

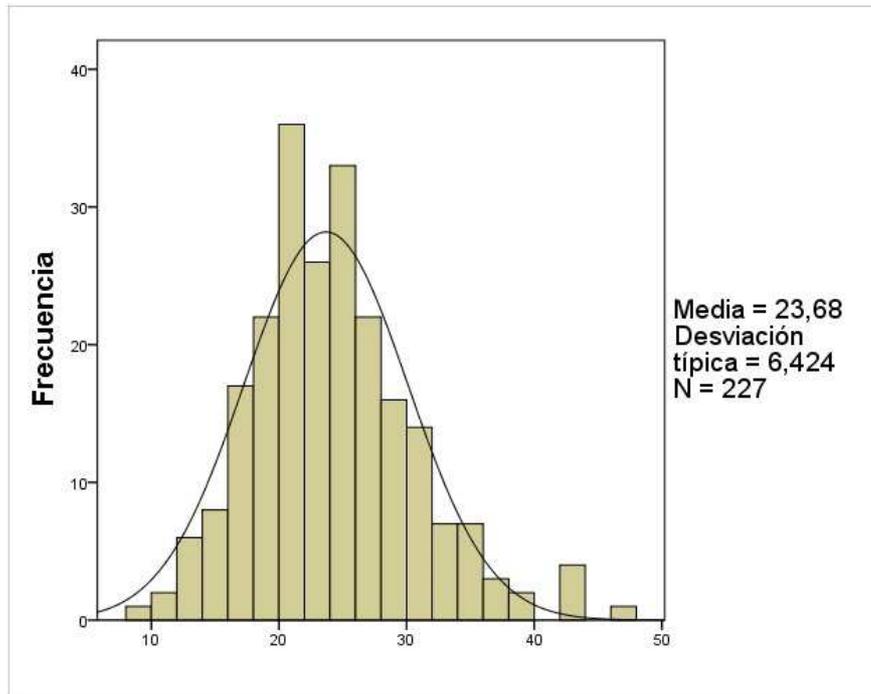


Figura 60. Puntuación media del síndrome de *burnout* (ProQOL)

2.3.3. Estrés traumático secundario

Finalmente, en ETS, los profesionales tenían de media 22,47 (DT=6,2), lo cual indica que presentaban, en término medio, de bajo a moderado nivel de ETS (Figura 61).

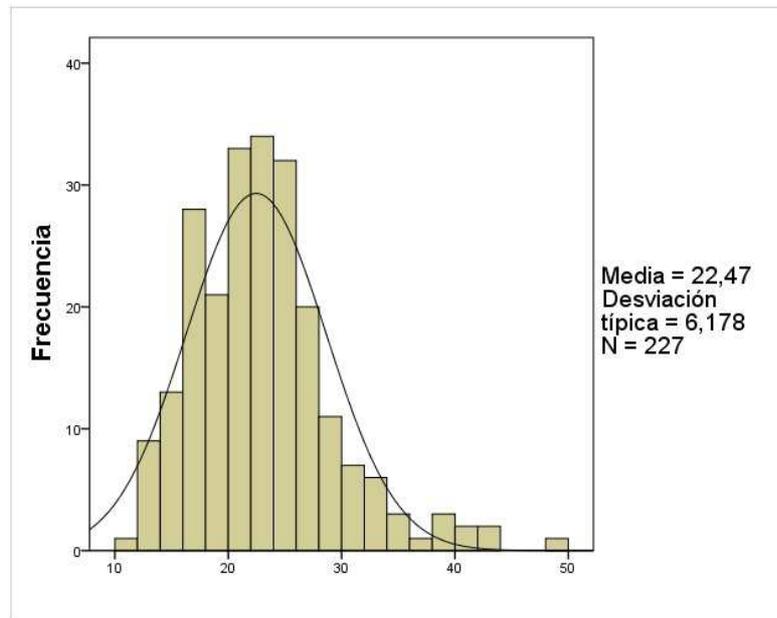


Figura 61. Puntuación media de estrés traumático secundario (ProQOL)

2.4. NIVELES DE LAS DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE *BURNOUT* (MBI)

2.4.1. Agotamiento emocional

En cuanto al síndrome de *burnout* medido con la escala MBI, la prevalencia del mismo fue del 4,8% como se vio en la figura 54. Particularizando en sus dimensiones, se observó un reparto homogéneo de la muestra entre los distintos niveles de AE. De esta manera, un 32,6% presentó niveles altos de AE frente aun aproximadamente 41% que mostró niveles bajos. El 26,4% de la muestra obtuvo niveles medios de esta dimensión (figura 62).

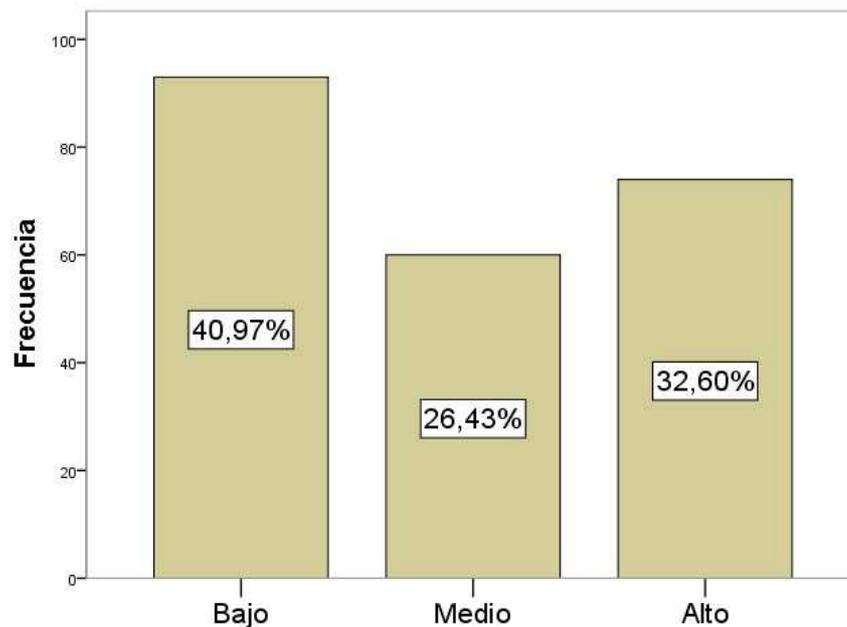


Figura 62. Nivel de agotamiento emocional (MBI)

2.4.2. Despersonalización

En cambio, un mayor porcentaje de la muestra (67,8%) presentó bajo nivel de D (figura 63).

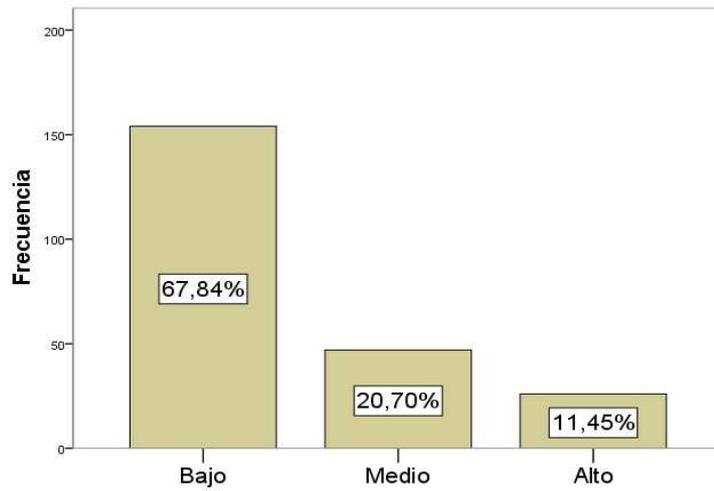


Figura 63. Nivel de despersonalización (MBI)

2.4.3. Autorrealización personal

Finalmente, un mayor porcentaje de la muestra (60,35%) presentó bajo nivel de RP (Figura 64).

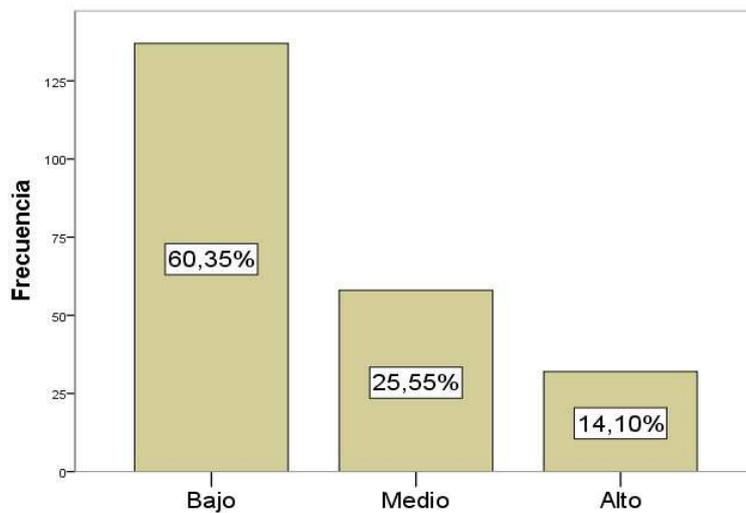


Figura 64. Nivel de autorrealización personal (MBI)

2.5. PUNTUACIONES MEDIAS DE LAS DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE *BURNOUT* (MBI)

2.5.1. Agotamiento emocional

Atendiendo a las puntuaciones medias de las dimensiones de la escala MBI, se observó una media de 21,12 (DT=1,5) en AE (figura 65).

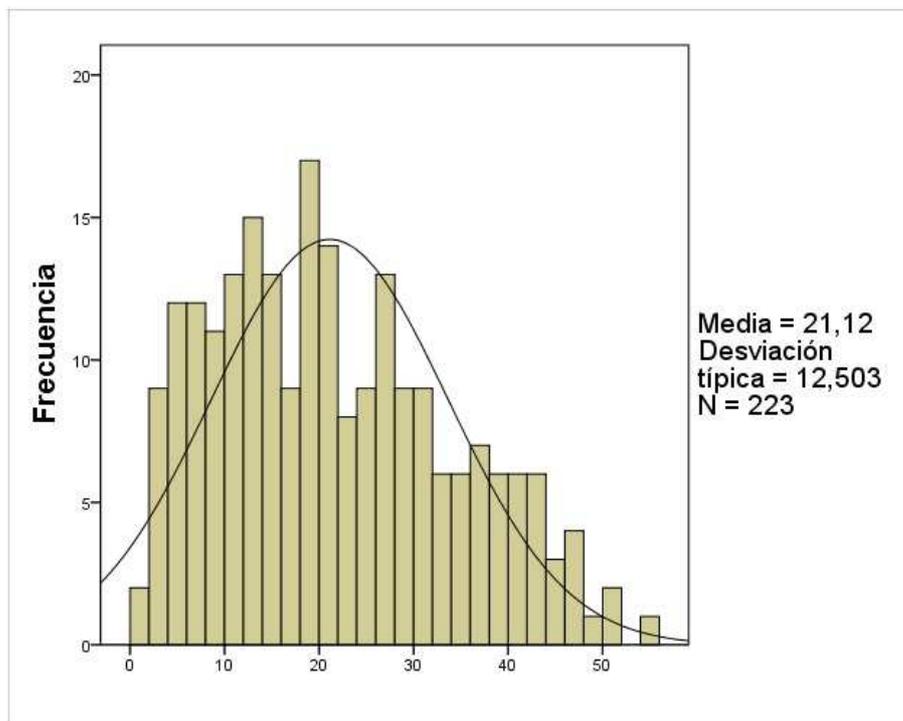


Figura 65. Puntuación media del agotamiento emocional (MBI)

2.5.2. Despersonalización

En D, se observó una media de 6,76 (DT=5,4) (Figura 66).

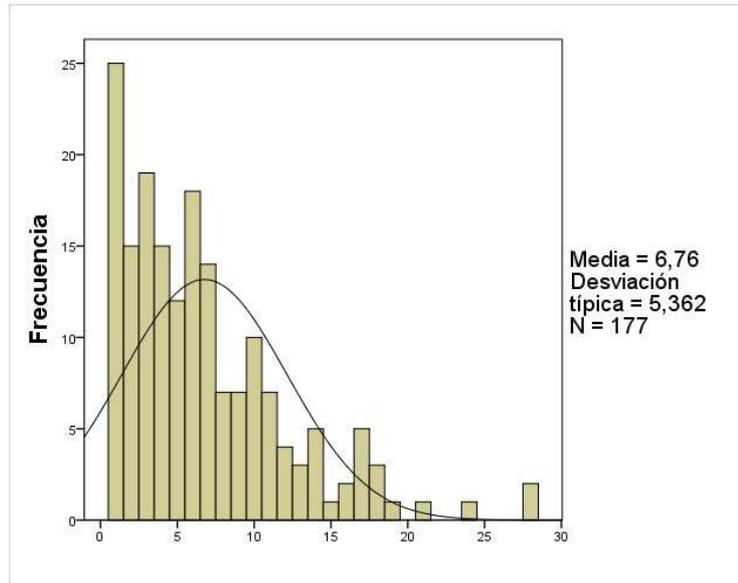


Figura 66. Puntuación media de despersonalización (MBI)

2.5.3. Autorrealización personal

Finalmente, se observó una media de 39,27 (DT=7.0) en RP (figura 67).

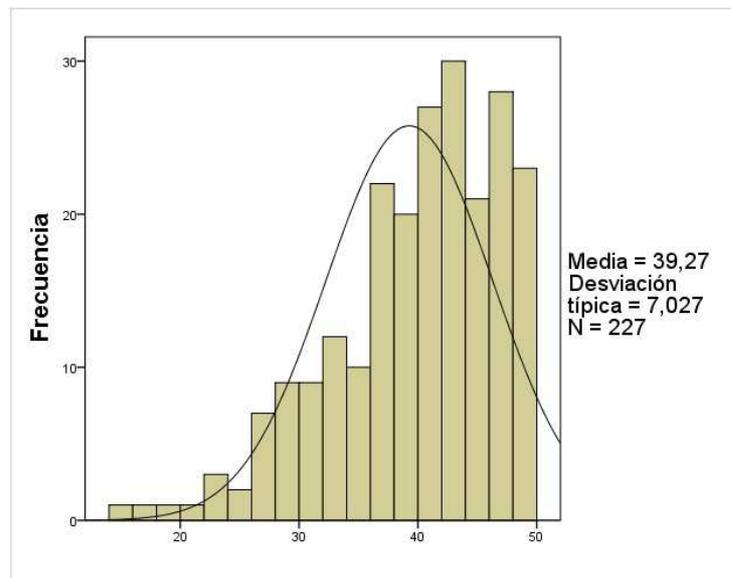


Figura 67. Puntuación media de autorrealización personal (MBI)

2.6. NORMALIDAD DE LAS VARIABLES CUANTITATIVAS CONTINUAS

Los resultados de las pruebas de normalidad figuran en la tabla XXVI, donde valores de p superiores a 0,05 indican que la variable sigue una distribución normal y valores inferiores indican lo contrario.

Tabla XXVI: Normalidad de las variables cuantitativas continuas

Variable	Z de Kolmogorov-Smirnov	Significación	Normalidad
Datos laborales			
Última vez que solicitó vacaciones en el trabajo (N=168)	1,964	0,001	NO
Maslach Burnout Inventory (MBI)			
Agotamiento emocional (N=223)	1,176	0,126	SÍ
Despersonalización (N=177)	1,983	0,001	NO
Autorrealización personal	1,827	0,003	NO
Fatiga de la compasión (ProQOL)			
Satisfacción de la compasión	1,671	0,008	NO
Síndrome de <i>burnout</i>	1,292	0,071	SÍ
Estrés traumático secundario	1,487	0,024	NO
MBI: Maslach <i>Burnout</i> Inventory; ProQOL: Escala sobre la calidad de vida profesional; N: Muestra			

VI.3. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES

3.1. RELACIONES ENTRE LA FATIGA DE LA COMPASIÓN CON LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, LABORALES Y RECURSOS PERSONALES

3.1.1. Análisis bivalente. Relaciones entre las puntuaciones medias de las dimensiones de la fatiga de la compasión con las variables sociodemográficas, laborales y recursos personales

En el análisis bivalente, se obtuvieron diferencias significativas en las puntuaciones medias de la SC, el síndrome de *burnout* y el ETS según el entorno del lugar de realización de la encuesta, siendo los profesionales del medio urbano los que presentan menor SC (valor=0,001) y mayor *burnout* (p-valor=<0,039) y ETS (p-valor=<0,006) frente a los de entorno rural.

No convivir con ningún hijo también implicó un mayor nivel de *burnout* medido con la escala ProQOL (p-valor=0,029) (tabla XXVII).

Tabla XXVII. Relaciones entre las dimensiones de la fatiga de la compasión (ProQOL) con las variables sociodemográficas

Variables	Categorías	SC		SB		ETS	
		M(DT)	p	M(DT)	p	M(DT)	p
Edad	20-29	43.7(4.4)	0.294 ^b	23.9(6.2)	0.275 ^a	23.3(7.2)	0.200 ^b
	30-39	42.0(5.9)		24.4(6.7)		22.8(5.5)	
	40-49	43.2(5.0)		22.3(6.2)		21.8(6.7)	
	50 o más	42.2(5.0)		23.9(6.4)		21.1(4.2)	
Sexo	Hombre	41.1(6.5)	0.200 ^d	23.9(7.8)	0.868 ^c	22.8(7.5)	0.821 ^d
	Mujer	43.0(5.0)		23.7(6.3)		22.4(6.0)	
Nivel de estudios	Secundaria/FP grado medio	42.7(5.4)	0.329 ^b	23.6(6.8)	0.145 ^a	22.3(6.0)	0.741 ^b
	Bachillerato/FP grado superior	44.1(4.2)		21.8(4.7)		22.3(7.0)	
	Estudios universitarios	42.4(5.3)		24.4(6.5)		22.7(6.2)	
Estado civil	Sin pareja	42.1(5.7)	0.710 ^b	23.4(5.4)	0.451 ^a	23.1(7.4)	0.948 ^b
	Con pareja estable	43.1(4.8)		24.4(7.5)		22.6(6.7)	
	Casado/a-Pareja de hecho	42.9(5.3)		23.2(5.9)		22.1(5.1)	
Entorno del lugar de residencia (N=226)	Entorno urbano	42.1(5.9)	0.186 ^d	24.1(7.0)	<0.376 ^c	22.9(6.7)	0.732 ^d
	Entorno rural	43.6(3.9)		23.3(5.6)		22.1(5.4)	
Entorno del lugar de realización de la encuesta	Entorno urbano	41.4(5.7)	0.001 ^d	24.6(6.6)	<0.039 ^c	24.0(7.1)	<0.006 ^d
	Entorno rural	43.9(4.4)		22.9(6.2)		21.2(5.0)	
Número de hijos conviviendo en el domicilio	Ningún hijo	42.3(4.9)	0.236 ^b	24.9(6.4)	0.029 ^a	23.3(6.6)	0.283 ^b
	1 hijo	42.9(5.3)		21.6(5.4)		21.8(5.8)	
	2 hijos	43.0(5.9)		23.4(6.7)		21.7(5.5)	
	Más de 2 hijos	44.7(3.7)		22.9(7.0)		21.5(6.3)	
Convive con familiares en el domicilio	Sí, de manera habitual	41.9(6.0)	0.839 ^b	22.4(5.7)	0.678 ^a	21.3(5.9)	0.976 ^b
	Sí, de manera intermitente	41.4(9.0)		24.9(10.0)		21.9(3.3)	
	No	42.9(4.9)		23.7(6.3)		22.6(6.3)	

SC: Satisfacción de la compasión; SB: Síndrome de *burnout*; ETS: Estrés traumático secundario; ^aANOVA; ^bH de Kruskal-Wallis; ^ct-Student asumiendo igualdad de varianzas por la prueba de Levene; ^dU de Mann-Whitney; M: media; DT: Desviación típica; p: p-valor; N: Muestra

Es destacable también la diferencia en el nivel de ETS según el tipo de contrato, con los contratados eventualmente presentando un mayor nivel de ETS frente a los contratados por obra y servicio, los indefinidos y eventuales (p -valor=0,042) (Tabla XXVIII).

Tabla XXVIII. Relaciones entre las dimensiones de la fatiga de la compasión (ProQOL) con los datos laborales: profesión, funciones, contrato y antigüedad

Variables	Categorías	SC		SB		ETS	
		M(DT)	p	M(DT)	p	M(DT)	p
Profesión desempeñada en el centro de trabajo	Auxiliar de enfermería	44.3(4.6)	0.074 ^b	22.6(6.0)	0.767 ^a	22.2(5.9)	0.379 ^b
	Técnico en atención sociosanitaria	41.8(6.5)		23.0(7.1)		22.1(6.0)	
	Técnico en atención a personas en situación de dependencia	47.5(2.1)		25.0(2.8)		31.0(11.3)	
	Auxiliar de geriatría	41.9(5.3)		23.7(6.2)		22.0(6.2)	
	Supervisor/a del personal auxiliar	44.0(3.3)		22.9(4.4)		24.7(6.3)	
	Supervisor/a de enfermería	45.7(3.2)		23.7(3.1)		25.7(5.7)	
	Enfermero/a	43.5(4.5)		23.8(7.1)		23.9(7.3)	
	Médico/a	37.9(7.5)		23.7(9.9)		20.1(3.0)	
	Psicólogo	41.6(4.3)		24.0(5.7)		18.3(4.6)	
	Trabajador/a social	42.6(4.0)		29.0(8.0)		23.8(4.2)	
	Fisioterapeuta	39.9(6.8)		25.3(5.8)		20.4(4.6)	
	Terapeuta ocupacional	43.0(4.8)		24.3(5.3)		23.1(6.6)	
Otras	40.8(6.1)	27.8(10.8)	22.8(4.1)				
Funciones desempeñadas en el centro de trabajo	Asistencial	42.8(5.2)	0.922 ^b	23.4(6.4)	0.253 ^a	22.4(6.4)	0.706 ^b
	Administración y gestión	42.1(5.3)		27.1(6.6)		21.4(5.1)	
	Ambas	42.8(5.2)		24.2(6.2)		23.0(5.5)	
Tipo de contrato (N=213)	Fijo	43.1(3.7)	0.519 ^b	23.7(5.9)	0.613 ^a	23.9(6.4)	0.042 ^b
	Indefinido	42.6(5.4)		24.1(6.5)		22.1(5.6)	
	Eventual	43.4(5.6)		23.1(6.2)		28.4(9.4)	
	Por obra y servicio	44.0(5.2)		20.0(3.2)		19.2(5.3)	
	Otros	39.6(6.1)		23.0(9.2)		20.6(3.6)	
Antigüedad desarrollando su profesión	De 1 a 2 años	44.9(4.2)	0.093 ^b	19.6(3.9)	0.190 ^a	24.8(10.3)	0.202 ^b
	Más de 2 y menos de 5	43.0(5.3)		23.6(6.7)		22.7(6.6)	
	De 5 a 9 años	43.1(5.2)		24.4(6.3)		22.6(6.2)	
	De 10 a 19 años	41.7(4.9)		23.2(6.7)		22.1(4.4)	
	20 o más años	40.3(5.9)		22.9(6.3)		18.3(3.4)	
Antigüedad en el puesto actual	Menos de 1 año	44.1(5.6)	0.090 ^b	20.8(8.1)	0.270 ^a	21.6(8.8)	0.613 ^b
	De 1 a 2 años	43.1(5.5)		23.0(7.1)		22.8(7.0)	
	Más de 2 años a menos de 5	42.1(5.2)		24.1(6.1)		22.7(6.2)	
	De 5 a 9 años	43.4(5.0)		23.8(5.9)		22.4(5.6)	
	De 10 a 19 años	41.5(5.5)		24.8(6.9)		22.4(5.5)	

SC: Satisfacción de la compasión; SB: Síndrome de *burnout*; ETS: Estrés traumático secundario; M: Media; DT: Desviación típica; ^aANOVA; ^bH de Kruskal-Wallis; p: p-valor

El número de horas semanales en el trabajo supuso una diferencia en las tres escalas, con peores niveles de SC (p-valor =0,048), síndrome de *burnout* (p-valor=0,006) y ETS (p-valor=0.001) de manera global para las personas que trabajaban más de 42 horas a la semana frente a aquellos profesionales con jornadas semanales de 20 horas o menos, 21-42 horas o semanas con jornadas alternantes de entre 35-36/45-48 horas. Los sujetos que presentaron mayores niveles de SC estadísticamente significativos (p-valor=0,048) fueron los que tenían jornadas de 35-37,5 horas semanales (tabla XXIX).

Tabla XXIX. Relaciones entre las dimensiones de la fatiga de la compasión (ProQOL) con los datos laborales: jornada laboral

Variables	Categorías	SC		SB		ETS	
		M(DT)	p	M(DT)	p	M(DT)	p
Jornada de trabajo	Jornada continua entre semana (6-8 horas y 12 h)	40.0(6.9)	0.408 ^b	23.4(4.4)	0.742 ^a	22.2(6.9)	0.198 ^b
	Jornada continua entre semana (6-8 horas y 12 h) + fines de semanas/ festivos	43.1(4.9)		23.4(6.7)		23.0(6.2)	
	Jornada parcial (mañana y tarde) entre semana	41.7(7.6)		22.8(8.0)		19.3(3.8)	
	Jornada parcial (mañana y tarde) entre semana+ fines de semana/ festivos	42.5(4.0)		24.2(6.1)		22.1(6.9)	
	Jornada completa (mañana y tarde) entre semana + fines de semanas/ festivos alternando 6-8 horas/12 horas por semana	43.4(4.6)		24.8(5.9)		22.4(6.0)	
Turno de trabajo	Mañanas	41.4(5.6)	0.261 ^b	23.4(5.0)	0.740 ^a	21.9(6.6)	0.889 ^b
	Tardes	42.3(5.3)		22.9(5.6)		22.1(6.9)	
	Noches	40.8(7.0)		24.5(9.5)		23.9(6.2)	
	Rotatorio	43.3(5.0)		23.5(6.9)		22.6(6.0)	
	Partida (mañana + tarde) todos los días entre semana	43.4(4.6)		24.8(5.9)		22.5(6.1)	
Número de horas semanales en el trabajo (N=225)	20 horas o menos	42.4(4.3)	0.048 ^b	21.6(3.9)	0.006 ^a	19.6(4.7)	0.001 ^b
	21-34 horas	39.5(5.9)		24.9(7.1)		24.1(7.7)	
	35-37.5 horas	44.1(3.9)		24.2(4.9)		23.0(5.0)	
	38-42 horas	43.4(5.0)		22.6(6.6)		21.8(6.4)	
	Más de 42 horas	40.2(7.2)		28.6(7.9)		27.9(6.0)	
	Alternancia semana 36/48 horas o 35/45 horas	41.9(5.1)		25.4(6.1)		20.8(3.5)	
	Otros	43.2(5.1)		23.4(5.6)		24.4(4.7)	
Compatibiliza su profesión con otros trabajos (N=226)	Sí, de manera habitual	41.7(5.2)	0.465 ^b	23.6(6.9)	0.648 ^a	20.5(7.6)	0.061 ^b
	Sí, ocasionalmente	42.8(6.1)		24.7(6.6)		23.3(6.9)	
	No	42.9(5.0)		23.5(6.4)		22.6(5.8)	

SC: Satisfacción de la compasión; SB: Síndrome de *burnout*; ETS: Estrés traumático secundario; M: Media; DT: Desviación típica; p: p-valor; ^aANOVA; ^bH de Kruskal-Wallis; N: muestra

Por otra parte, se observó en general un gradiente de aumento en la puntuación de ETS en los profesionales de centros de mayores a medida que aumentaba el número de pacientes que estos trataban de manera diaria asistencialmente, con peores niveles de ETS para aquellos que trataban más de 40 pacientes a lo largo del día (p-valor= 0,008) (tabla XXX).

Tabla XXX. Relaciones entre las dimensiones de la fatiga de la compasión (ProQOL) con los datos laborales: desempleo y dedicación

Variables	Categorías	SC		SB		ETS	
		M(DT)	p	M(DT)	p	M(DT)	p
En los 2 últimos años, ¿ha estado en paro? (N=226)	Sí	42.8(6.0)	0.702 ^d	22.0(6.7)	0.127 ^c	23.3(8.1)	0.878 ^d
	No	42.8(5.1)		24.0(6.4)		22.3(5.9)	
Tiempo en paro en los últimos 2 años (N=226)	No ha estado en paro	42.8(5.1)	0.628 ^b	24.0(6.4)	0.424 ^a	22.3(5.9)	0.429 ^b
	De 1 a 6 meses	43.2(5.6)		21.3(8.0)		21.8(8.0)	
	Más de 6 meses hasta 1 año	41.3(7.4)		24.1(4.8)		27.8(8.9)	
	Más de 1 año hasta 2 años	41.0(5.7)		23.0(0.0)		21.5(3.5)	
	De manera intermitente	47.0(2.8)		19.0(1.4)		20.5(5.0)	
Comparte la profesión con su pareja (N=225)	Sí	40.8(6.3)	0.152 ^d	24.6(6.3)	0.588 ^c	22.0(4.8)	0.739 ^d
	No	43.0(5.1)		23.7(6.4)		22.6(6.3)	
Realiza guardia	No	42.7(5.3)	0.820 ^b	23.7(6.5)	0.863 ^a	22.5(6.4)	0.509 ^b
	2 veces al mes	44.2(2.9)		22.6(4.9)		23.8(6.3)	
	3 o más veces al mes	42.7(5.1)		23.8(6.1)		21.5(2.3)	
Turno en el que realiza guardia (N=223)	De 24 horas entre diario	39.0(--)	0.627 ^b	20.0(--)	0.889 ^a	19.0(--)	0.320 ^b
	De 24 horas en fines de semana o festivos	42.8(4.5)		23.5(3.7)		26.3(3.9)	
	De 24 horas entre diario, fines de semana o festivos según corresponda	44.4(5.3)		24.7(6.9)		21.5(2.6)	
	De fines de semana jornadas partidas	42.5(3.7)		21.3(7.3)		20.8(5.7)	
	No guardias	42.7(5.3)		23.7(6.5)		22.5(6.4)	

SC: Satisfacción de la compasión; SB: Síndrome de *burnout*; ETS: Estrés traumático secundario; M: Media; DT: Desviación típica; p: p-valor; ^aANOVA; ^bH de Kruskal-Wallis; ^ct-Student asumiendo igualdad de varianzas por la prueba de Levene; ^dU de Mann-Whitney; N: Muestra

Tabla XXX (Continuación) Relaciones entre las dimensiones de la fatiga de la compasión (ProQOL) con los datos laborales: desempleo y dedicación

Variables	Categorías	SC		SB		ETS	
		M(DT)	p	M(DT)	p	M(DT)	P
Área geriátrica usual que tiene asignada*	Usuarios autónomos e independientes	42.9(5.1)	0.999 ^a	23.7(6.5)	0.893 ^a	22.4(6.2)	0.979 ^a
	Pacientes con dependencia moderada	43.0(5.1)		23.6(6.5)		22.4(6.1)	
	Pacientes con dependencia severa	42.8(5.1)		24.0(6.5)		22.8(6.0)	
	Pacientes con gran dependencia	42.8(5.2)		23.8(6.6)		22.8(6.2)	
	Pacientes con gran dependencia tras ictus	42.8(5.2)		24.0(6.6)		22.4(5.8)	
	Pacientes con gran dependencia por enfermedad crónica nefrológica	43.0(5.0)		23.7(6.3)		22.8(5.9)	
	Pacientes con gran dependencia por enfermedad crónica respiratoria	42.7(5.1)		24.2(6.4)		22.9(5.9)	
	Pacientes con gran dependencia y trastorno mental grave	43.0(4.8)		24.7(6.6)		23.2(6.1)	
	Pacientes con demencia	42.8(5.2)		24.0(6.7)		22.6(6.2)	
	Pacientes oncológicos	42.7(5.1)		24.6(6.5)		23.0(6.0)	
	Enfermos en situación terminal	42.8(5.2)		23.9(6.5)		22.7(6.3)	
	Número de horas semanales de atención a familiares y pacientes	1-20 horas	43.9(4.0)	0.758 ^b	21.4(4.3)	0.124 ^a	20.6(4.8)
21-30 horas		42.9(4.7)		24.7(7.8)		24.0(6.9)	
31-40 horas		42.5(5.5)		24.1(6.4)		22.7(6.5)	
41-50 horas		42.6(4.4)		22.2(5.0)		21.2(4.9)	
> 50 horas		44.4(4.2)		26.6(12.3)		25.2(3.3)	
Número de pacientes que trata asistencialmente	1-10	40.2(5.6)	0.055 ^b	22.3(5.5)	0.291 ^a	22.0(5.4)	0.008
	11-20	42.9(5.0)		23.1(7.1)		20.8(5.0)	
	21-30	42.6(5.3)		23.8(6.3)		20.7(6.5)	
	31-40	43.6(4.9)		22.6(5.1)		23.3(6.8)	
	41-50	42.5(4.6)		25.9(6.8)		24.4(4.6)	
	51-100	42.9(5.3)		25.1(6.7)		24.1(5.9)	
	101-120	44.3(3.4)		25.5(7.7)		26.8(11.0)	
	> 120	47.0(4.7)		20.8(8.1)		21.5(6.5)	

SC: Satisfacción de la compasión; SB: Síndrome de *burnout*; ETS: Estrés traumático secundario; M: Media; DT: Desviación típica; p: p-valor; ^aANOVA; ^bH de Kruskal-Wallis; ^ct-Student asumiendo igualdad de varianzas por la prueba de Levene; ^dU de Mann-Whitney; N: Muestra

En cuanto a las bajas laborales y las vacaciones, no se observaron diferencias estadísticamente significativas (tabla XXXI).

Tabla XXXI. Relaciones entre las dimensiones de la fatiga de la compasión (ProQOL) con los datos laborales: bajas laborales y vacaciones

Variables	Categorías	SC		SB		ETS	
		M(DT)	p	M(DT)	p	M(DT)	p
Baja laboral en el último año (N=226)	Sí	42.3(5.9)	0.747 ^d	24.0(6.1)	0.717 ^c	22.9(5.0)	0.255 ^d
	No	42.9(5.1)		23.6(6.5)		22.4(6.4)	
Tiempo de baja en el último año (N=214)	Ninguno	42.9(5.1)	0.179 ^b	23.6(6.5)	0.803 ^a	22.4(6.4)	0.377 ^b
	Una semana o menos	41.9(5.4)		24.1(4.9)		23.2(5.4)	
	Más de una semana hasta 1 mes	38.8(5.1)		25.8(4.9)		22.3(3.7)	
	Más de 1 mes	44.8(4.4)		25.3(7.8)		26.3(5.3)	
¿Solicita vacaciones en el trabajo? (N=205)	Sí	42.6(5.3)	0.714 ^d	23.8(6.7)	0.650 ^c	22.4(6.2)	0.367 ^d
	No	42.9(5.5)		23.3(5.9)		23.5(6.6)	
Última vez que solicitó vacaciones en el trabajo (N=168)	Coeficiente Rho de Spearman	-0.024	0.761	0.026	0.739	-0.055	0.482
Tiempo que estuvo de vacaciones (N=215)	Menos de 1 semana	40.3(8.6)	0.237 ^b	26.0(9.8)	0.238 ^c	21.3(4.1)	0.066 ^b
	1 semana	42.9(5.0)		22.7(5.8)		21.4(6.3)	
	2 semanas	42.4(5.2)		24.6(6.7)		23.5(6.1)	
	3 semanas	38.5(0.7)		25.0(7.1)		24.0(11.3)	
	1 mes	44.2(3.8)		22.4(5.2)		20.2(4.7)	
	Nada	43.5(7.0)		21.9(6.7)		25.1(10.2)	

SC: Satisfacción de la compasión; SB: Síndrome de *burnout*; ETS: Estrés traumático secundario; M: Media; DT: Desviación típica; p: p-valor; ^aANOVA; ^bH de Kruskal-Wallis; ^ct-Student asumiendo igualdad de varianzas por la prueba de Levene; ^dU de Mann-Whitney; N: Muestra

Otros aspectos laborales relacionados con peores niveles de las tres dimensiones de la FC y que se corresponden con la esfera de la RP a través del trabajo fueron (tabla XXXII):

- Haber pensado seriamente en abandonar el trabajo en el último año: los profesionales de los centros de mayores que habían rumiado este pensamiento en los últimos 12 meses, presentaron, frente a los que no habían tenido este tipo de pensamientos, peores niveles de SC (p-valor = 0,012), mayor síndrome de *burnout* (medido con ProQOL) (p-valor= <0,001) y mayores niveles de ETS (p-valor= <0,001).
- Disminución de la ilusión por el trabajo: los profesionales que manifestaron no sentir la misma ilusión por el trabajo que cuando comenzaron, presentaron niveles más bajos de SC (p-valor = 0,001), mayores niveles de *burnout* (medido con ProQOL) (p-valor = <0,001) y de ETS (p-valor= 0,001) que los sujetos que expresaron sentir la misma ilusión que en los inicios o incluso haber aumentado esta.
- Valoración profesional, aquellos participantes que no se sentían valorados por los pacientes a los que cuidaban, presentaron mayores niveles de síndrome de *burnout* (medido con ProQOL) frente a los que sí se sentían valorados (p-valor= 0,006). De igual manera, los profesionales que declararon no sentirse valorados por los familiares de dichos pacientes también presentaban mayores niveles de *burnout* (medido con ProQOL) frente a los que sí se sentían apreciados (p-valor= 0,001).

Por otro lado, los profesionales de los centros de mayores que no se sentían valorados ni por sus compañeros de trabajo, ni por su supervisor/a de enfermería (en los casos de enfermero/as y profesionales con funciones de auxiliar de enfermería) ni por el director/a del centro presentaron niveles menores de SC (p-valor= 0,006; 0,013 y <0,001 respectivamente), mayores niveles de *burnout* (ProQOL) (p-valor= <0,001;

0,005 y $<0,001$ respectivamente) y de ETS (p-valor= $<0,001$; 0,006 y 0,001 respectivamente).

- Búsqueda de un nuevo trabajo: los profesionales que habían iniciado la búsqueda de otro trabajo en el último año, mostraron frente a los que no habían iniciado la citada búsqueda, menores niveles de SC (p-valor= 0,009), mayores niveles de *burnout* (ProQOL) (p-valor= $<0,001$) y de ETS (p-valor=0,011).
- Consumo de psicofármacos: los sujetos que declararon tomar psicofármacos recetados médicamente, exhibieron mayores niveles de *burnout* (ProQOL) (p-valor= $<0,001$) y de ETS (p-valor= $<0,001$) que los que no tomaban este tipo de fármacos.
- Consultas de salud: en referencia a aquellos profesionales que habían necesitado consultar en el último año con algún profesional sanitario para tratar dolencias relacionadas con el trabajo, se observaron niveles medios de *burnout* (ProQOL) (p-valor=0,020) y de ETS (p-valor= 0,041). Los niveles de *burnout* y de ETS, fueron más elevados en los profesionales que se vieron obligados a consultar con un psicólogo o médico especialista, frente a los que consultaron con su médico de cabecera o con un fisioterapeuta.

Tabla XXXII. Relaciones entre las dimensiones de la fatiga de la compasión (ProQOL) con los datos laborales: realización personal en el trabajo

Variables	Categorías	SC		SB		ETS	
		M(DT)	p	M(DT)	p	M(DT)	p
A nivel laboral, ¿se siente valorado por su supervisor/a de enfermería? (N=186)	Sí No	43.7(4.6) 41.1(6.0)	0.013 ^d	22.8(6.6) 26.2(5.1)	0.005 ^c	22.0(6.5) 24.3(4.5)	0.006 ^d
A nivel laboral, ¿se siente valorado por el/a director/a de su centro? (N=297)	Sí No	44.1(4.4) 40.3(5.6)	<0.001 ^d	22.1(6.3) 27.8(5.7)	<0.001 ^c	21.7(6.1) 24.7(6.3)	0.001 ^d
En el último año, ¿ha iniciado la búsqueda de otro trabajo?	Sí No	40.5(5.9) 43.2(4.9)	0.009 ^d	27.2(5.8) 23.0(6.3)	<0.001 ^c	25.4(7.7) 21.9(5.7)	0.011 ^d
¿Frecuentemente toma psicofármacos recetados médicamente? (N=226)	Sí No	41.5(4.5) 42.9(5.2)	0.069 ^d	28.1(5.2) 23.2(6.3)	<0.001 ^c	25.9(5.6) 21.9(6.0)	<0.001 ^d
En el último año, ¿ha consultado con algún profesional para tratar alguna dolencia relacionada con su trabajo? (N=225)*	No Médico de cabecera Médico especialista Psicólogo Fisioterapeuta	42.4(5.2) 42.1(5.0) 41.9(7.3) 41.1(8.5) 42.3(5.3)	0.306 ^b	21.7(5.6) 25.7(6.6) 25.9(7.7) 26.7(8.1) 25.2(6.6)	0.020 ^a	23.6(5.7) 24.2(6.5) 24.7(3.8) 27.7(6.1) 23.5(5.3)	0.041 ^b

SC: Satisfacción de la compasión; SB: Síndrome de *burnout*; ETS: Estrés traumático secundario; M: Media; DT: Desviación típica; p: p-valor; ^aANOVA; ^bH de Kruskal-Wallis; ^ct-Student asumiendo igualdad de varianzas por la prueba de Levene; ^dU de Mann-Whitney; *Puede tener más de una opción; N: Muestra

Tabla XXXII (Continuación) Relaciones entre las dimensiones de la fatiga de la compasión (ProQOL) con los datos laborales: realización personal en el trabajo

Variables	Categorías	SC		SB		ETS	
		M(DT)	p	M(DT)	p	M(DT)	p
A nivel laboral, ¿se siente valorado por su supervisor/a de enfermería? (N=186)	Sí No	43.7(4.6) 41.1(6.0)	0.013 ^d	22.8(6.6) 26.2(5.1)	0.005 ^c	22.0(6.5) 24.3(4.5)	0.006 ^d
A nivel laboral, ¿se siente valorado por el/a director/a de su centro? (N=297)	Sí No	44.1(4.4) 40.3(5.6)	<0.001 ^d	22.1(6.3) 27.8(5.7)	<0.001 ^c	21.7(6.1) 24.7(6.3)	0.001 ^d
En el último año, ¿ha iniciado la búsqueda de otro trabajo?	Sí No	40.5(5.9) 43.2(4.9)	0.009 ^d	27.2(5.8) 23.0(6.3)	<0.001 ^c	25.4(7.7) 21.9(5.7)	0.011 ^d
¿Frecuentemente toma psicofármacos recetados médicamente? (N=226)	Sí No	41.5(4.5) 42.9(5.2)	0.069 ^d	28.1(5.2) 23.2(6.3)	<0.001 ^c	25.9(5.6) 21.9(6.0)	<0.001 ^d
En el último año, ¿ha consultado con algún profesional para tratar alguna dolencia relacionada con su trabajo? (N=225)*	No Médico de cabecera Médico especialista Psicólogo Fisioterapeuta	42.4(5.2) 42.1(5.0) 41.9(7.3) 41.1(8.5) 42.3(5.3)	0.306 ^b	21.7(5.6) 25.7(6.6) 25.9(7.7) 26.7(8.1) 25.2(6.6)	0.020 ^a	23.6(5.7) 24.2(6.5) 24.7(3.8) 27.7(6.1) 23.5(5.3)	0.041 ^b

SC: Satisfacción de la compasión; SB: Síndrome de *burnout*; ETS: Estrés traumático secundario; M: Media; DT: Desviación típica; p: p-valor; ^aANOVA; ^bH de Kruskal-Wallis; ^ct-Student asumiendo igualdad de varianzas por la prueba de Levene; ^dU de Mann-Whitney; *Puede tener más de una opción; N: Muestra

Por otra parte, no se observó ninguna relación entre los niveles de FC con los datos de recursos personales salvo en una única variable (Tabla XXXVIII), concretamente la variable que hace referencia a la frecuencia semanal con la que realizaban las acciones terapéuticas que se muestran en la tabla XXXIII. En este sentido, presentaron mayor puntuación en los niveles de *burnout* (ProQOL) aquellos que practicaban las citadas acciones de manera aislada, o con una asiduidad de 1 ó 2 horas a la semana frente a los que las realizaban con una constancia de 5 o más horas semanales (p-valor= 0,009).

Asimismo, los que no practicaban ninguna de estas acciones presentaron mayores puntuaciones de ETS frente a los que sí realizaban alguna o varias de ellas (p-valor= 0,037).

Tabla XXXIII. Relaciones entre las dimensiones de la fatiga de la compasión (ProQOL) con los datos de recursos personales

Variables	Categorías	SC		SB		ETS	
		M(DT)	p	M(DT)	p	M(DT)	p
¿Padece alguna enfermedad crónica? (N=221)	Sí	42.0(5.9)	0.467 ^d	25.1(6.0)	0.113 ^c	23.2(5.5)	0.305 ^d
	No	42.9(5.0)		23.3(6.4)		22.2(6.3)	
En el último mes, ¿ha practicado alguna de las siguientes acciones? (N=225)*	Relajación	42.5(5.4)	0.251 ^b	25.4(6.6)	0.791 ^a	23.7(5.4)	0.637 ^b
	Minimeditación/Identificación de emociones	40.9(5.7)		25.9(7.2)		21.1(5.8)	
	Gestión de emociones	41.3(4.7)		22.4(4.9)		19.6(5.4)	
	Escritura reflexiva	43.1(6.3)		24.0(7.2)		22.0(8.4)	
	Autocuidado	40.6(5.7)		23.9(4.8)		22.4(4.3)	
	Actividades de formación continua de manera voluntaria	43.1(5.1)		23.6(7.2)		21.9(5.5)	
	Retiros especializados/Talleres de autocuidado/Talleres de intervención de equipo	43.5(3.7)		26.8(9.6)		21.4(5.1)	
	Escapada de viaje	42.3(5.2)		24.4(6.9)		22.1(5.9)	
	Quedada con amigos no relacionados con mi trabajo	42.5(5.2)		24.0(6.6)		22.3(6.1)	
¿Con qué frecuencia a la semana ha realizado las acciones? (N=216)	Quedada con familiares	42.5(5.3)		24.2(6.6)		22.5(6.2)	
	No he practicado nada	45.4(3.6)	0.372 ^b	20.1(5.0)	0.009 ^a	23.9(11.0)	0.037 ^b
	De manera aislada	42.5(5.2)		25.7(6.7)		23.6(5.8)	
	1 hora/semana	41.4(5.2)		26.8(6.3)		23.7(3.4)	
	2 horas/semana	44.6(4.0)		24.9(7.5)		21.1(5.4)	
	3 horas/semana	42.8(4.7)		22.4(5.4)		21.8(5.1)	
	4 horas/semana	43.3(5.9)		23.8(7.9)		26.1(8.8)	
	5 horas/semana	41.5(3.3)		21.5(4.6)		19.4(4.8)	
¿Realiza alguna actividad de manera consciente para evadirse de su trabajo? (N=226)	Más de 5 horas/semana	42.5(6.0)		21.9(5.5)		21.0(5.7)	
¿Realiza alguna actividad de manera consciente para evadirse de su trabajo? (N=226)	Sí	42.3(5.1)	0.065 ^d	24.4(6.0)	0.076 ^c	23.2(6.2)	0.057 ^d
	No	43.3(5.3)		22.9(6.8)		21.7(6.1)	
En caso afirmativo, ¿qué actividad/es realiza de manera consciente para evadirse de su trabajo? (N=225)*	Quedar con familia y/o amigos/viajar	42.3(5.1)	0.139 ^b	24.4(6.1)	0.818 ^a	23.0(6.3)	0.399 ^b
	Actividad física	42.5(5.1)		24.0(6.2)		22.8(6.1)	
	Manualidades/Actividades domésticas	42.6(4.2)		23.8(5.7)		23.3(6.9)	
	Formación/Acompañamiento	41.2(5.4)		24.8(6.0)		22.5(6.3)	
	Cine, teatro, internet, visita exposiciones, música, baile	42.4(6.3)		24.9(8.7)		24.6(7.9)	
	Técnicas de relajación	41.0(4.1)		28.0(3.1)		23.1(5.1)	
¿Con qué frecuencia a la semana realiza la actividad? (N=226)	No hago actividades de manera conscientes para evadirme del trabajo	43.3(5.3)	0.546 ^b	22.9(6.8)	0.432 ^a	21.7(6.1)	0.239 ^b
	Ocasionalmente	41.0(3.6)		26.2(4.1)		27.2(8.8)	
	1 hora/semana	43.2(4.3)		24.2(5.2)		24.3(5.9)	
	2 horas/semana	41.8(6.9)		25.9(6.8)		23.3(5.2)	
	3 horas/semana	42.2(4.4)		23.8(6.3)		25.3(6.7)	
	4 horas/semana	41.7(3.5)		24.3(4.1)		21.1(4.6)	
	5 horas/semana	42.4(5.3)		26.1(7.8)		22.0(6.6)	
	Más de 5 horas/semana	42.7(5.5)		23.1(6.1)		23.1(6.1)	

SC: Satisfacción de la compasión; SB: Síndrome de *burnout*; ETS: Estrés traumático secundario; M: Media; DT: Desviación típica; p: p-valor; ^aANOVA; ^bH de Kruskal-Wallis; ^ct-Student asumiendo igualdad de varianzas por la prueba de Levene; ^dU de Mann-Whitney; *Puede tener más de una opción; N: Muestra

3.1.2. Análisis bivariante. Relaciones entre la presencia/ausencia y los niveles de la fatiga de la compasión con las variables sociodemográficas, laborales y recursos personales

No obstante, al considerar la presencia o ausencia de FC en general, no todas las variables previamente mencionadas permanecieron relacionadas, y algunas que no estaban relacionadas con las dimensiones, sí lo estuvieron con la presencia de FC.

En concreto, se observó que se relacionó con la presencia de FC (tabla XXXIV):

- Nivel de estudios (p-valor= 0,033): los profesionales con estudios universitarios mostraron FC en un porcentaje mayor (48,7%) que los que tenían estudios de secundaria o formación profesional de grado medio (44,9%). Los participantes con menor porcentaje de FC fueron los que habían cursado estudios de bachillerato o de formación profesional de grado superior (6,4%).
- Entorno del lugar de realización de la encuesta (p-valor= 0,042): los profesionales que trabajaban en centros de mayores ubicados en entornos urbanos, presentaron FC en un porcentaje mayor (55,1%) que los trabajadores socio-sanitarios de centros situados en entornos rurales (44,9%).

Tabla XXXIV. Relaciones entre la presencia y niveles de fatiga de la compasión (ProQOL) con las variables sociodemográficas

Variables	Categorías	FC N(%)			Niveles de FC N(%)		
		SÍ	NO	p	Elevada SC, moderado- bajo SB y ETS	Elevado SB, moderada- baja SC y ETS	p
Edad	20-29	24(30.8)	40(26.8)	0.109 ^f	47(33.1)	0(0.0)	0.154 ^g
	30-39	33(42.3)	45(30.2)		47(33.1)	1(25.0)	
	40-49	13(16.7)	42(28.2)		31(21.8)	1(25.0)	
	50 o más	8(10.3)	22(14.8)		17(12.0)	2(50.0)	
Sexo	Hombre	9(11.5)	16(10.7)	0.855 ^f	13(9.2)	1(25.0)	0.363 ^g
	Mujer	69(88.5)	133(89.3)		129(90.8)	3(75.0)	
Nivel de estudios	Secundaria/FP grado medio	35(44.9)	70(47.0)	0.033 ^f	65(45.8)	2(50.0)	0.527 ^g
	Bachillerato/FP grado superior	5(6.4)	26(17.4)		21(14.8)	0(0.0)	
	Estudios universitarios	38(48.7)	53(35.6)		56(39.4)	2(50.0)	
Estado civil	Sin pareja	16(20.5)	28(18.8)	0.886 ^f	25(17.6)	0(0.0)	0.194 ^g
	Con pareja estable	29(37.2)	53(35.6)		49(34.5)	3(75.0)	
	Casado/a-Pareja de hecho	33(42.3)	68(45.6)		68(47.9)	1(25.0)	
Entorno del lugar de residencia (N=226)	Entorno urbano	43(55.1)	81(54.7)	0.954 ^f	71(50.4)	3(75.0)	0.319 ^g
	Entorno rural	35(44.9)	67(45.3)		70(49.6)	1(25.0)	
Entorno del lugar de realización de la encuesta	Entorno urbano	43(55.1)	61(40.9)	0.042 ^f	55(38.7)	1(25.0)	0.566 ^g
	Entorno rural	35(44.9)	88(59.1)		87(61.3)	3(75.0)	
Número de hijos conviviendo en el domicilio	Ningún hijo	46(59.0)	61(40.9)	0.082 ^f	65(45.8)	1(25.0)	0.303 ^g
	1 hijo	12(15.4)	34(22.8)		29(20.4)	0(0.0)	
	2 hijos	16(20.5)	43(28.9)		37(26.1)	2(50.0)	
	Más de 2 hijos	4(5.1)	11(7.4)		11(7.7)	1(25.0)	
Convive con familiares en el domicilio	Sí, de manera habitual	5(6.4)	6(4.0)	0.546 ^g	5(3.5)	0(0.0)	0.333 ^g
	Sí, de manera intermitente	2(2.6)	7(4.7)		6(4.2)	1(25.0)	
	No	71(91.3)	136(91.3)		131(92.3)	3(75.0)	

FC: Fatiga de la compasión; N: Muestra; p: p-valor; SC: Satisfacción de la compasión; SB: síndrome de burnout; ETS: estrés traumático secundario; ^fChi-cuadrado de Pearson; ^gRazón de verosimilitudes

En cambio, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas con las variables relativas a la profesión, funciones, contrato y antigüedad (tabla XXXV).

Tabla XXXV. Relaciones entre la presencia y niveles de fatiga de la compasión (ProQOL) con los datos laborales: profesión, funciones, contrato y antigüedad

Variables	Categorías	FC N(%)			Niveles de FC N(%)		
		SÍ	NO	p	Elevada SC, moderado- bajo SB y ETS	Elevado SB, moderada- baja SC y ETS	p
Profesión desempeñada en el centro de trabajo	Auxiliar de enfermería	15(19.2)	45(30.2)	0.178 ^g	43(30.3)	0(0.0)	0.209 ^g
	Técnico en atención sociosanitaria	4(5.1)	6(4.0)		8(5.6)	0(0.0)	
	Técnico en atención a personas en situación de dependencia	2(2.6)	0(0.0)		2(1.4)	0(0.0)	
	Auxiliar de geriatría	19(24.4)	41(27.5)		31(21.8)	1(25.0)	
	Supervisor/a del personal auxiliar	2(2.6)	5(3.4)		5(3.5)	0(0.0)	
	Supervisor/a de enfermería	1(1.3)	2(1.3)		3(2.1)	0(0.0)	
	Enfermero/a	16(20.5)	22(14.8)		28(19.7)	0(0.0)	
	Médico/a	2(2.6)	5(3.4)		2(1.4)	1(25.0)	
	Psicólogo	1(1.3)	6(4.0)		2(1.4)	0(0.0)	
	Trabajador/a social	4(5.1)	1(0.7)		3(2.1)	1(25.0)	
	Fisioterapeuta	3(3.8)	7(4.7)		5(3.5)	0(0.0)	
	Terapeuta ocupacional	7(9.0)	6(4.0)		8(5.6)	0(0.0)	
	Otras	2(2.6)	3(2.0)		2(1.4)	1(25.0)	
Funciones desempeñadas en el centro de trabajo	Asistencial	62(79.5)	124(83.2)	0.603 ^f	117(82.4)	2(50.0)	0.233 ^g
	Administración y gestión	4(5.1)	4(2.7)		5(3.5)	1(25.0)	
	Ambas	12(15.4)	21(14.1)		20(14.1)	1(25.0)	
Tipo de contrato (N=213)	Fijo	11(14.7)	17(12.3)	0.845 ^g	19(14.4)	0(0.0)	0.244 ^g
	Indefinido	55(73.3)	101(73.2)		95(72.0)	3(75.0)	
	Eventual	6(8.0)	10(7.2)		12(9.1)	0(0.0)	
	Por obra y servicio	1(1.3)	5(3.6)		4(3.0)	0(0.0)	
	Otros	2(2.7)	5(3.6)		2(1.5)	1(25.0)	
Antigüedad desarrollando su profesión	De 1 a 2 años	2(2.6)	9(6.0)	0.390 ^f	8(5.6)	0(0.0)	0.375 ^g
	Más de 2 y menos de 5	19(24.4)	31(20.8)		34(23.9)	0(0.0)	
	De 5 a 9 años	41(52.6)	70(47.0)		74(52.1)	2(50.0)	
	De 10 a 19 años	15(19.2)	31(20.8)		23(16.2)	2(50.0)	
	20 o más años	1(1.3)	8(5.4)		3(2.1)	0(0.0)	
Antigüedad en el puesto actual	Menos de 1 año	5(6.4)	14(9.4)	0.829 ^f	14(9.9)	1(25.0)	0.136 ^g
	De 1 a 2 años	7(9.0)	16(10.7)		14(9.9)	0(0.0)	
	Más de 2 años a menos de 5	26(33.3)	40(26.8)		38(26.8)	0(0.0)	
	De 5 a 9 años	29(37.2)	58(38.9)		62(43.7)	1(25.0)	
	De 10 a 19 años	11(14.1)	21(14.1)		14(9.9)	2(50.0)	

FC: Fatiga de la compasión; N: Muestra; p: p-valor; SC: Satisfacción de la compasión; SB: síndrome de *burnout*; ETS: estrés traumático secundario; ^fChi-cuadrado de Pearson; ^gRazón de verosimilitudes

Por su parte, el número de horas semanales en el trabajo (tabla XXXVI) también se relacionó con la presencia de FC (p-valor= 0,002). Los profesionales cuya jornada laboral incluía 38-42 horas semanales, presentaron un mayor porcentaje de FC (39%), seguidos de los que trabajaban 35-37,5 horas a la semana (20,8%).

Los que menos porcentaje de FC mostraron fueron los que tenían un contrato de 20 horas o menos (3,9%) así como los que alternaban el número de horas totales en 35-36 horas durante una semana y 45-48 horas respectivamente durante la siguiente semana (5,2%).

Tabla XXXVI. Relaciones entre la presencia y niveles de fatiga de la compasión (ProQOL) con los datos laborales: jornada laboral

Variables	Categorías	FC N(%) N(%)			Niveles de FC N(%)		
		SÍ	NO	p	Elevada SC, moderado-bajo SB y ETS	Elevado SB, moderada-baja SC y ETS	p
Jornada de trabajo	Jornada continua entre semana (6-8 horas y 12 h)	5(6.4)	12(8.1)	0.443 ^f	10(7.0)	0(0.0)	0.616 ^g
	Jornada continua entre semana (6-8 horas y 12 h) + fines de semanas/festivos	47(60.3)	483(55.7)		83(58.5)	2(50.0)	
	Jornada parcial (mañana y tarde) entre semana	2(2.6)	13(8.7)		9(6.3)	1(25.0)	
	Jornada parcial (mañana y tarde) entre semana+ fines de semana/festivos	9(11.5)	13(8.7)		14(9.9)	0(0.0)	
	Jornada completa (mañana y tarde) entre semana + fines de semanas/festivos alternando 6-8 horas/12 horas por semana	15(19.2)	28(18.8)		26(18.3)	1(25.0)	
Turno de trabajo	Mañanas	11(14.1)	29(19.5)	0.905 ^f	23(16.2)	0(0.0)	0.640 ^g
	Tardes	7(9.0)	13(8.7)		13(9.2)	0(0.0)	
	Noches	3(3.8)	5(3.4)		3(2.1)	0(0.0)	
	Rotatorio	42(53.8)	75(50.3)		77(54.2)	3(75.0)	
	Partida (mañana + tarde) todos los días entre semana	15(19.2)	27(18.1)		26(18.3)	1(25.0)	
Número de horas semanales en el trabajo (N=225)	20 horas o menos	3(3.9)	13(8.8)	0.002 ^f	10(7.1)	0(0.0)	0.267 ^g
	21-34 horas	9(11.7)	8(5.4)		7(5.0)	0(0.0)	
	35-37.5 horas	16(20.8)	22(14.9)		28(20.0)	0(0.0)	
	38-42 horas	30(39.0)	83(56.1)		74(52.9)	2(50.0)	
	Más de 42 horas	13(16.9)	5(3.4)		9(6.4)	2(50.0)	
	Alternancia semana 36/48 horas o 35/45 horas	4(5.2)	14(9.5)		9(6.4)	0(0.0)	
	Otros	2 (2.6)	3(2.0)		3(2.1)	0(0.0)	
Compatibiliza su profesión con otros trabajos (N=226)	Sí, de manera habitual	6(7.7)	17(11.5)	0.535 ^f	11(7.7)	1(25.0)	0.333 ^g
	Sí, ocasionalmente	13(16.7)	19(12.8)		23(16.2)	0(0.0)	
	No	59(75.6)	112(75.7)		108(76.1)	3(75.0)	

FC: Fatiga de la compasión; N: Muestra; p: p-valor; SC: Satisfacción de la compasión; SB: síndrome de *burnout*; ETS: estrés traumático secundario; ^fChi-cuadrado de Pearson; ^gRazón de verosimilitudes

No se observaron diferencias con el desempleo y la dedicación (tabla XXXVII).

Tabla XXXVII. Relaciones entre la presencia y niveles de fatiga de la compasión (ProQOL) con los datos laborales: desempleo y dedicación

Variables	Categorías	FC N(%)			Niveles de FC N(%)		
		SÍ	NO	p	Elevada SC, moderado- bajo SB y ETS	Elevado SB, moderada- baja SC y ETS	p
En los 2 últimos años, ¿ha estado en paro? (N=226)	SÍ No	10(12.8) 68(87.2)	20(13.5) 128(86.5)	0.884 ^g	19(13.5) 122(86.5)	0(0.0) 4(100.0)	0.286 ^g
Tiempo en paro en los últimos 2 años (N=226)	No ha estado en paro De 1 a 6 meses Más de 6 meses hasta 1 año Más de 1 año hasta 2 años De manera intermitente	68(87.2) 5(6.4) 4(5.1) 1(1.3) 0(0.0)	128(86.5) 13(8.8) 4(2.7) 1(0.7) 2(1.4)	0.545 ^g	122(86.5) 12(8.5) 4(2.8) 1(0.7) 2(1.4)	4(100.0) 0(0.0) 0(0.0) 0(0.0) 0(0.0)	0.888 ^g
Comparte la profesión con su pareja (N=225)	SÍ No	5(6.4) 73(93.6)	11(7.5) 136(92.5)	0.766 ^t	8(5.7) 133(94.3)	1(25.0) 3(75.0)	0.218 ^g
Realiza guardia	No 2 veces al mes 3 o más veces al mes	70(89.7) 3(3.8) 5(6.4)	132(88.6) 7(4.7) 10(6.7)	0.952 ^t	124(87.3) 8(5.6) 10(7.0)	3(75.0) 1(25.0) 0(0.0)	0.458 ^g
Turno en el que realiza guardia (N=223)	De 24 horas entre diario De 24 horas en fines de semana o festivos De 24 horas entre diario, fines de semana o festivos según corresponda De fines de semana jornadas partidas No guardias	0(0.0) 2(2.6) 3(3.9) 2(2.6) 70(90.9)	1(0.7) 4(2.7) 7(4.8) 2(1.4) 132(90.4)	0.853 ^g	0(0.0) 4(2.9) 8(5.8) 3(2.2) 124(89.2)	0(0.0) 0(0.0) 1(25.0) 0(0.0) 3(75.0)	0.611 ^g

FC: Fatiga de la compasión; N: Muestra; p: p-valor; SC: Satisfacción de la compasión; SB: síndrome de *burnout*; ETS: estrés traumático secundario; ^tChi-cuadrado de Pearson; ^gRazón de verosimilitudes; *Puede tener más de una opción

Tabla XXXVII (Continuación) Relaciones entre la presencia y niveles de fatiga de la compasión (ProQOL) con los datos laborales: desempleo y dedicación

Variables	Categorías	FC N(%)			Niveles de FC N(%)		
		SÍ	NO	p	Elevada SC, moderado-bajo SB y ETS	Elevado SB, moderada-baja SC y ETS	p
Área geriátrica usual que tiene asignada*	Usuarios autónomos e independientes	62(79.5)	116(77.9)	0.213 ^g	112(78.9)	4(100.0)	0.979 ^g
	Pacientes con dependencia moderada	64(82.1)	127(85.2)		122(85.9)	4(100.0)	
	Pacientes con dependencia severa	67(85.9)	115(77.2)		115(81.0)	4(100.0)	
	Pacientes con gran dependencia	64(82.1)	119(79.9)		116(81.7)	4(100.0)	
	Pacientes con gran dependencia tras ictus	59(75.6)	111(74.5)		109(76.8)	3(75.0)	
	Pacientes con gran dependencia por enfermedad crónica nefrológica	42(53.8)	83(55.7)		85(59.9)	2(50.0)	
	Pacientes con gran dependencia por enfermedad crónica respiratoria	53(67.9)	92(61.7)		94(66.2)	2(50.0)	
	Pacientes con gran dependencia y trastorno mental grave	55(70.5)	94(63.1)		98(69.0)	4(100.0)	
	Pacientes con demencia	69(88.5)	127(85.2)		125(88.0)	4(100.0)	
	Pacientes oncológicos	57(73.1)	92(61.7)		96(67.6)	3(75.0)	
Enfermos en situación terminal	51(65.4)	92(61.7)	92(64.8)	2(50.0)			
Número de horas semanales de atención a familiares y pacientes	1-20 horas	6(7.7)	24(16.1)	0.308 ^f	21(14.8)	0(0.0)	0.245 ^g
	21-30 horas	9(11.5)	9(6.0)		13(9.2)	1(25.0)	
	31-40 horas	54(69.2)	100(67.1)		96(67.6)	2(50.0)	
	41-50 horas	7(9.0)	13(8.7)		9(6.3)	0(0.0)	
	> 50 horas	2(2.6)	3(2.0)		3(2.1)	1(25.0)	
Número de pacientes que trata asistencialmente	1-10	9(11.5)	17(11.4)	0.070 ^g	11(7.7)	0(0.0)	0.415 ^g
	11-20	12(15.4)	33(22.1)		27(19.0)	2(50.0)	
	21-30	9(11.5)	33(22.1)		25(17.6)	1(25.0)	
	31-40	13(16.7)	26(17.4)		28(19.7)	0(0.0)	
	41-50	9(11.5)	8(5.4)		9(6.3)	1(25.0)	
	51-100	21(26.9)	25(16.8)		32(22.5)	0(0.0)	
	101-120	4(5.1)	2(1.3)		5(3.5)	0(0.0)	
	> 120	1(1.3)	5(3.4)		5(3.5)	0(0.0)	

FC: Fatiga de la compasión; N: Muestra; p: p-valor; SC: Satisfacción de la compasión; SB: síndrome de *burnout*; ETS: estrés traumático secundario; ^fChi-cuadrado de Pearson; ^gRazón de verosimilitudes; *Puede tener más de una opción

Tampoco se observaron diferencias con las bajas laborales y las vacaciones (tabla XXXVIII).

Tabla XXXVIII. Relaciones entre la presencia y niveles de fatiga de la compasión (ProQOL) con los datos laborales: bajas laborales y vacaciones

Variables	Categorías	FC N(%)			Niveles de FC N(%)		
		SÍ	NO	p	Elevada SC, moderado-bajo SB y ETS	Elevado SB, moderado-baja SC y ETS	p
Baja laboral en el último año (N=226)	Sí	14(17.9)	20(13.5)	0.375 ^f	22(15.5)	0(0.0)	0.249 ^g
	No	64(82.1)	128(86.5)		120(84.5)	4(100.0)	
Tiempo de baja en el último año (N=214)	Ninguno	64(86.5)	128(91.4)	0.629 ^g	120(90.2)	4(100.0)	0.847 ^g
	Una semana o menos	6(8.1)	6(4.3)		7(5.3)	0(0.0)	
	Más de una semana hasta 1 mes	2(2.7)	4(2.9)		3(2.3)	0(0.0)	
	Más de 1 mes	2(2.7)	2(1.4)		3(2.3)	0(0.0)	
¿Solicita vacaciones en el trabajo? (N=205)	Sí	57(81.4)	111(82.2)	0.889 ^g	104(82.5)	4(100.0)	0.219 ^g
	No	13(18.6)	24(17.8)		22(17.5)	0(0.0)	
Última vez que solicitó vacaciones en el trabajo (N=168)	Media(DT)	5.8(4.0)	6.4(4.0)	0.310 ^d	6.4(4.1)	4.3(3.3)	0.339 ^d
Tiempo que estuvo de vacaciones (N=215)	Menos de 1 semana	3(3.9)	5(3.6)	0.053 ^f	4(3.0)	1(25.0)	0.379 ^g
	1 semana	11(14.3)	33(23.9)		30(22.2)	1(25.0)	
	2 semanas	51(66.2)	62(44.9)		69(51.1)	2(50.0)	
	3 semanas	1(1.3)	1(0.7)		0(0.0)	0(0.0)	
	1 mes	7(9.1)	29(21.0)		24(17.8)	0(0.0)	
	Nada	4(5.2)	8(5.8)		8(5.9)	0(0.0)	

FC: Fatiga de la compasión; N: Muestra; p: p-valor; SC: Satisfacción de la compasión; SB: síndrome de *burnout*; ETS: estrés traumático secundario; ^dU de Mann-Whitney; ^fChi-cuadrado de Pearson; ^gRazón de verosimilitudes

En la tabla XXXIX se pueden observar las relaciones con los datos laborales de RP en el trabajo. Se relacionó con la presencia de FC el hecho de haber pensado seriamente en abandonar su trabajo en el último año ($p\text{-valor}=\leq 0,001$), que haya disminuido la ilusión por el trabajo ($p\text{-valor}=0,022$), no sentirse valorado por sus compañeros ($p\text{-valor}=\leq 0,001$) y su director/a de centro ($p\text{-valor}=\leq 0,001$), haber iniciado la búsqueda de otro trabajo en el último año ($p\text{-valor}=0,001$) y tomar frecuentemente psicofármacos recetados por un médico ($p\text{-valor}=\leq 0,001$).

Tabla XXXIX. Relaciones entre la presencia y niveles de fatiga de la compasión (ProQOL) con los datos laborales: realización personal en el trabajo

Variables	Categorías	FC N(%)			Niveles de FC N(%)		
		SÍ	NO	p	Elevada SC, moderado-bajo SB y ETS	Elevado SB, moderado-baja SC y ETS	p
En el último año, ¿ha pensado seriamente en abandonar su trabajo? (N=226)	Sí No	29(37.7) 48(62.3)	23(15.4) 126(84.6)	<0.001 ^f	27(19.1) 114(80.9)	1(25.0) 3(75.0)	0.777 ^g
¿Mantiene la misma ilusión por su trabajo que cuando comenzó? (N=226)	Sí	34(43.6)	85(57.4)	0.022 ^f	81(57.4)	1(25.0)	0.176 ^g
	No, aumentado No, disminuido	7(9.0) 37(47.4)	20(13.5) 43(29.1)		17(12.1) 43(30.5)	2(50.0) 1(25.0)	
A nivel laboral, ¿se siente valorado por los pacientes a los que cuida/trata? (N=210)	Sí No	59(83.1) 12(16.9)	118(84.9) 21(15.1)	0.735 ^f	114(83.8) 22(16.2)	3(75.0) 1(25.0)	0.657 ^g
A nivel laboral, ¿se siente valorado por los familiares de los pacientes a los que cuida/trata? (N=204)	Sí No	53(75.7) 17(24.3)	106(79.1) 28(20.9)	0.579 ^f	105(80.2) 26(19.8)	3(75.0) 1(25.0)	0.805 ^g
A nivel laboral, ¿se siente valorado por sus compañeros/as de trabajo? (N=206)	Sí No	53(70.7) 22(29.3)	123(93.9) 8(6.1)	<0.001 ^f	116(88.5) 15(11.5)	3(75.0) 1(25.0)	0.409 ^g
A nivel laboral, ¿se siente valorado por su supervisor/a de enfermería? (N=186)	Sí No	47(77.0) 14(23.0)	104(83.2) 21(16.8)	0.314 ^f	108(85.0) 19(15.0)	3(100) 0(0)	0.327 ^g
A nivel laboral, ¿se siente valorado por el/a director/a de su centro? (N=297)	Sí No	38(52.8) 34(47.2)	99(79.2) 26(20.8)	<0.001 ^f	99(78.0) 28(22.0)	3(75.0) 1(25.0)	0.890 ^g
En el último año, ¿ha iniciado la búsqueda de otro trabajo?	Sí No	21(26.9) 57(73.1)	14(9.4) 135(90.6)	0.001 ^f	17(12.0) 125(88.0)	0(0) 4(100)	0.316 ^g
¿Frecuentemente toma psicofármacos recetados médicamente? (N=226)	Sí No	18(23.1) 60(76.9)	7(4.7) 141(95.3)	<0.001 ^f	10(7.1) 131(92.9)	0(0) 4(100)	0.446 ^g
En el último año, ¿ha consultado con algún profesional para tratar alguna dolencia relacionada con su trabajo? (N=225)*	No	23(29.9)	76(51.7)	0.058 ^g	37(26.2)	1(25.0)	0.452 ^g
	Médico cabecera	30(39.0)	35(23.6)		9(6.4)	1(25.0)	
	Médico especialista	9(11.7)	5(3.4)		4(2.8)	0(0)	
	Psicólogo	4(5.2)	3(2.0)		47(33.3)	3(75.0)	
Fisioterapeuta	33(42.9)	49(33.1)	73(51.8)	4(100)			

FC: Fatiga de la compasión; N: Muestra; p: p-valor; SC: Satisfacción de la compasión; SB: síndrome de *burnout*; ETS: estrés traumático secundario; ^fChi-cuadrado de Pearson; ^gRazón de verosimilitudes; *Puede tener más de una opción

Finalmente, la única variable de recursos personales que se relacionó con la presencia de FC, fue la frecuencia semanal con la que realizaban las acciones que se muestran en la tabla XL. En este sentido, fue mayor la proporción de profesionales con FC que realizaban estas actividades con una frecuencia de manera aislada (p-valor=0,002).

Tabla XL. Relaciones entre la presencia y niveles de fatiga de la compasión (ProQOL) con los datos de recursos personales

Variables	Categorías	FC N(%)			Niveles de FC N(%)		
		SÍ	NO	p	Elevada SC, moderado-bajo SB y ETS	Elevado SB, moderada-baja SC y ETS	p
¿Padece alguna enfermedad crónica? (N=221)	SÍ No	14(18.7) 61(81.3)	22(15.1) 124(84.9)	0.493 [†]	18(12.9) 121(87.1)	1(25.0) 3(75.0)	0.523 [‡]
En el último mes, ¿ha practicado alguna de las siguientes acciones? (N=225)*	Relajación	12(15.4)	13(8.8)	0.098 [‡]	13(9.2)	1(25.0)	0.998 [‡]
	Minimeditación/Identificación de emociones	3(3.8)	10(6.8)		4(2.8)	1(25.0)	
	Gestión de emociones	1(1.3)	7(4.8)		3(2.1)	0(0)	
	Escritura reflexiva	2(2.6)	10(6.8)		8(5.7)	0(0)	
	Autocuidado	11(14.3)	16(10.9)		14(9.9)	0(0)	
	Actividades de formación continua de manera voluntaria	15(19.5)	38(25.9)		30(21.4)	2(50.0)	
	Retiros especializados/Talleres de autocuidado/Talleres de intervención de equipo	2(2.6)	9(6.1)		5(3.5)	2(50.0)	
	Escapada de viaje	35(44.9)	62(42.2)		55(39.0)	3(75.0)	
	Quedada con amigos no relacionados con mi trabajo	62(79.5)	116(78.9)		107(75.9)	4(100)	
	Quedada con familiares	65(83.3)	113(23.1)		109(77.3)	4(100)	
¿Con qué frecuencia a la semana ha realizado las acciones? (N=216)	No he practicado nada De manera aislada 1 hora/semana 2 horas/semana 3 horas/semana 4 horas/semana 5 horas/semana Más de 5 horas/semana	0(0.0) 36(48.0) 6(8.0) 4(5.3) 4(5.3) 6(8.0) 3(4.0) 16(21.3)	7(5.0) 37(26.2) 3(2.1) 16(11.3) 13(9.2) 11(7.8) 7(5.0) 47(33.3)	0.002 [‡]	5(3.7) 45(33.1) 5(3.7) 14(10.3) 11(8.1) 11(8.1) 4(2.9) 41(30.1)	0(0) 2(50.0) 1(25.0) 1(25.0) 0(0) 0(0) 0(0) 0(0)	0.426 [‡]

FC: Fatiga de la compasión; N: Muestra; p: p-valor; SC: Satisfacción de la compasión; SB: síndrome de *burnout*; ETS: estrés traumático secundario; [†]Chi-cuadrado de Pearson; [‡]Razón de verosimilitudes; *Puede tener más de una opción

Tabla XL (Continuación) Relaciones entre la presencia y niveles de fatiga de la compasión (ProQOL) con los datos de recursos personales

Variables	Categorías	FC N(%)			Niveles de FC N(%)		
		SÍ	NO	p	Elevada SC, moderado-bajo SB y ETS	Elevado SB, moderado-baja SC y ETS	P
¿Realiza alguna actividad de manera consciente para evadirse de su trabajo? (N=226)	Sí	46(59.0)	70(47.3)	0.095 ^g	66(46.5)	2(50.0)	0.889 ^g
	No	32(41.0)	78(52.7)		76(53.5)	2(50.0)	
En caso afirmativo, ¿qué actividad/es realiza de manera consciente para evadirse de su trabajo? (N=225)*	Quedar con familia y/o amigos/viajar	42(53.8)	65(44.2)	0.160 ^f	62(44.0)	2(50.0)	0.597 ^g
	Actividad física	33(42.3)	63(42.9)		53(37.6)	2(50.0)	
	Manualidades/Actividades domésticas	10(12.8)	8(5.4)		10(7.1)	0(0)	
	Formación/Acompañamiento	13(16.7)	20(13.6)		16(11.3)	0(0)	
	Cine, teatro, Internet, visita exposiciones, música, baile	8(10.3)	10(6.8)		12(8.5)	1(25.0)	
Técnicas de relajación	2(2.6)	5(3.4)	2(1.4)	0(0)			
¿Con qué frecuencia a la semana realiza la actividad? (N=226)	No hago actividades de manera conscientes para evadirme del trabajo	32(41.0)	78(52.7)	0.205 ^g	76(53.5)	2(50)	0.662 ^g
	Ocasionalmente	3(3.8)	2(1.4)		2(1.4)	0(0)	
	1 hora/semana	7(9.0)	6(4.1)		8(5.6)	0(0)	
	2 horas/semana	7(9.0)	11(7.4)		12(8.5)	1(25.0)	
	3 horas/semana	7(9.0)	6(4.1)		8(5.6)	0(0)	
	4 horas/semana	3(3.8)	14(9.5)		8(5.6)	0(0)	
	5 horas/semana	6(7.7)	9(6.1)		7(4.9)	1(25.0)	
Más de 5 horas/semana	13(16.7)	22(14.9)	21(14.8)	0(0)			

FC: Fatiga de la compasión; N: Muestra; p: p-valor; SC: Satisfacción de la compasión; SB: síndrome de *burnout*; ETS: estrés traumático secundario; ^fChi-cuadrado de Pearson; ^gRazón de verosimilitudes; *Puede tener más de una opción

3.1.3. Análisis multivariante. Relaciones entre las puntuaciones medias de las dimensiones de la fatiga de la compasión con las variables sociodemográficas, laborales y recursos personales

A continuación se describen los resultados obtenidos en los análisis multivariantes, detallando las variables relacionadas con cada una de las tres dimensiones (controlando por el resto de variables relevantes) y su interpretación.

SATISFACCIÓN DE LA COMPASIÓN

Las variables que se asociaron a la SC fueron: turno de trabajo, sentirse valorado por el director del centro, haber practicado actividades de autocuidado en el último mes y tener asignada como área geriátrica pacientes con gran dependencia por enfermedad crónica nefrológica. En concreto, los profesionales que tenían turno de trabajo de mañanas (coeficiente beta=B; B= -2,55; p-valor= 0,020), los que no se sentían valorados por el director de su centro (B=-4,16; p-valor=<0,001) y los que habían practicado actividades de autocuidado en el último mes (B=-3,22; p-valor= 0,002) presentaban peores niveles de SC, con respecto a los que tenían turnos partidos, los que sí se sentían valorados y los que no habían practicado actividades de autocuidado, respectivamente.

Por otro lado, los que tenían asignada como área geriátrica pacientes con gran dependencia por enfermedad crónica nefrológica (B=1,29), tenían mayores puntuaciones de SC frente a los que no tenían asignada esta área geriátrica. Esta variable, a pesar de no ser significativamente estadística, fue incluida en el modelo como variable modificadora del efecto, conduciendo a una mejoría en el ajuste global del mismo (tabla XLI).

Tabla XLI. Análisis multivariante de las variables relacionadas con la satisfacción de la compasión (ProQOL). Modelo de regresión lineal múltiple. N=196

Variables	Coefficiente (ET)	t	p-valor	IC 95%
Constante	45.25(2.4)	18.73	<0.001	(40.49;50.02)
Turno de trabajo				
Mañanas	-2.55(1.1)	-2.34	0.020	(-4.71;-0.40)
Tardes	-0.71(1.3)	-0.53	0.594	(-3.33;1.91)
Noches	-3.34(2.0)	-1.63	0.104	(-7.38;0.70)
Rotatorio	-0.85(0.9)	-0.94	0.350	(-2.62;0.94)
Partida (mañana + tarde) todos los días entre semana*				
A nivel laboral, ¿se siente valorado por el/a director/a de su centro?				
No	-4.16(0.7)	-5.56	<0.001	(-5.63;-2.68)
Sí*				
En el último mes, ¿ha practicado actividades de autocuidado?				
Sí	-3.22(1.0)	-3.17	0.002	(-5.22;-1.22)
No*				
Área geriátrica usual que tiene asignada: Pacientes con gran dependencia por enfermedad crónica nefrológica				
Sí	1.29(0.7)	1.84	0.067	(-0.09;2.68)
No*				
Coeficiente de determinación (R ²): R ² =0.200; ET: Error típico; t: Valor estadístico; IC: Intervalo de confianza; *Categoría de referencia				

SÍNDROME DE *BURNOUT*

Las variables que se asociaron al síndrome de *burnout* (ProQOL) fueron: número de hijos conviviendo en el domicilio, sentirse valorado por los compañeros y por el director del centro y la frecuencia con la que se realizan acciones terapéuticas a la semana. En particular, los profesionales que no se sentían valorados por los compañeros (B=4,16; p-valor=0,001), ni por el director de su centro (B=5; p-valor=<0,001), así como los que habían practicado acciones terapéuticas 1 hora a la semana (B=6.32; p-valor=0,043) presentaban mayores niveles de síndrome de *burnout*, frente a los que sí se sentían valorados y los que no habían practicado ninguna acción, respectivamente.

Finalmente, los que convivían con un hijo en el domicilio, frente a los que no convivían con ningún hijo, tenían menores niveles de *burnout* (B=-2.50; p-valor=0,028) (Tabla XLII).

Tabla XLII. Análisis multivariante de las variables relacionadas con el síndrome de *burnout* (ProQOL). Modelo de regresión lineal múltiple. N=180

Variables	Coefficiente (ET)	T	p-valor	IC 95%
Constante	10.94(3.1)	3.54	0.001	(4.84;17.05)
Número de hijos conviviendo en el domicilio				
1 hijo	-2.50(1.1)	-2.22	0.028	(-4.73;-0.28)
2 hijos	-1.71(1.1)	-1.62	0.106	(-3.80;0.37)
Más de 2 hijos	0.02(1.8)	0.01	0.991	(-3.50;3.54)
Ningún hijo*				
A nivel laboral, ¿se siente valorado por los compañeros?				
No	4.16(1.3)	3.24	0.001	(1.63;6.69)
Sí*				
A nivel laboral, ¿se siente valorado por el/a director/a de su centro?				
No	5.00(1.0)	5.18	<0.001	(3.09;6.90)
Sí*				
¿Con qué frecuencia a la semana ha realizado las acciones terapéuticas?				
De manera aislada	4.35(2.6)	1.69	0.093	(-0.74;9.44)
1 hora/semana	6.32(3.1)	2.04	0.043	(0.19;12.45)
2 horas/semana	5.18(2.9)	1.80	0.074	(-0.50;10.87)
3 horas/semana	0.39(2.9)	0.14	0.893	(-5.26;6.03)
4 horas/semana	2.15(2.9)	0.75	0.458	(-3.55;7.84)
5 horas/semana	1.32(3.1)	0.43	0.670	(-4.80;7.45)
Más de 5 horas/semana	0.60(2.6)	0.23	0.819	(-4.59;5.80)
No he practicado nada*				
Coeficiente de determinación (R ²): R ² =0.355; ET: Error típico; t: Valor estadístico; IC: Intervalo de confianza; *Categoría de referencia				

ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO

Por su parte, las variables asociadas al ETS fueron: la antigüedad en la profesión y sentirse valorado por los compañeros y por el director del centro. Se observó que a menor tiempo desarrollando su labor profesional, mayores niveles de ETS, especialmente los que llevaban solamente de 1 a 2 años trabajando (p-valor=0,007), seguidos de los que llevaban un tiempo mayor de 2 años pero inferior a 5 años (p-valor=0,026).

Asimismo, los que no se sentían valorados por su compañeros (B=3,19; p-valor= 0,020) ni por el director de su centro (B=2,43; p-valor= 0,018) también presentaron un mayor nivel de ETS (tabla XLIII).

Tabla XLIII. Análisis multivariante de las variables relacionadas con estrés traumático secundario (ProQOL). Modelo de regresión lineal múltiple. N=188

Variables	Coefficiente (ET)	t	p-valor	IC 95%
Constante	11.54(2.6)	4.39	<0.001	(6.35;16.74)
Antigüedad desarrollando su profesión				
De 1 a 2 años	7.83(2.9)	2.74	0.007	(2.19;13.48)
Más de 2 y menos de 5	4.98(2.2)	2.24	0.026	(0.59;9.37)
De 5 a 9 años	4.45(2.1)	2.11	0.036	(0.30;8.60)
De 10 a 19 años	3.76(2.3)	1.67	0.097	(-0.68;8.20)
20 o más años *				
A nivel laboral, ¿se siente valorado por los compañeros?				
No	3.19(1.4)	2.36	0.020	(0.52;5.86)
Sí*				
A nivel laboral, ¿se siente valorado por el/a director/a de su centro?				
No	2.43(1.0)	2.38	0.018	(0.41;4.46)
Sí*				
Coeficiente de determinación (R ²): R ² =0.110; ET: Error típico; t: Valor estadístico; IC: Intervalo de confianza; *Categoría de referencia				

3.2. RELACIONES ENTRE EL SÍNDROME DE *BURNOUT* (MBI) CON LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, LABORALES Y RECURSOS PERSONALES

3.2.1. Análisis bivariante. Relaciones entre las puntuaciones medias de las dimensiones del síndrome de *burnout* con las variables sociodemográficas, laborales y recursos personales

Se observó que el nivel medio de D fue mayor en hombres que en mujeres (p-valor=0,043). Los profesionales del ámbito urbano, tanto en su lugar de residencia habitual (p-valor=0,024) como en su lugar de realización de la encuesta (p-valor=<0,001) presentaron mayor nivel de AE, en comparación con los del ámbito rural (tabla XLIV).

Tabla XLIV. Relaciones entre las dimensiones del síndrome de *burnout* con las variables sociodemográficas

Variables	Categorías	AE		D		RP	
		M(DT)	p	M(DT)	p	M(DT)	p
Edad	20-29	20.6(11.3)	0.313 ^a	7.0(5.5)	0.410 ^b	38.8(6.3)	0.627 ^b
	30-39	23.0(12.9)		7.3(5.4)		40.1(6.7)	
	40-49	18.8(12.2)		6.2(5.7)		38.9(8.1)	
	50 o más	21.5(14.1)		5.9(4.5)		38.9(7.3)	
Sexo	Hombre	22.6(14.2)	0.531 ^c	9.0(6.4)	0.043 ^d	38.9(7.8)	0.966 ^d
	Mujer	20.9(12.3)		6.5(5.2)		39.3(7.0)	
Nivel de estudios	Secundaria/FP grado medio	21.1(12.4)	0.794 ^a	7.1(5.4)	0.461 ^b	39.2(7.6)	0.473 ^b
	Bachillerato/FP grado superior	19.9(11.8)		6.9(4.9)		40.4(7.0)	
	Estudios universitarios	21.6(13.0)		6.4(5.5)		39.0(6.4)	
Estado civil	Sin pareja	21.7(12.5)	0.629 ^a	7.7(6.3)	0.691 ^b	37.9(7.7)	0.196 ^b
	Con pareja estable	20.1(12.4)		6.6(5.7)		38.9(7.2)	
	Casado/a-Pareja de hecho	21.7(12.7)		6.6(4.7)		40.2(6.5)	
Entorno del lugar de residencia (N=226)	Entorno urbano	22.8(13.0)	0.024 ^c	6.9(6.0)	0.551 ^d	39.1(7.0)	0.749 ^d
	Entorno rural	19.1(11.6)		6.6(4.5)		39.4(7.1)	
Entorno del lugar de realización de la encuesta	Entorno urbano	24.7(12.9)	<0.001 ^c	7.6(6.2)	0.222 ^d	38.3(7.4)	0.072 ^d
	Entorno rural	18.1(11.4)		6.1(4.5)		40.1(6.6)	
Número de hijos conviviendo en el domicilio	Ningún hijo	22.2(12.2)	0.513 ^a	7.3(5.7)	0.390 ^b	38.5(7.2)	0.305 ^b
	1 hijo	18.9(12.4)		6.7(5.1)		39.3(7.1)	
	2 hijos	21.0(13.0)		6.1(4.9)		40.1(7.0)	
	Más de 2 hijos	20.5(13.5)		5.3(5.5)		41.5(4.8)	
Convive con familiares en el domicilio	Sí, de manera habitual	16.9(13.3)	0.428 ^a	6.1(5.5)	0.370 ^b	38.5(5.2)	0.658 ^b
	Sí, de manera intermitente	18.6(14.5)		8.9(5.4)		40.1(6.4)	
	No	21.5(12.4)		6.7(5.4)		39.3(7.2)	

AE: Agotamiento emocional; D: Despersonalización; RP: Autorrealización personal en el trabajo; M: Media; DT: Desviación típica; p: p-valor; N: Muestra; ^aANOVA; ^bH de Kruskal-Wallis; ^ct-Student asumiendo igualdad de varianzas por la prueba de Levene; ^dU de Mann-Whitney

La antigüedad en el puesto actual (tabla XLV) también tuvo un impacto en el AE, con peores niveles medios a mayor antigüedad (p -valor=0,007). Los profesionales que llevaban trabajando más de 10 años fueron los que presentaron mayores niveles medios de AE, seguidos en orden descendente por los que llevaban más de 2 años pero menos de 5 años, los que llevaban entre 5-9 años trabajando y finalmente los que tenían un tiempo trabajado de 1 a 2 años. Los profesionales que presentaron bajos niveles de AE fueron aquellos que llevaban menos de 1 año trabajando.

Tabla XLV. Relaciones entre las dimensiones del síndrome de *burnout* con los datos laborales. Profesión, funciones, contrato y antigüedad

Variables	Categorías	AE		D		RP	
		M(DT)	p	M(DT)	p	M(DT)	p
Profesión desempeñada en el centro de trabajo	Auxiliar de enfermería	20.7(12.4)	0.981 ^a	6.7(4.2)	0.088 ^b	39.2(7.4)	0.621 ^b
	Técnico en atención socio-sanitaria	20.3(16.7)		4.5(4.2)		41.1(4.7)	
	Técnico en atención a personas en situación de dependencia	18.0(4.2)		5.5(0.7)		46.0(0.0)	
	Auxiliar de geriatría	21.4(11.2)		7.8(6.2)		39.2(7.6)	
	Supervisor/a del personal auxiliar	20.3(13.3)		6.8(3.6)		42.6(4.1)	
	Supervisor/a de enfermería	15.0(4.0)		4.0(4.2)		41.0(5.2)	
	Enfermero/a	23.4(14.2)		7.9(6.7)		37.7(6.3)	
	Médico/a	20.4(21.2)		3.8(4.1)		37.7(7.5)	
	Psicólogo	19.6(14.0)		2.0(0.8)		39.4(4.6)	
	Trabajador/a social	25.8(9.4)		8.3(6.0)		39.4(7.3)	
	Fisioterapeuta	19.5(11.8)		7.8(5.5)		40.1(6.1)	
	Terapeuta ocupacional	21.0(10.9)		5.3(4.3)		41.3(7.0)	
Otras	15.6(7.5)	4.0(4.1)	35.6(12.4)				
Funciones desempeñadas en el centro de trabajo	Asistencial	20.6(12.7)	0.423 ^a	6.9(5.5)	0.815 ^b	39.3(7.2)	0.980 ^b
	Administración y gestión	23.6(10.1)		7.0(5.1)		39.0(8.0)	
	Ambas	23.4(12.0)		6.0(4.5)		39.4(6.2)	
Tipo de contrato (N=213)	Fijo	23.7(14.4)	0.522 ^a	8.5(6.8)	0.472 ^b	38.6(6.4)	0.378 ^b
	Indefinido	21.5(12.3)		6.5(5.1)		39.0(7.0)	
	Eventual	17.8(9.6)		8.9(6.9)		39.9(7.2)	
	Por obra y servicio	16.8(7.1)		4.8(2.4)		43.8(3.9)	
Otros	23.2(15.8)	7.0(4.2)	36.4(11.9)				
Antigüedad desarrollando su profesión	De 1 a 2 años	18.2(5.8)	0.337 ^a	5.3(3.6)	0.210 ^b	40.8(9.8)	0.296 ^b
	Más de 2 y menos de 5	18.3(11.9)		7.7(5.5)		40.3(6.3)	
	De 5 a 9 años	21.9(12.3)		6.7(5.3)		39.3(7.0)	
	De 10 a 19 años	23.1(13.9)		7.2(5.9)		37.9(7.3)	
	20 o más años	20.3(15.7)		3.4(3.5)		38.8(7.2)	
Antigüedad en el puesto actual	Menos de 1 año	13.1(11.2)	0.007 ^a	6.1(7.5)	0.778 ^b	40.4(9.5)	0.088 ^b
	De 1 a 2 años	17.9(10.0)		5.6(3.9)		42.0(4.9)	
	Más de 2 años a menos de 5	21.8(12.7)		6.9(5.5)		38.6(6.5)	
	De 5 a 9 años	21.2(12.5)		6.9(5.1)		39.3(7.1)	
	De 10 a 19 años	26.1(12.4)		7.4(5.9)		38.0(7.5)	

AE: Agotamiento emocional; D: Despersonalización; RP: Autorrealización personal en el trabajo; M: Media; DT: Desviación típica; p: p-valor; N: Muestra; ^aANOVA; ^bH de Kruskal-Wallis

Asimismo, con respecto a las variables referidas a la jornada laboral (tabla XLVI), los profesionales que trabajaban más de 42 horas semanales tuvieron una puntuación media mayor en la dimensión de AE (p -valor= $<0,001$), con valores altos de AE, seguidos de los que rotaban jornadas laborales de 35-36 horas ó 45-48 horas en semanas alternantes. Los que presentaron niveles de AE más bajos fueron los que tenían jornadas laborales de 20 o menos horas semanales seguidos de los que dedicaban 38-42 horas a la semana en sus puestos de trabajo (p -valor= $0,001$).

De igual manera, en las puntuaciones medias de la subescala de D, obtuvieron los mayores niveles de esta dimensión los que rotaban jornadas laborales de 35-36 horas ó 45-48 horas en semanas alternantes seguidos de los que trabajaban más de 42 horas semanales. Los profesionales que mostraron puntuaciones bajas en D fueron los que trabajaban menos horas a la semana, entre 20 o menos y los que tenían un horario laboral que cubría 35-37,5 horas semanales.

Tabla XLVI. Relaciones entre las dimensiones del síndrome de *burnout* con los datos laborales.
Jornada laboral

Variables	Categorías	AE		D		RP	
		M(DT)	p	M(DT)	p	M(DT)	p
Jornada de trabajo	Jornada continua entre semana (6-8 horas y 12 h)	19.1(12.0)	0.514 ^a	6.4(7.0)	0.894 ^b	41.1(4.4)	0.828 ^b
	Jornada continua entre semana (6-8 horas y 12 h) + fines de semanas/ festivos	21.1(12.5)		6.5(4.5)		39.5(6.6)	
	Jornada parcial (mañana y tarde) entre semana	18.3(15.2)		6.0(4.7)		39.9(7.7)	
	Jornada parcial (mañana y tarde) entre semana+ fines de semana/ festivos	19.5(11.2)		6.3(4.4)		38.2(8.2)	
	Jornada completa (mañana y tarde) entre semana + fines de semanas/ festivos alternando 6-8 horas/12 horas por semana	23.7(12.3)		8.3(7.4)		38.3(8.1)	
	Turno de trabajo	Mañanas	20.5(13.0)	0.498 ^a	5.7(3.8)	0.340 ^b	39.3(6.9)
Tardes		20.9(12.8)		6.4(7.1)		43.1(3.7)	
Noches		23.3(13.7)		9.5(5.9)		36.5(9.7)	
Rotatorio		20.1(12.3)		6.4(4.5)		39.0(6.9)	
Partida (mañana + tarde) todos los días entre semana		24.1(12.2)		8.6(7.4)		38.8(7.7)	
Número de horas semanales en el trabajo (N=225)		20 horas o menos	17.0(10.9)	<0.001 ^a	3.6(2.9)	0.001 ^b	39.9(8.2)
	21-34 horas	22.6(12.3)		8.1(5.2)		37.9(6.7)	
	35-37.5 horas	21.4(10.8)		5.2(3.8)		40.1(4.8)	
	38-42 horas	18.4(11.9)		6.1(4.5)		40.0(7.0)	
	Más de 42 horas	31.7(14.2)		9.8(8.2)		36.7(7.7)	
	Alternancia semana 36/48 horas o 35/45 horas	27.8(11.4)		11.9(6.5)		37.8(7.8)	
	Otros	27.6(14.6)		7.3(7.8)		33.8(11.5)	
Compatibiliza su profesión con otros trabajos (N=226)	Sí, de manera habitual	18.5(12.2)	0.423 ^a	6.4(5.6)	0.560 ^b	39.5(6.9)	0.986 ^b
	Sí, ocasionalmente	23.0(13.4)		7.7(5.5)		39.7(6.2)	
	No	21.2(12.4)		6.7(5.3)		39.2(7.2)	

AE: Agotamiento emocional; D: Despersonalización; RP: Autorrealización personal en el trabajo; M: Media; DT: Desviación típica; p: p-valor; N: Muestra; ^aANOVA; ^bH de Kruskal-Wallis

Por otro lado, se observó que existía un menor nivel de D entre los profesionales que dedicaban menos horas semanales a la atención de pacientes y familiares (1-20 horas), así como un mayor nivel de D entre los que más horas dedicaban (31-40 horas) (p -valor=0,018) (Tabla XLVII).

Tabla XLVII. Relaciones entre las dimensiones del síndrome de *burnout* con los datos laborales.
Desempleo y dedicación

Variables	Categorías	AE		D		RP	
		M(DT)	p	M(DT)	p	M(DT)	p
En los 2 últimos años, ¿ha estado en paro? (N=226)	Sí	18.3(13.1)	0.183 ^c	7.1(5.9)	0.653 ^d	40.2(7.9)	0.219 ^d
	No	21.6(12.4)		6.7(5.3)		39.2(6.9)	
Tiempo en paro en los últimos 2 años (N=226)	No ha estado en paro	21.6(12.4)	0.367 ^a	6.7(5.3)	0.094 ^b	39.2(6.9)	0.083 ^b
	De 1 a 6 meses	15.9(13.8)		5.1(3.1)		41.0(6.3)	
	Más de 6 meses hasta 1 año	24.7(12.3)		12.7(7.8)		41.3(7.4)	
	Más de 1 año hasta 2 años	17.5(17.7)		2(--)		23.5(12.0)	
	De manera intermitente	16.0(2.8)		5(--)		45.0(1.4)	
Comparte la profesión con su pareja (N=225)	Sí	22.6(14.8)	0.664 ^c	6.3(6.9)	0.414 ^d	38.3(5.2)	0.256 ^d
	No	21.2(12.3)		6.8(5.2)		39.4(7.2)	
Realiza guardia	No	21.0(12.6)	0.804 ^a	6.9(5.5)	0.578 ^b	39.4(7.2)	0.456 ^b
	2 veces al mes	23.6(11.7)		5.6(4.2)		38.2(5.3)	
	3 o más veces al mes	21.5(12.5)		5.4(4.5)		38.7(5.6)	
Turno en el que realiza guardia (N=223)	De 24 horas entre diario	9.0(--)	0.218 ^a	--(--)	0.527 ^b	46.0(--)	0.550 ^b
	De 24 horas en fines de semana o festivos	27.8(11.2)		7.7(8.1)		38.3(5.2)	
	De 24 horas entre diario, fines de semana o festivos según corresponda	25.4(11.5)		4.2(2.9)		38.3(5.3)	
	De fines de semana	12.5(8.2)		5.0(3.5)		38.5(3.4)	
	jornadas partidas	21.0(12.6)		6.9(5.5)		39.4(7.2)	

AE: Agotamiento emocional; D: Despersonalización; RP: Autorrealización personal en el trabajo; M: Media; DT: Desviación típica; p: p-valor; N: Muestra; ^aANOVA; ^bH de Kruskal-Wallis; ^ct-Student asumiendo igualdad de varianzas por la prueba de Levene; ^dU de Mann-Whitney

Tabla XLVII (Continuación) Relaciones entre las dimensiones del síndrome de *burnout* con los datos laborales. Desempleo y dedicación

Variables	Categorías	AE		D		RP	
		M(DT)	p	M(DT)	p	M(DT)	P
Área geriátrica usual que tiene asignada*	Usuarios autónomos e independientes	21.2(12.8)	0.791 ^a	6.5(5.0)	0.992 ^a	39.6(7.0)	0.995 ^a
	Pacientes con dependencia moderada	21.6(12.6)		6.6(5.2)		39.4(6.8)	
	Pacientes con dependencia severa	22.8(12.6)		6.9(5.3)		39.1(6.8)	
	Pacientes con gran dependencia	21.9(12.7)		7.0(5.6)		38.9(6.9)	
	Pacientes con gran dependencia tras ictus	22.0(12.8)		6.8(5.4)		39.3(6.9)	
	Pacientes con gran dependencia por enfermedad crónica nefrológica	22.6(12.9)		7.2(5.8)		39.1(6.9)	
	Pacientes con gran dependencia por enfermedad crónica respiratoria	23.3(12.8)		7.1(5.6)		39.2(6.8)	
	Pacientes con gran dependencia y trastorno mental grave	23.7(12.6)		7.2(5.6)		39.3(6.2)	
	Pacientes con demencia	21.7(12.7)		6.9(5.2)		39.3(6.7)	
	Pacientes oncológicos	23.3(12.8)		7.1(5.4)		38.8(6.9)	
	Enfermos en situación terminal	22.1(13.4)		7.0(5.6)		38.9(7.0)	
Número de horas semanales de atención a familiares y pacientes	1-20 horas	15.5(10.5)	0.094 ^a	4.1(3.1)	0.018 ^b	41.4(6.2)	0.122 ^b
	21-30 horas	19.2(10.0)		5.8(5.3)		38.7(7.8)	
	31-40 horas	22.3(13.0)		7.6(5.7)		38.6(7.2)	
	41-50 horas	22.5(10.8)		4.8(3.2)		41.9(5.5)	
	> 50 horas	21.2(17.8)		6.8(6.7)		40.0(4.8)	
Número de pacientes que trata asistencialmente	1-10	21.3(14.5)	0.067 ^a	6.8(6.6)	0.918 ^b	37.6(7.8)	0.120 ^b
	11-20	18.5(13.3)		6.5(4.1)		40.5(6.8)	
	21-30	17.8(10.4)		6.8(5.3)		40.5(7.9)	
	31-40	20.8(12.1)		6.7(5.5)		39.0(7.3)	
	41-50	21.2(10.4)		4.8(3.1)		38.3(7.8)	
	51-100	26.2(12.1)		7.7(5.7)		38.4(5.0)	
	101-120	25.2(16.3)		8.8(11.0)		38.3(6.4)	
	> 120	20.8(11.3)		6.2(5.0)		41.0(9.1)	

AE: Agotamiento emocional; D: Despersonalización; RP: Autorrealización personal en el trabajo; M: Media; DT: Desviación típica; p: p-valor; N: Muestra; ^aANOVA; ^bH de Kruskal-Wallis; ^ct-Student asumiendo igualdad de varianzas por la prueba de Levene; ^dU de Mann-Whitney

También, aquellos profesionales que habían estado de baja laboral (tabla XLVIII) en el último año, presentaron de media mayor puntuación en AE frente a los que no habían estado de baja (p-valor=0,012).

Tabla XLVIII. Relaciones entre las dimensiones del síndrome de *burnout* con los datos laborales.
Bajas laborales y vacaciones

Variables	Categorías	AE		D		RP	
		M(DT)	p	M(DT)	p	M(DT)	p
Baja laboral en el último año (N=226)	Sí	26.0(12.2)	0.012 ^c	7.0(5.4)	0.740 ^d	38.7(6.9)	0.429 ^d
	No	20.1(12.2)		6.6(5.2)		39.4(7.0)	
Tiempo de baja en el último año (N=214)	Ninguno	20.1(12.2)	0.090 ^a	6.6(5.2)	0.427 ^b	39.4(7.0)	0.193 ^b
	Una semana o menos	21.9(12.8)		6.8(6.5)		38.8(7.9)	
	Más de una semana hasta 1 mes	27.3(8.9)		7.2(5.0)		34.2(6.9)	
	Más de 1 mes	33.3(8.4)		11.3(6.1)		36.5(6.2)	
¿Solicita vacaciones en el trabajo? (N=205)	Sí	21.7(12.9)	0.419 ^e	6.6(5.2)	0.353 ^d	39.0(6.8)	0.263 ^d
	No	20.1(10.0)		7.3(5.6)		39.9(7.7)	
Última vez que solicitó vacaciones en el trabajo (N=168)	Coeficiente Rho de Spearman	0.078	0.318	0.007	0.934	-0.138	0.074
Tiempo que estuvo de vacaciones (N=215)	Menos de 1 semana	21.3(13.0)	0.070 ^a	9.0(5.7)	0.126 ^b	36.9(5.6)	0.075 ^b
	1 semana	18.6(12.6)		5.1(4.5)		40.5(6.9)	
	2 semanas	23.4(12.9)		7.2(5.1)		38.6(7.1)	
	3 semanas	20.5(21.9)		7.0(1.4)		32.0(1.4)	
	1 mes	20.0(11.1)		6.3(5.1)		40.0(6.4)	
	Nada	13.4(9.3)		10.4(10.6)		41.6(6.9)	

AE: Agotamiento emocional; D: Despersonalización; RP: Autorrealización personal en el trabajo; M: Media; DT: Desviación típica; p: p-valor; N: Muestra; ^aANOVA; ^bH de Kruskal-Wallis; ^ct-Student asumiendo igualdad de varianzas por la prueba de Levene; ^dU de Mann-Whitney

Al igual que en el caso de la FC, haber pensado seriamente en abandonar el trabajo, haber disminuido la ilusión por su trabajo, no sentirse valorado por los pacientes, familiares, compañeros y superiores, haber iniciado la búsqueda de otro trabajo y estar tomando psicofármacos recetados también se relacionaron con peores niveles medios de las tres dimensiones del síndrome de *burnout* (tabla XLIX):

- Haber pensado seriamente en abandonar el trabajo en el último año: los profesionales de los centros de mayores que habían rumiado este pensamiento en los últimos 12 meses, presentaron, frente a los que no habían tenido este tipo de pensamientos, niveles altos de AE (p-valor= $<0,001$), niveles medios de D (p-valor= $<0,001$) y niveles bajos de RP en el trabajo (p-valor= $<0,001$).
- Disminución de la ilusión por el trabajo: los profesionales que manifestaron no sentir la misma ilusión por el trabajo que cuando comenzaron, presentaron niveles altos de AE frente a los que sí mantenían la misma ilusión o cuya ilusión percibían aumentada con respecto al inicio de sus carreras profesionales, los cuales mostraron niveles bajos en esta dimensión (p-valor= $<0,001$).

Igualmente, los que habían disminuido su ilusión por el trabajo, presentaron mayores puntuaciones en la subescala de D, con niveles medios en esta (p-valor= $<0,001$) y menores puntuaciones en la dimensión de RP en el trabajo (p-valor= $<0,001$).

- Valoración profesional: aquellos participantes que no se sentían valorados por los pacientes a los que cuidaban, mostraron puntuaciones más elevadas en AE (p-valor= $<0,001$), D (p-valor= $0,006$) así como puntuaciones más bajas en RP en el trabajo (p-valor= $0,013$) frente a los que sí se sentían valorados.

De igual manera, los profesionales que declararon no sentirse valorados por los familiares de dichos pacientes también presentaron mayores niveles de AE (p-valor= $<0,001$), D (p-valor= $0,047$) y menores niveles de RP en el trabajo (p-valor= $0,001$).

Por otro lado, los profesionales de los centros de mayores que no se sentían valorados ni por sus compañeros de trabajo ni por su supervisor/a de enfermería (en el

caso de enfermeros/as y profesionales con funciones de auxiliar de enfermería) ni por el director/a del centro de mayores, presentaron igualmente mayores niveles de AE (p-valor= <0,001; p-valor= <0,001 y p-valor= <0,001 respectivamente), de D (p-valor=<0,001; p-valor=0,012 y p-valor= <0,001 respectivamente) y menores niveles de RP en el trabajo (p-valor=<0,001; p-valor= <0,001 y p-valor= <0,001 respectivamente).

- Búsqueda de un nuevo trabajo: los profesionales que habían iniciado la búsqueda de otro trabajo en el último año, mostraron frente a los que no habían iniciado la citada búsqueda, mayores niveles de AE (p-valor= <0,001) y menores niveles de RP en el trabajo (p-valor=0,007).

- Consumo de psicofármacos: los sujetos que declararon tomar psicofármacos recetados médicamente, exhibieron mayores niveles de AE (p-valor= <0,001), de D (p-valor= 0,046) y menor RP en el trabajo (p-valor= 0,001).

- Consultas de salud: en referencia a aquellos profesionales que habían necesitado consultar en el último año con algún profesional sanitario para tratar dolencias relacionadas con el trabajo, se observaron niveles medios de AE (p-valor=0,001) en aquellos que sí habían tenido que consultar frente a los que no lo hicieron.

A diferencia de la FC, en la que los que acudían a un psicólogo tenían una puntuación mayor, en este caso, son los que visitaron a médicos especialistas los que presentaron un mayor AE (tabla XLIX). De este modo, los niveles de AE fueron altos en los profesionales que se vieron obligados a consultar con un médico especialista o con un psicólogo frente a niveles medios en los que acudieron a la consulta del médico de cabecera o fisioterapeuta.

Tabla XLIX. Relaciones entre las dimensiones del síndrome de *burnout* con los datos laborales.
Realización personal

Variables	Categorías	AE		D		RP	
		M(DT)	p	M(DT)	p	M(DT)	p
En el último año, ¿ha pensado seriamente en abandonar su trabajo? (N=226)	Sí	32.0(11.2)	<0.001 ^c	9.8(6.2)	<0.001 ^d	36.6(6.6)	<0.001 ^d
	No	17.7(10.9)		5.7(4.6)		40.1(7.0)	
¿Mantiene la misma ilusión por su trabajo que cuando comenzó? (N=226)	Sí	16.1(10.0)	<0.001 ^a	5.7(4.6)	<0.001 ^b	40.6(6.8)	<0.001 ^b
	No, aumentado	15.1(10.4)		3.3(2.9)		40.9(7.6)	
	No, disminuido	30.4(11.0)		8.9(5.9)		36.6(6.5)	
A nivel laboral, ¿se siente valorado por los pacientes a los que cuida/trata? (N=210)	Sí	18.9(11.7)	<0.001 ^c	6.3(5.2)	0.006 ^d	40.1(6.9)	0.013 ^d
	No	30.1(11.2)		9.1(5.8)		37.4(6.4)	
A nivel laboral, ¿se siente valorado por los familiares de los pacientes a los que cuida/trata? (N=204)	Sí	18.3(11.4)	<0.001 ^c	6.2(4.8)	0.047 ^d	40.1(7.0)	0.001 ^d
	No	30.4(11.9)		8.6(6.6)		36.8(6.2)	
A nivel laboral, ¿se siente valorado por sus compañeros/as de trabajo? (N=206)	Sí	20.0(11.9)	<0.001 ^c	6.2(4.9)	<0.001 ^d	40.5(6.4)	<0.001 ^d
	No	30.8(12.4)		9.7(5.2)		33.0(6.5)	
A nivel laboral, ¿se siente valorado por su supervisor/a de enfermería? (N=186)	Sí	18.7(12.1)	<0.001 ^c	6.5(5.2)	0.012 ^d	40.7(6.4)	<0.001 ^d
	No	29.9(10.5)		8.8(5.1)		36.1(6.7)	
A nivel laboral, ¿se siente valorado por el/a director/a de su centro? (N=297)	Sí	16.3(10.2)	<0.001 ^c	5.4(4.0)	<0.001 ^d	41.2(6.1)	<0.001 ^d
	No	32.0(11.7)		9.1(6.2)		35.3(6.7)	
En el último año, ¿ha iniciado la búsqueda de otro trabajo?	Sí	28.1(10.7)	<0.001 ^c	8.0(6.8)	0.321 ^d	36.4(7.2)	0.007 ^d
	No	19.9(12.4)		6.5(5.0)		39.8(6.9)	
¿Frecuentemente toma psicofármacos recetados médicamente? (N=226)	Sí	30.2(12.4)	<0.001 ^c	8.5(5.5)	0.046 ^d	35.0(7.0)	0.001 ^d
	No	20.1(12.0)		6.5(5.3)		39.8(6.9)	
En el último año, ¿ha consultado con algún profesional para tratar alguna dolencia relacionada con su trabajo? (N=225)*	No	17.3(12.2)	0.001 ^a	7.5(5.4)	0.252 ^b	38.7(6.7)	0.261 ^b
	Médico	26.2(12.0)		8.3(6.1)		38.7(6.8)	
	Médico cabecera	33.1(12.0)		6.8(3.8)		38.5(7.2)	
	Médico especialista	30.0(8.5)		11.3(2.5)		34.9(7.7)	
	Psicólogo	23.5(11.7)		7.4(5.4)		38.5(7.0)	
Fisioterapeuta							

AE: Agotamiento emocional; D: Despersonalización; RP: Autorrealización personal en el trabajo; M: Media; DT: Desviación típica; p: p-valor; N: Muestra; ^aANOVA; ^bH de Kruskal-Wallis; ^ct-Student asumiendo igualdad de varianzas por la prueba de Levene; ^dU de Mann-Whitney; *Puede tener más de una opción

Finalmente, los profesionales que padecían alguna enfermedad crónica (tabla L) también tuvieron peor nivel de AE que los que no la padecían (p-valor= 0,004).

Además, se detectaron mayores niveles de D (p-valor=0,032) en aquellos profesionales que como acciones terapéuticas a lo largo del mes practicaban la escritura reflexiva frente a los que realizaban actividades de gestión de emociones, minimeditación, identificación de emociones, relajación, actividades de formación continua de forma voluntaria o escapadas de viaje (tabla L).

Tabla L. Relaciones entre las dimensiones del síndrome de *burnout* con los datos de recursos personales

Variables	Categorías	AE		D		RP	
		M(DT)	p	M(DT)	p	M(DT)	p
¿Padece alguna enfermedad crónica? (N=221)	Sí	26.3(11.6)	0.004 ^c	7.4(6.2)	0.567 ^d	38.3(6.1)	0.162 ^d
	No	19.8(12.3)		6.6(5.2)		39.5(7.1)	
En el último mes, ¿ha practicado alguna de las siguientes acciones? (N=225)*	Relajación	25.2(11.2)	0.071 ^a	6.0(3.5)	0.032 ^b	38.2(5.7)	0.662 ^b
	Minimeditación/Identificación de emociones	25.9(13.0)		4.6(3.9)		41.3(4.4)	
	Gestión de emociones	23.4(13.6)		3.2(3.5)		42.9(2.7)	
	Escritura reflexiva	24.3(14.6)		8.3(5.4)		40.2(7.1)	
	Autocuidado	25.4(12.8)		6.0(4.3)		39.8(5.5)	
	Actividades de formación continua de manera voluntaria	22.0(12.5)		6.3(5.7)		39.9(5.7)	
	Retiros especializados/Talleres de autocuidado/Talleres de intervención de equipo	17.0(11.0)		6.7(6.0)		38.7(6.0)	
	Escapada de viaje	20.6(12.3)		6.0(4.7)		39.6(6.1)	
	Quedada con amigos no relacionados con mi trabajo	21.7(12.3)		6.7(5.2)		39.1(6.8)	
	Quedada con familiares	21.8(12.1)		6.9(5.2)		39.0(6.8)	
¿Con qué frecuencia a la semana ha realizado las acciones? (N=216)	No he practicado nada	22.3(16.7)	0.306 ^a	12.8(11.4)	0.531 ^b	41.6(9.5)	0.524 ^b
	De manera aislada	22.6(12.0)		7.4(5.6)		38.3(7.7)	
	1 hora/semana	28.8(13.6)		4.5(3.3)		39.1(5.9)	
	2 horas/semana	22.4(14.2)		6.2(4.6)		39.5(7.7)	
	3 horas/semana	22.4(11.4)		6.1(4.4)		38.4(6.2)	
	4 horas/semana	23.6(13.8)		9.6(6.3)		39.9(6.6)	
	5 horas/semana	18.1(12.2)		5.8(5.5)		39.0(5.6)	
	Más de 5 horas/semana	18.6(12.1)		6.1(5.0)		40.6(6.1)	

AE: Agotamiento emocional; D: Despersonalización; RP: Autorrealización personal en el trabajo; M: Media; DT: Desviación típica; p: p-valor; N: Muestra; ^aANOVA; ^bH de Kruskal-Wallis; ^ct-Student asumiendo igualdad de varianzas por la prueba de Levene; ^dU de Mann-Whitney *Puede tener más de una opción

Tabla L (Continuación) Relaciones entre las dimensiones del síndrome de *burnout* con los datos de recursos personales

Variables	Categorías	AE		D		RP	
		M(DT)	p	M(DT)	p	M(DT)	P
¿Realiza alguna actividad de manera consciente para evadirse de su trabajo? (N=226)	Sí	22.4(12.1)	0.123 ^c	7.0(5.4)	0.443 ^d	38.9(6.4)	0.090 ^d
	No	19.8(12.9)		6.5(5.3)		39.8(7.5)	
En caso afirmativo, ¿qué actividad/es realiza de manera consciente para evadirse de su trabajo? (N=225)*	Quedar con familia y/o amigos/viajar	21.8(11.5)	0.685 ^a	6.7(5.1)	0.139 ^b	39.0(6.5)	0.722 ^b
	Actividad física	21.6(12.2)		6.8(5.1)		39.3(6.0)	
	Manualidades/Actividades domésticas	19.1(10.3)		5.6(4.5)		40.5(5.8)	
	Formación/Acompañamiento	24.5(14.5)		8.6(6.7)		39.0(6.9)	
	Cine, teatro, Internet, visita exposiciones, música, baile	20.6(14.1)		5.4(4.7)		38.6(6.8)	
	Técnicas de relajación	33.1(13.6)		8.7(8.3)		32.6(9.9)	
¿Con qué frecuencia a la semana realiza la actividad? (N=226)	No hago actividades de manera conscientes para evadirme del trabajo	19.8(12.9)	0.790 ^a	6.5(5.3)	0.418 ^b	39.8(7.5)	0.588 ^b
	Ocasionalmente	22.8(4.7)		6.8(3.2)		40.4(8.9)	
	1 hora/semana	25.2(11.4)		8.2(6.5)		37.9(5.9)	
	2 horas/semana	24.2(12.5)		7.9(6.0)		37.7(6.8)	
	3 horas/semana	21.4(15.6)		4.4(2.9)		39.9(5.4)	
	4 horas/semana	21.7(9.8)		4.9(3.4)		38.1(8.2)	
	5 horas/semana	20.7(12.3)		6.5(5.4)		38.7(5.3)	
Más de 5 horas/semana	21.7(12.9)	8.4(6.2)	39.8(6.1)				

AE: Agotamiento emocional; D: Despersonalización; RP: Autorrealización personal en el trabajo; M: Media; DT: Desviación típica; p: p-valor; N: Muestra; ^aANOVA; ^bH de Kruskal-Wallis; ^ct-Student asumiendo igualdad de varianzas por la prueba de Levene; ^dU de Mann-Whitney *Puede tener más de una opción

3.2.2. Análisis bivariante. Relaciones entre la presencia/ausencia de síndrome de *burnout* (MBI) con las variables sociodemográficas, laborales y recursos personales

Se presentan a continuación las variables relacionadas con la presencia de síndrome de *burnout* (MBI). De los datos sociodemográficos, el entorno del lugar de residencia, se relacionó tal y como se observa en la tabla LI, con las personas con síndrome de *burnout* más concentradas en entornos urbanos (p-valor=0,007).

Tabla LI. Relaciones entre el síndrome de burnout con las variables sociodemográficas

Variables	Categorías	SB N(%)		
		Sí	No	p
Edad	20-29	3(27.3)	61(28.2)	0.307 ^g
	30-39	4(36.4)	74(34.3)	
	40-49	4(36.4)	51(23.6)	
	50 o más	0(0.0)	30(13.9)	
Sexo	Hombre	2(18.2)	23(10.6)	0.469 ^g
	Mujer	9(81.8)	193(89.4)	
Nivel de estudios	Secundaria/FP grado medio	4(36.4)	101(46.8)	0.095 ^g
	Bachillerato/FP grado superior	0(0.0)	31(14.4)	
	Estudios universitarios	7(63.6)	84(38.9)	
Estado civil	Sin pareja	3(27.3)	41(19.0)	0.477 ^g
	Con pareja estable	5(45.5)	77(35.6)	
	Casado/a-Pareja de hecho	3(27.3)	98(45.4)	
Entorno del lugar de residencia (N=226)	Entorno urbano	10(90.9)	114(53.0)	0.007 ^g
	Entorno rural	1(9.1)	101(47.0)	
Entorno del lugar de realización de la encuesta	Entorno urbano	8(72.7)	96(44.4)	0.066 ^f
	Entorno rural	3(27.3)	120(55.6)	
Número de hijos conviviendo en el domicilio	Ningún hijo	6(54.5)	101(46.8)	0.648 ^g
	1 hijo	2(18.2)	44(20.4)	
	2 hijos	3(27.3)	56(25.9)	
	Más de 2 hijos	0(0.0)	15(6.9)	
Convive con familiares en el domicilio	Sí, de manera habitual	0(0.0)	11(5.1)	0.435 ^g
	Sí, de manera intermitente	1(9.1)	8(3.7)	
	No	10(90.9)	197(91.2)	

SB: Síndrome de *burnout*; N: Muestra; p:p-valor; ^fChi-cuadrado de Pearson; ^gRazón de verosimilitudes

Ninguna de las variables relativas a la profesión, funciones, contrato y antigüedad resultó estar relacionada con la presencia de síndrome de *burnout* (Tabla LII).

Tabla LII. Relaciones entre el síndrome de *burnout* con los datos laborales. Profesión, funciones, contrato y antigüedad

Variables	Categorías	SB N(%)		
		Sí	No	p
Profesión desempeñada en el centro de trabajo	Auxiliar de enfermería	1(9.1)	59(27.3)	0.528 ⁹
	Técnico en atención sociosanitaria	0(0.0)	10(4.6)	
	Técnico en atención a personas en situación de dependencia	0(0.0)	2(0.9)	
	Auxiliar de geriatría	3(27.3)	57(26.4)	
	Supervisor/a del personal auxiliar	0(0.0)	7(3.2)	
	Supervisor/a de enfermería	0(0.0)	3(1.4)	
	Enfermero/a	3(27.3)	35(16.2)	
	Médico/a	0(0.0)	7(3.2)	
	Psicólogo	0(0.0)	7(3.2)	
	Trabajador/a social	1(9.1)	4(1.9)	
	Fisioterapeuta	2(18.2)	8(3.7)	
	Terapeuta ocupacional	1(9.1)	12(5.6)	
	Otras	0(0.0)	5(2.3)	
Funciones desempeñadas en el centro de trabajo	Asistencial	8(72.7)	178(82.4)	0.624 ⁹
	Administración y gestión	1(9.1)	7(3.2)	
	Ambas	2(18.2)	31(14.4)	
Tipo de contrato (N=213)	Fijo	4(36.4)	24(11.9)	0.164 ⁹
	Indefinido	7(63.6)	149(73.8)	
	Eventual	0(0.0)	16(7.9)	
	Por obra y servicio	0(0.0)	6(3.0)	
	Otros	0(0.0)	7(3.5)	
Antigüedad desarrollando su profesión	De 1 a 2 años	0(0.0)	11(5.1)	0.508 ⁹
	Más de 2 y menos de 5	2(18.2)	48(22.2)	
	De 5 a 9 años	5(45.5)	106(49.1)	
	De 10 a 19 años	4(36.4)	42(19.4)	
	20 o más años	0(0.0)	9(4.2)	
Antigüedad en el puesto actual	Menos de 1 año	0(0.0)	19(8.8)	0.326 ⁹
	De 1 a 2 años	0(0.0)	23(10.6)	
	Más de 2 años a menos de 5	4(36.4)	62(28.7)	
	De 5 a 9 años	5(45.5)	82(38.0)	
	De 10 a 19 años	2(18.2)	30(13.9)	

SB: Síndrome de *burnout*; N: Muestra; p:p-valor; ⁹Razón de verosimilitudes

El número de horas semanales en el trabajo también jugó un papel importante (tabla LIII), si bien cabe destacar que esta variable tiene 7 categorías para un total de 11 individuos con síndrome de *burnout*, por lo que su distribución podría no estar representando la verdadera distribución de la población. En este sentido, hubo un mayor porcentaje de síndrome de *burnout* entre los que trabajan rotando cada dos semanas el número total de horas alternando horarios de 35-36 horas o de 45-48 horas, así como los que trabajaban 21-34 horas semanales y los que tenían un horario de 38-42 horas a la semana (p-valor= 0,013).

Tabla LIII. Relaciones entre el síndrome de *burnout* con los datos laborales. Jornada laboral

Variables	Categorías	SB N(%)		
		Sí	No	p
Jornada de trabajo	Jornada continua entre semana (6-8 horas y 12 h)	0(0.0)	17(7.9)	0.103 ⁹
	Jornada continua entre semana (6-8 horas y 12 h) + fines de semanas/ festivos	3(27.3)	127(58.8)	
	Jornada parcial (mañana y tarde) entre semana	2(18.2)	13(6.0)	
	Jornada parcial (mañana y tarde) entre semana+ fines de semana/ festivos	2(18.2)	20(9.3)	
	Jornada completa (mañana y tarde) entre semana + fines de semanas/ festivos alternando 6-8 horas/12 horas por semana	4(36.4)	39(18.1)	
Turno de trabajo	Mañanas	1(9.1)	39(18.1)	0.077 ⁹
	Tardes	0(0.0)	20(9.3)	
	Noches	2(18.2)	6(2.8)	
	Rotatorio	4(36.4)	113(52.3)	
	Partida (mañana + tarde) todos los días entre semana	4(36.4)	38(17.6)	
Número de horas semanales en el trabajo (N=225)	20 horas o menos	0(0.0)	16(7.5)	0.013 ⁹
	21-34 horas	3(27.3)	14(6.5)	
	35-37.5 horas	0(0.0)	38(17.8)	
	38-42 horas	4(36.4)	109(50.9)	
	Más de 42 horas	0(0.0)	18(8.4)	
	Alternancia semana 36/48 horas o 35/45 horas	3(27.3)	15(7.0)	
	Otros	1(9.1)	4(1.9)	
Compatibiliza su profesión con otros trabajos (N=226)	Sí, de manera habitual	3(27.3)	20(9.3)	0.203 ⁹
	Sí, ocasionalmente	2(18.2)	30(14.0)	
	No	6(54.5)	165(76.7)	

SB: Síndrome de *burnout*; N: Muestra; p:p-valor; ⁹Razón de verosimilitudes

Tampoco se encontraron relaciones con las variables relativas al desempleo y la dedicación, como puede observarse en la tabla LIV.

Tabla LIV. Relaciones entre el síndrome de *burnout* con los datos laborales. Desempleo y dedicación

Variables	Categorías	SB N(%)		
		Sí	No	p
En los 2 últimos años, ¿ha estado en paro? (N=226)	Sí	0(0.0)	30(14.0)	0.073 ^g
	No	11(100.0)	185(86.0)	
Tiempo en paro en los últimos 2 años (N=226)	No ha estado en paro	11(100.0)	185(86.0)	0.522 ^g
	De 1 a 6 meses	0(0.0)	18(8.4)	
	Más de 6 meses hasta 1 año	0(0.0)	8(3.7)	
	Más de 1 año hasta 2 años	0(0.0)	2(0.9)	
	De manera intermitente	0(0.0)	2(0.9)	
Comparte la profesión con su pareja (N=225)	Sí	0(0.0)	16(7.5)	0.197 ^g
	No	11(100.0)	198(92.5)	
Realiza guardia	No	10(90.9)	192(88.9)	0.578 ^g
	2 veces al mes	0(0.0)	10(4.6)	
	3 o más veces al mes	1(9.1)	14(6.5)	
Turno en el que realiza guardia (N=223)	De 24 horas entre diario	0(0.0)	1(0.5)	0.621 ^g
	De 24 horas en fines de semana o festivos	1(9.1)	5(2.4)	
	De 24 horas entre diario, fines de semana o festivos según corresponda	0(0.0)	10(4.7)	
	De fines de semana jornadas partidas	0(0.0)	4(1.9)	
	No guardias	10(90.9)	192(90.6)	
Área geriátrica usual que tiene asignada*	Usuarios autónomos e independientes	10(90.9)	168(77.8)	0.933 ^g
	Pacientes con dependencia moderada	10(90.9)	181(83.8)	
	Pacientes con dependencia severa	11(100.0)	171(79.2)	
	Pacientes con gran dependencia	10(90.9)	173(80.1)	
	Pacientes con gran dependencia tras ictus	10(90.9)	160(74.1)	
	Pacientes con gran dependencia por enfermedad crónica nefrológica	7(63.6)	118(54.6)	
	Pacientes con gran dependencia por enfermedad crónica respiratoria	10(90.9)	135(62.5)	
	Pacientes con gran dependencia y trastorno mental grave	9(81.8)	140(64.8)	
	Pacientes con demencia	11(100.0)	185(85.6)	
	Pacientes oncológicos	10(90.9)	139(64.4)	
	Enfermos en situación terminal	10(90.9)	133(61.6)	
Número de horas semanales de atención a familiares y pacientes	1-20 horas	1(9.1)	29(13.4)	0.561 ^g
	21-30 horas	1(9.1)	17(7.9)	
	31-40 horas	9(81.8)	145(67.1)	
	41-50 horas	0(0.0)	20(9.3)	
	> 50 horas	0(0.0)	5(2.3)	
Número de pacientes que trata asistencialmente	1-10	1(9.1)	25(11.6)	0.153 ^g
	11-20	0(0.0)	45(20.8)	
	21-30	2(18.2)	40(18.5)	
	31-40	2(18.2)	37(17.1)	
	41-50	0(0.0)	17(7.9)	
	51-100	5(45.5)	41(19.0)	
	101-120	0(0.0)	6(2.8)	
	> 120	1(9.1)	5(2.3)	

SB: Síndrome de *burnout*; ^gRazón de verosimilitudes N: muestra p: valor-p *Puede tener más de una opción

Haber solicitado vacaciones (tabla LV) en el trabajo también se relacionó con la presencia de *burnout* (p-valor= 0,043).

Tabla LV. Relaciones entre el síndrome de *burnout* con los datos laborales. Bajas laborales y vacaciones

Variables	Categorías	SB N(%)		
		Sí	No	p
Baja laboral en el último año (N=226)	Sí No	1(10.0) 9(90.0)	33(15.3) 183(84.7)	0.631 ^g
Tiempo de baja en el último año (N=214)	Ninguno Una semana o menos Más de una semana hasta 1 mes Más de 1 mes	9(90.0) 1(10.0) 0(0.0) 0(0.0)	183(89.7) 11(5.4) 6(2.9) 4(2.0)	0.740 ^g
¿Solicita vacaciones en el trabajo? (N=205)	Sí No	10(100.0) 0(0.0)	158(81.0) 37(19.0)	0.043 ^g
Última vez que solicitó vacaciones en el trabajo (N=168)	Número medio de meses (DT)	6.2(4.1)	6.3(3.3)	0.700 ^d
Tiempo que estuvo de vacaciones (N=215)	Menos de 1 semana 1 semana 2 semanas 3 semanas 1 mes Nada	2(20.0) 1(10.0) 5(50.0) 0(0.0) 2(20.0) 0(0.0)	6(2.9) 43(21.0) 108(52.7) 2(1.0) 34(16.6) 12(5.9)	0.312 ^g
SB: Síndrome de <i>burnout</i> ; N: Muestra; p:p-valor; ^d U de Mann-Whitney; ^g Razón de verosimilitudes; *Puede tener más de una opción				

Análogamente, haber pensado en abandonar su trabajo (p-valor=<0,001), haber mantenido o modificado la ilusión por el trabajo (p-valor=0,003), sentirse valorado por los familiares de los pacientes (p-valor=0,015), compañeros (p-valor=<0,001) y director (p-valor=<0,001) y haber consultado con algún profesional para tratar alguna dolencia relacionada con su trabajo (p-valor=0,008) se relacionó con la presencia de síndrome de *burnout* (tabla LVI).

Tabla LVI. Relaciones entre el síndrome de *burnout* con los datos laborales. Realización personal

Variables	Categorías	SB N(%)		
		Sí	No	p
En el último año, ¿ha pensado seriamente en abandonar su trabajo? (N=226)	Sí No	8(72.7) 3(27.3)	44(20.5) 171(79.5)	<0.001 ^g
¿Mantiene la misma ilusión por su trabajo que cuando comenzó? (N=226)	Sí	2(18.2)	117(54.4)	0.003 ^g
	No, ha aumentado	0(0.0)	27(12.6)	
	No, ha disminuido	9(81.8)	71(33.0)	
A nivel laboral, ¿se siente valorado por los pacientes a los que cuida/trata? (N=210)	Sí No	6(66.7) 3(33.3)	171(85.1) 30(14.9)	0.180 ^g
A nivel laboral, ¿se siente valorado por los familiares de los pacientes a los que cuida/trata? (N=204)	Sí No	5(45.5) 6(54.5)	154(79.8) 39(20.2)	0.015 ^g
A nivel laboral, ¿se siente valorado por sus compañeros/as de trabajo? (N=206)	Sí No	4(36.4) 7(63.6)	172(88.2) 23(11.8)	<0.001 ^g
A nivel laboral, ¿se siente valorado por su supervisor/a de enfermería? (N=186)	Sí No	5(55.6) 4(44.4)	146(82.5) 31(17.5)	0.070 ^g
A nivel laboral, ¿se siente valorado por el/a director/a de su centro? (N=297)	Sí No	1(9.1) 10(90.9)	136(73.1) 50(26.9)	<0.001 ^g
En el último año, ¿ha iniciado la búsqueda de otro trabajo?	Sí No	4(36.4) 7(63.6)	31(14.4) 185(85.6)	0.080 ^g
¿Frecuentemente toma psicofármacos recetados médicamente? (N=226)	Sí	3(27.3)	22(10.2)	0.125 ^g
	No	8(72.7)	193(89.8)	
En el último año, ¿ha consultado con algún profesional para tratar alguna dolencia relacionada con su trabajo? (N=225)*	No	2(18.2)	97(45.5)	0.008 ^g
	Médico de cabecera	8(72.7)	57(26.6)	
	Médico especialista	0(0.0)	14(6.5)	
	Psicólogo	2(18.2)	5(2.3)	
	Fisioterapeuta	4(36.4)	78(36.4)	

SB: Síndrome de *burnout*; N: Muestra; p:p-valor; ^gRazón de verosimilitudes; *Puede tener más de una opción

Finalmente, cabe señalar que ninguna de las variables relativas a los recursos personales se relacionó con la presencia de síndrome de *burnout* (tabla LVII).

No obstante, es importante volver a señalar que el número de casos de profesionales con síndrome de *burnout* es demasiado pequeño (11 personas), hecho que nos obliga a interpretar estos resultados con cautela, ya que las diferencias encontradas podrían deberse también al azar.

Tabla LVII. Relaciones entre el síndrome de *burnout* con los datos de recursos personales

Variables	Categorías	SB N(%)		
		Sí	No	p
¿Padece alguna enfermedad crónica? (N=221)	Sí No	2(20.0) 8(80.0)	34(16.1) 177(83.9)	0.752 ^g
En el último mes, ¿ha practicado alguna de las siguientes acciones? (N=225)*	Relajación Minimeditación/Identificación de emociones Gestión de emociones Escritura reflexiva Autocuidado Actividades de formación continua de manera voluntaria Retiros especializados/Talleres de autocuidado/Talleres de intervención de equipo Escapada de viaje Quedada con amigos no relacionados con mi trabajo Quedada con familiares	1(9.1) 0(0.0) 0(0.0) 2(18.2) 2(20.0) 2(18.2) 1(9.1) 4(36.4) 8(72.7) 9(81.8)	24(11.2) 13(6.1) 8(3.7) 10(4.7) 25(11.7) 51(23.9) 10(4.7) 93(43.5) 170(79.4) 169(79.0)	0.878 ^g
¿Con qué frecuencia a la semana ha realizado las acciones? (N=216)	No he practicado nada De manera aislada 1 hora/semana 2 horas/semana 3 horas/semana 4 horas/semana 5 horas/semana Más de 5 horas/semana	2(18.2) 4(36.4) 0(0.0) 0(0.0) 1(9.1) 2(18.2) 1(9.1) 1(9.1)	5(2.4) 69(33.7) 9(4.4) 20(9.8) 16(7.8) 15(7.3) 9(4.4) 62(30.2)	0.145 ^g
¿Realiza alguna actividad de manera consciente para evadirse de su trabajo? (N=226)	Sí No	7(63.6) 4(36.4)	109(50.7) 106(49.3)	0.402 ^f
En caso afirmativo, ¿qué actividad/es realiza de manera consciente para evadirse de su trabajo? (N=225)*	Quedar con familia y/o amigos/viajar Actividad física Manualidades/Actividades domésticas Formación/Acompañamiento Cine, teatro, internet, visita exposiciones, música, baile Técnicas de relajación	6(54.5) 5(45.5) 1(9.1) 4(36.4) 2(18.2) 1(9.1)	101(47.2) 91(42.5) 17(7.9) 29(13.6) 16(7.5) 6(2.8)	0.757 ^g
¿Con qué frecuencia a la semana realiza la actividad? (N=226)	No hago actividades de manera conscientes para evadirme del trabajo Ocasionalmente 1 hora/semana 2 horas/semana 3 horas/semana 4 horas/semana 5 horas/semana Más de 5 horas/semana	4(36.4) 0(0.0) 1(9.1) 2(18.2) 0(0.0) 1(9.1) 1(9.1) 2(18.2)	106(49.3) 5(2.3) 12(5.6) 16(7.4) 13(6.0) 16(7.4) 14(6.5) 33(15.3)	0.814 ^g

SB: Síndrome de *burnout*; N: Muestra; p:p-valor; ^fChi-cuadrado de Pearson; ^gRazón de verosimilitudes; *Puede tener más de una opción

3.2.3. Análisis multivariante. Relaciones entre las puntuaciones medias de las dimensiones del síndrome de *burnout* (MBI) con las variables sociodemográficas, laborales y recursos personales

A continuación se describen los resultados obtenidos en los análisis multivariantes, detallando las variables relacionadas con cada una de las tres dimensiones del síndrome de *burnout* (controlando por el resto de variables relevantes) y su interpretación.

AGOTAMIENTO EMOCIONAL

Las variables que se asociaron con un mayor nivel de AE fueron: sentirse valorado por los compañeros (B=5,13; p-valor= 0,026), por el director del centro (B=14,05; p-valor=<0,001) y tener asignada como área geriátrica pacientes con gran dependencia y trastorno mental grave (B=3,48; p-valor=0,039) (tabla LVIII).

Tabla LVIII. Análisis multivariante de las variables relacionadas con agotamiento emocional (MBI). Modelo de regresión lineal múltiple. N=185

Variabes	Coficiente (ET)	t	p-valor	IC 95%
Constante	1.95(4.1)	0.48	0.631	(-6.05;9.95)
A nivel laboral, ¿se siente valorado por los compañeros? No Sí*	5.13(2.3)	2.24	0.026	(0.62;9.64)
A nivel laboral, ¿se siente valorado por el/a director/a de su centro? No Sí*	14.05(1.8)	7.89	<0.001	(10.53;17.56)
Área geriátrica usual que tiene asignada: Pacientes con gran dependencia y trastorno mental grave Sí No*	3.48(1.7)	2.08	0.039	(0.17;6.78)
Coficiente de determinación (R ²): R ² =0.368; ET: Error típico; t: Valor estadístico; IC: Intervalo de confianza; *Categoría de referencia				

DESPERSONALIZACIÓN

Las variables asociadas al nivel de D fueron (tabla LIX): sexo, antigüedad en la profesión y en el puesto, turno de trabajo y sentirse valorado por los compañeros y por el director del centro.

En concreto se observó que, comparados con los profesionales que llevaban más de 20 años en la profesión, los que menos tiempo llevaban presentaron mayores niveles de D, concretamente los que llevaban más de 2 años pero menos de 5 años trabajando (p-valor=0,001), seguidos de los profesionales que llevaban de 5 a 9 años (p-valor=0,008) y de 10 a 19 años (p-valor=0,019).

De igual manera, también presentaron mayores niveles de D los que no se sentían valorados por los compañeros (B=2,46; p-valor= 0,020) y por el director de su centro (B=2,68; p-valor= 0,002).

Por el contrario, las mujeres (B=-3,26; P-valor= 0,007), los que tenían turnos de mañana (B=-4,43; p-valor=<0,001), tarde (B=-5,23; p-valor=0,001) y rotatorios (B=-3,43; p-valor= 0,002) presentaron menor nivel de D frente a los hombres y a los que tenían turnos partidos. Finalmente, a menor antigüedad en el puesto actual, menor nivel de D. Los profesionales que menores niveles de D presentaron, frente a los que llevaban trabajando en el puesto actual más de una década (de entre 10 a 19 años) fueron los que se habían incorporado hacía menos de un año al centro de mayores (p-valor=0,019), seguidos de los que llevaban más de 2 años pero menos de 5 años (p-valor=0,028) (tabla LIX).

Tabla LIX. Análisis multivariante de las variables relacionadas con despersonalización (MBI).
Modelo de regresión lineal múltiple. N=144

Variables	Coefficiente (ET)	t	p-valor	IC 95%
Constante	2.34(3.4)	0.70	0.486	(-4.29;8.98)
Sexo				
Mujer	-3.26(1.2)	-2.73	0.007	(-5.62;-0.90)
Hombre*				
Antigüedad desarrollando su profesión				
De 1 a 2 años	4.41(2.6)	1.71	0.090	(-0.70;9.52)
Más de 2 y menos de 5	6.75(2.0)	3.34	0.001	(2.75;10.76)
De 5 a 9 años	5.12(1.9)	2.70	0.008	(1.36;8.67)
De 10 a 19 años	4.76(2.0)	2.39	0.019	(0.81;8.71)
20 o más años *				
Antigüedad puesto actual				
Menos de 1 año	-5.20(2.2)	-2.38	0.019	(-9.53;-0.88)
De 1 a 2 años	-3.12(1.6)	-1.91	0.059	(-6.36;0.12)
Más de 2 años a menos de 5	-4.22(1.9)	-2.23	0.028	(-7.98;-0.47)
De 5 a 9 años	-2.04(1.6)	-1.31	0.194	(-5.12;1.05)
De 10 a 19 años *				
Turno de trabajo				
Mañanas	-4.43(1.2)	-3.64	<0.001	(-6.84;-2.02)
Tardes	-5.23(1.6)	-3.32	0.001	(-8.34;-2.11)
Noches	-1.47(2.1)	-0.69	0.494	(-5.70;2.76)
Rotatorio	-3.43(1.1)	-3.24	0.002	(-5.53;-1.34)
Partida (mañana + tarde) todos los días entre semana*				
A nivel laboral, ¿se siente valorado por los compañeros?				
No	2.46(1.0)	2.35	0.020	(0.39;4.53)
Sí*				
A nivel laboral, ¿se siente valorado por el/a director/a de su centro?				
No	2.68(0.8)	3.24	0.002	(1.05;4.32)
Sí*				

Coefficiente de determinación (R²): R² =0.371; ET: Error típico; t: Valor estadístico; IC: Intervalo de confianza; *Categoría de referencia

AUTORREALIZACIÓN PERSONAL

La RP se asoció con sentirse valorado por los compañeros (p -valor= $<0,001$) y por el director del centro (p -valor= $<0,001$). En concordancia con los resultados de los modelos anteriores, no sentirse valorados por estos agentes tenía un impacto negativo en la RP (tabla LX).

Por otro lado, sin llegar a ser estadísticamente significativa, la variable turno de trabajo se incluyó también en el modelo como variable modificadora del efecto, conduciendo a una mejoría en el ajuste global del mismo (tabla LX).

Tabla LX. Análisis multivariante de las variables relacionadas con autorrealización personal (MBI). Modelo de regresión lineal múltiple. N=188

Variables	Coefficiente (ET)	t	p-valor	IC 95%
Constante	52.75(2.0)	26.90	<0.001	(48.88;56.62)
Turno de trabajo				
Mañanas	-0.12(1.4)	-0.09	0.931	(-2.88;2.64)
Tardes	2.92(1.7)	1.71	0.089	(-0.45;6.30)
Noches	-3.75(2.6)	-1.44	0.151	(-8.88;1.38)
Rotatorio	-1.55(1.2)	-1.33	0.186	(-3.86;0.76)
Partida (mañana + tarde) todos los días entre semana*				
A nivel laboral, ¿se siente valorado por los compañeros?				
No	-5.70(1.3)	-4.34	<0.001	(-8.30;-3.11)
Sí*				
A nivel laboral, ¿se siente valorado por el/a director/a de su centro?				
No	-4.87(1.0)	-4.91	<0.001	(-6.83;-2.91)
Sí*				
Coefficiente de determinación (R^2): $R^2 = 0.293$; ET: Error típico; t: Valor estadístico; IC: Intervalo de confianza; *Categoría de referencia				

3.3. RELACIÓN ENTRE LA FATIGA DE LA COMPASIÓN (ProQOL) Y EL SÍNDROME DE *BURNOUT* (MBI)

Todas las dimensiones de la FC se relacionaron con todas las dimensiones del síndrome de *burnout*, y esta relación se pone de manifiesto tanto al correlacionar las puntuaciones directas, como al comparar por niveles (tablas LXI a LXIV).

Se puede resumir estas relaciones diciendo que un estado más positivo en cada dimensión implicaba estados más positivos en el resto de las dimensiones, entendiendo por estado positivo: mayor SC, menor síndrome de *burnout*, menor ETS, menor AE, menor D y mayor RP.

En la tabla LXI pueden observarse las correlaciones entre las puntuaciones medias de las dimensiones de ambas escalas:

- SC: la SC se correlacionó con el AE (coeficiente Rho de Spearman: $R; R=-0,336$), con la D ($R=0,012$) y con la RP ($R=0,480$). Estas correlaciones fueron estadísticamente significativas ($p\text{-valor} < 0,001$; $p\text{-valor}=0,012$ y $p\text{-valor} < 0,001$ respectivamente).
- Síndrome de *burnout* (ProQOL): el síndrome de *burnout* medido con la escala ProQOL se correlacionó con el AE (Correlación de Pearson= $0,550$), con la D ($R=0,380$) y con la RP ($R= -0,433$) de forma estadísticamente significativa ($p\text{-valor} < 0,001$; $p\text{-valor} < 0,001$ y $p\text{-valor}=0,001$ respectivamente).
- ETS: el ETS también se correlacionó con el AE ($R=0,507$), con la D ($R=0,335$) y con la RP ($R=-0,266$), obteniéndose correlaciones estadísticamente significativas ($p\text{-valor} < 0,001$; $p\text{-valor} < 0,001$ y $p\text{-valor} < 0,001$ respectivamente).

Tabla LXI. Correlaciones entre las puntuaciones medias de las dimensiones de la Fatiga de la compasión (ProQOL) y el Síndrome de *burnout* (MBI)

Variables	SB (MBI)					
	AE		D		RP	
	Correlación	p	Correlación	p	Correlación	p
SC	-0.336	<0.001 ^h	-0.189	0.012 ^h	0.480	<0.001 ^h
SB	0.550	<0.001 ⁱ	0.380	<0.001 ^h	-0.433;	0.001 ^h
ETS	0.507	<0.001 ^h	0.335	<0.001 ^h	-0.266	<0.001 ^h

FC: Fatiga de la compasión; ProQOL: Escala sobre la calidad de vida profesional; SB: Síndrome de *burnout*; MBI: *Maslach Burnout Inventory*; AE: Agotamiento emocional; D: Despersonalización; RP: Autorrealización personal en el trabajo; SC: Satisfacción de la compasión; ETS: Estrés traumático secundario; p: p-valor; ^hRho de Spearman; ⁱCorrelación de Pearson

En la tabla LXII figuran las relaciones entre las puntuaciones medias de las dimensiones de la FC (ProQOL) y los niveles de las dimensiones de síndrome de *burnout* (MBI):

- SC: al comparar las puntuaciones medias de SC con los niveles de AE, D y RP se observó un gradiente descendente con medidas inferiores a medida que aumentaban, tanto el nivel de AE (p-valor=<0,001), el nivel de D (p-valor=<0,001) y el nivel de RP (p-valor=<0,001).
- Síndrome de *burnout* (ProQOL): con respecto al síndrome de *burnout* medido con la escala ProQOL, se percibió un gradiente ascendente a medida que aumentaban, tanto los niveles de AE (p-valor=<0,001), de D (p-valor=<0,001) como de RP (p-valor=<0,001).
- ETS: a medida que aumentaba el nivel de AE y de D, se analizaron gradientes ascendentes estadísticamente significativos en estas dimensiones (p-valor=<0,001 y p-valor=<0,001 respectivamente). Igualmente, se observó que a mayores valores medios de D, aumentaba el ETS (p-valor= 0,001).

Tabla LXII. Relaciones entre las puntuaciones medias de las dimensiones de la Fatiga de la compasión (ProQOL) y los niveles de las dimensiones de Síndrome de *burnout* (MBI)

FC	SB (MBI)			
	Nivel de AE			
	Bajo M(DT)	Medio M(DT)	Alto M(DT)	p
SC	44.4(4.8)	42.8(4.7)	40.8(5.4)	<0.001 ^b
SB	20.2(5.7)	23.7(5.9)	28.0(4.9)	<0.001 ^a
ETS	19.8(6.0)	22.6(5.0)	25.7(5.8)	<0.001 ^b

SB: Síndrome de *burnout*; MBI: *Maslach Burnout Inventory*; FC: Fatiga de la compasión; AE: Agotamiento emocional; SC: Satisfacción de la compasión; ETS: Estrés traumático secundario; M: Media; DT: Desviación típica; p: p-valor; ^aANOVA; ^bH de Kruskal-Wallis

Tabla LXII. (Continuación 1) Relaciones entre las puntuaciones medias de las dimensiones de la Fatiga de la compasión (ProQOL) y los niveles de las dimensiones de Síndrome de *burnout* (MBI)

FC	SB (MBI)			
	Nivel de D			
	Bajo M(DT)	Medio M(DT)	Alto M(DT)	p
SC	43.8(4.5)	40.9(6.2)	40.3(5.2)	<0.001 ^b
SB	22.0(5.9)	26.3(5.9)	28.8(6.4)	<0.001 ^a
ETS	21.1(5.6)	23.8(5.0)	27.9(7.8)	<0.001 ^b

SB: Síndrome de *burnout*; MBI: *Maslach Burnout Inventory*; FC: Fatiga de la compasión; D: Despersonalización; SC: Satisfacción de la compasión; ETS: Estrés traumático secundario; M: Media; DT: Desviación típica; p: p-valor; ^aANOVA; ^bH de Kruskal-Wallis

Tabla LXII. (Continuación 2) Relaciones entre las puntuaciones medias de las dimensiones de la Fatiga de la compasión (ProQOL) y los niveles de las dimensiones de Síndrome de *burnout* (MBI)

FC	SB (MBI)			
	Nivel de RP			
	Bajo M(DT)	Medio M(DT)	Alto M(DT)	p
SC	44.4(4.4)	40.9(5.2)	39.3(5.6)	<0.001 ^b
SB	21.8(6.0)	25.8(6.3)	27.7(5.3)	<0.001 ^a
ETS	21.3(5.9)	24.3(5.7)	24.1(7.2)	0.001 ^b

SB: Síndrome de *burnout*; MBI: *Maslach Burnout Inventory*; FC: Fatiga de la compasión; RP: Autorrealización personal en el trabajo; SC: Satisfacción de la compasión; ETS: Estrés traumático secundario; M: Media; DT: Desviación típica; p: p-valor; ^aANOVA; ^bH de Kruskal-Wallis

La tabla LXIII muestra las relaciones entre los niveles de las dimensiones de FC (ProQOL) y las puntuaciones medias de las dimensiones del *burnout* (MBI).

- Nivel de SC: se observó que las puntuaciones medias de AE eran menores en los sujetos que tenían nivel alto de SC (p-valor= 0,001). De igual manera, las puntuaciones medias más elevadas en RP coincidieron con los niveles más altos de SC (p-valor= <0,001).

- Nivel de síndrome de *burnout* (ProQOL): las puntuaciones medias de AE y D eran más bajas cuando el nivel de síndrome de *burnout* medido con la escala ProQOL era bajo (p-valor=<0,001 y p-valor=0,002 respectivamente). Por su parte, cuando el nivel de síndrome de *burnout* era alto, los profesionales mostraban puntuaciones medias en RP más bajas que cuando el nivel de *burnout* era bajo, momento en el que los sujetos obtenían las puntuaciones más altas en RP (p-valor= <0,001).

Nivel de ETS: al igual que con la dimensión del síndrome de *burnout*, las puntuaciones medias de AE y de D eran más bajas cuando el nivel de ETS era bajo (p-valor=<0,001 y p-valor=0,001 respectivamente). Las puntuaciones medias de RP eran más altas cuando el nivel de ETS era bajo (p-valor= 0,001).

Tabla LXIII. Relaciones entre los niveles de las dimensiones de fatiga de la compasión (ProQOL) y las puntuaciones medias de las dimensiones del síndrome de *burnout* (MBI)

FC (ProQOL)		SB (MBI)					
Variables	Categorías	AE		D		RP	
		M(DT)	p	M(DT)	p	M(DT)	p
Nivel de SC	Bajo	--	0.001^c	--	0.444 ^d	--	<0.001^d
	Medio	24.9(13.4)		7.3(5.8)		36.2(7.3)	
	Alto	18.9(11.4)		6.4(5.0)		41.1(6.2)	
Nivel de SB	Bajo	14.0(9.8)	<0.001^a	5.0(4.3)	0.002^b	42.2(5.3)	<0.001^b
	Medio	26.7(11.4)		7.7(5.7)		36.9(7.4)	
	Alto	20.2(18.1)		7.6(4.3)		37.8(7.4)	
Nivel de ETS	Bajo	16.4(10.1)	<0.001^a	5.5(4.8)	0.001^b	40.3(7.6)	0.001^b
	Medio	26.9(12.6)		7.9(5.6)		38.0(6.0)	
	Alto	17.0(16.8)		17.0(-)		39.3(9.0)	

FC: Fatiga de la compasión; ProQOL: Escala sobre la calidad de vida profesional; SB: Síndrome de *burnout*; MBI: *Maslach Burnout Inventory*; AE: Agotamiento emocional; D: Despersonalización; RP: Autorrealización personal en el trabajo; SC: Satisfacción de la compasión; ETS: Estrés traumático secundario; M: Media; DT: Desviación típica; p: p-valor; ^aANOVA; ^bH de Kruskal-Wallis; ^ct-Student asumiendo igualdad de varianzas por la prueba de Levene; ^dU de Mann-Whitney

Finalmente, la tabla LXIV muestra las relaciones entre los niveles de las dimensiones de FC y los niveles de las dimensiones del síndrome de *burnout* (MBI).

- Nivel de SC: los niveles altos de SC se relacionaron con niveles bajos de AE (p-valor= 0,009), de D (p-valor=0,047).
- Nivel de síndrome de *burnout* (ProQOL): los profesionales con niveles bajos en la dimensión de AE y D mostraron asimismo niveles bajos en las dimensiones de *burnout* (p-valor=<0,001) y de D (p-valor=<0,001) de la FC.
- Nivel de ETS: los participantes que tenían niveles bajos de AE y de D tenían a su vez bajo nivel de ETS (p-valor=<0,001 y p-valor= 0,006 respectivamente).

Asimismo, se obtuvieron valores estadísticamente significativos que relacionaban la RP con los niveles de cada dimensión de la FC (p-valor= <0,001).

Tabla LXIV. Relaciones entre los niveles de las dimensiones de fatiga de la compasión (ProQOL) y los niveles de las dimensiones del síndrome de *burnout* (MBI)

FC		SB (MBI)			
		Nivel de AE			
		N (%)			
		B	M	A	p
Niv SC	B	--	--	--	0.009 [†]
	M	25(26.9)	22(36.7)	37(50.0)	
	A	68(73.1)	38(63.3)	37(50.0)	
Niv SB	B	66(71.0)	25(41.7)	8(10.8)	<0.001 [‡]
	M	25(26.9)	33(55.0)	65(87.8)	
	A	2(2.2)	2(3.3)	1(1.4)	
Niv ETS	B	70(75.3)	32(53.3)	22(29.7)	<0.001 [‡]
	M	21(22.6)	28(46.7)	51(68.9)	
	A	2(2.2)	0(0.0)	1(1.4)	

FC: Fatiga de la compasión; SB: Síndrome de *burnout*; MBI: *Maslach Burnout Inventory*; AE: Agotamiento emocional; N: Muestra; Niv: nivel; SC: Satisfacción de la compasión; ETS: Estrés traumático secundario; B: bajo; M: medio; A: alto; [†]Chi-cuadrado de Pearson; [‡]Razón de verosimilitudes

Tabla LXIV. (Continuación 1) Relaciones entre los niveles de las dimensiones de fatiga de la compasión (ProQOL) y los niveles de las dimensiones del síndrome de *burnout* (MBI)

FC		SB (MBI)			
		Nivel de D			
		N (%)			
		B	M	A	p
Niv SC	B	--	--	--	0.047 [†]
	M	49(31.8)	21(44.7)	14(53.8)	
	A	105(68.2)	26(55.3)	12(46.2)	
Niv SB	B	83(53.9)	11(23.4)	5(19.2)	<0.001 [‡]
	M	69(44.8)	34(72.3)	20(76.9)	
	A	2(1.3)	2(4.3)	1(3.8)	
Niv ETS	B	96(62.3)	20(42.6)	8(30.8)	0.006 [‡]
	M	56(36.4)	27(57.4)	17(65.4)	
	A	2(1.3)	0(0.0)	1(3.8)	

FC: Fatiga de la compasión; SB: Síndrome de *burnout*; MBI: *Maslach Burnout Inventory*; D: Despersonalización; N: Muestra; Niv: nivel; SC: Satisfacción de la compasión; ETS: Estrés traumático secundario; B: bajo; M: medio; A: alto; [†]Chi-cuadrado de Pearson; [‡]Razón de verosimilitudes

Tabla LXIV. (Continuación 2) Relaciones entre los niveles de las dimensiones de fatiga de la compasión (ProQOL) y los niveles de las dimensiones del síndrome de *burnout* (MBI)

FC		SB (MBI)			
		Nivel de RP			
		N (%)			
		B	M	A	p
Niv SC	B	--	--	--	<0.001 [†]
	M	37(27.0)	26(44.8)	21(65.6)	
	A	100(73.0)	32(55.2)	11(34.4)	
Niv SB	B	77(56.2)	18(31.0)	4(12.5)	<0.001 [‡]
	M	57(41.6)	38(65.5)	28(87.5)	
	A	3(2.2)	2(3.4)	0(0.0)	
Niv ETS	B	88(64.2)	18(31.0)	18(56.3)	<0.001 [‡]
	M	47(34.3)	40(69.0)	13(40.6)	
	A	2(1.5)	0(0.0)	1(3.1)	

FC: Fatiga de la compasión; SB: Síndrome de *burnout*; MBI: *Maslach Burnout Inventory*; RP: Autorrealización personal; N: Muestra; Niv: nivel; SC: Satisfacción de la compasión; ETS: Estrés traumático secundario; B: bajo; M: medio; A: alto; [†]Chi-cuadrado de Pearson; [‡]Razón de verosimilitudes

Además, al considerar la presencia de la FC en función de las dimensiones del MBI, las relaciones vuelven a ponerse de manifiesto. Como se puede ver en la tabla LXV, todas las relaciones resultan ser estadísticamente significativas, con las personas que tienen FC mostrando mayores niveles de AE y D, y menores niveles de RP. Por tanto, nuevamente una peor situación en una de las escalas se relaciona con una peor situación en la otra, como queda patente tanto a partir de las puntuaciones medias como de los niveles en la tabla LXV.

Tabla LXV. Relaciones entre la presencia de fatiga de la compasión (ProQOL) y las puntuaciones medias y los niveles de las dimensiones del síndrome de *burnout* (MBI)

SB (MBI)		FC (ProQOL)		
		Sí	No	p
AE	M(DT)	29.1(12.0)	16.9(10.6)	<0.001 ^e
D	M(DT)	8.5(5.8)	5.6(4.7)	<0.001 ^d
RP	M(DT)	37.4(6.5)	40.3(7.1)	<0.001 ^d
Nivel de AE N(%)	Bajo	8(10.3)	66(45.5)	<0.001 ^f
	Medio	24(30.8)	52(35.9)	
	Alto	46(59.0)	27(18.6)	
Nivel de D N(%)	Bajo	12(16.9)	47(44.3)	0.001 ^f
	Medio	29(40.8)	30(28.3)	
	Alto	30(42.3)	29(27.4)	
Nivel de RP N(%)	Bajo	38(48.7)	40(26.8)	0.001 ^f
	Medio	25(32.1)	52(34.9)	
	Alto	15(19.2)	57(38.3)	

SB: Síndrome de *burnout*; MBI: *Maslach Burnout Inventory*; FC: Fatiga de la compasión; ProQOL: Escala sobre la calidad de vida profesional; AE: Agotamiento emocional; D: Despersonalización; RP: Autorrealización personal en el trabajo; M: Media; DT: Desviación típica; p: p-valor; ^ct-Student asumiendo igualdad de varianzas por la prueba de Levene; ^dU de Mann-Whitney; ^et-Student asumiendo varianzas distintas por la prueba de Levene; ^fChi-cuadrado de Pearson

Finalmente, en la tabla LXVI se muestra cómo la media de AE fue mayor en el grupo de profesionales que tenían elevado síndrome de *burnout* (ProQOL) junto con moderada a baja SC y ETS (p-valor= 0,011). Asimismo, estos profesionales presentaron bajo nivel de D (p-valor=<0,001).

No obstante, este grupo de profesionales con elevado síndrome de *burnout* más moderada-baja SC y ETS, constituyó una muestra con un escaso número de sujetos, lo que nos lleva a interpretar estos resultados con comedimiento.

Tabla LXVI. Relación entre los niveles de fatiga de la compasión y las dimensiones del síndrome de *burnout*

SB (MBI)		FC(ProQOL)		
		Elevada SC, de moderado a bajo SB y ETS	Elevado SB, de moderada a baja SC y ETS	p
AE	M(DT)	19.1(11.6)	34.5(17.8)	0.011^a
D	M(DT)	6.4(5.0)	6.3(3.5)	0.968 ^b
RP	M(DT)	41.2(6.2)	37.3(8.4)	<0.221 ^b
Nivel de AE N(%)	Bajo	--	--	0.054 ^g
	Medio	2(66.7)	1(33.3)	
	Alto	140(97.9)	3(2.1)	
Nivel de D N(%)	Bajo	76(100.0)	0(0.0)	<0.001^g
	Medio	65(100.0)	0(0.0)	
	Alto	1(20.0)	4(80.0)	
Nivel de RP N(%)	Bajo	79(97.5)	2(2.5)	0.915 ^g
	Medio	61(96.8)	2(3.2)	
	Alto	2(100.0)	0(0.0)	

SB: Síndrome de *burnout*; MBI: *Maslach Burnout Inventory*; FC: Fatiga de la compasión; ProQOL: Escala sobre la calidad de vida profesional; SC: Satisfacción de la compasión; ETS: Estrés traumático secundario; p:p-valor; AE: Agotamiento emocional; D: Despersonalización; RP: Autorrealización personal en el trabajo; M: Media; DT: Desviación típica; N: Media; ^aANOVA; ^bH de Kruskal-Wallis; ^gRazón de verosimilitudes

En la tabla LXVII se describen las relaciones entre las dimensiones de la FC y la presencia de síndrome de *burnout*. Observamos que los profesionales con presencia de *burnout* (MBI) fueron los que presentaron, en comparación con los que no padecían el síndrome (medido con el MBI), menor puntuación media de SC (p-valor= 0,001), mayor media de la dimensión de *burnout* según la correspondiente dimensión de la escala ProQOL (p-valor=0,002) y mayor media también de ETS (p-valor=0,024).

Coherentemente, estos mismos profesionales con síndrome de *burnout* presentaron niveles menores de SC (p-valor=0,002).

Tabla LXVII. Relaciones entre las puntuaciones y los niveles de las dimensiones de la fatiga de la compasión (ProQOL) y la presencia de síndrome de *burnout* (MBI)

FC (ProQOL)		SB (MBI) N(%)		
Variables	Categorías	Sí	No	p
SC	M(DT)	37.6(5.3)	43.1(5.0)	0.001 ^d
SB	M(DT)	32.6(4.9)	23.2(6.2)	0.002 ^c
ETS	M(DT)	28.1(9.0)	22.2(5.9)	0.024 ^d
Nivel de SC N (%)	Bajo	--	--	0.002 ^g
	Medio	9(81.8)	75(34.7)	
	Alto	2(18.2)	141(65.3)	
Nivel de SB N(%)	Bajo	0(0.0)	99(45.8)	0.001 ^g
	Medio	11(100.0)	112(51.9)	
	Alto	0(0.0)	5(2.3)	
Nivel de ETS N(%)	Bajo	3(27.3)	121(56.0)	0.072 ^g
	Medio	7(63.6)	93(43.1)	
	Alto	1(9.1)	2(0.9)	

FC: Fatiga de la compasión; ProQOL: Escala sobre la calidad de vida; SB: síndrome de *burnout*; MBI: *Maslach Burnout Inventory*; N: Muestra; SC: satisfacción de la compasión; ETS: estrés traumático secundario; M: media; DT: desviación típica; p:p-valor; ^ct-Student asumiendo igualdad de varianzas por la prueba de Levene; ^dU de Mann-Whitney; ^gRazón de verosimilitudes

Las variables globales indicadoras de presencia/ausencia de FC (ProQOL) y síndrome de *burnout* (MBI) también se relacionaron entre sí (tabla LXVIII). Las personas que presentaban síndrome de *burnout*, tendían a presentar también FC, al tiempo que los que no presentaban síndrome de *burnout*, tendían a no presentar FC. Es decir, se observó que en su mayoría, los profesionales se distribuyeron en la diagonal de la tabla LXVIII, con profesionales que si tenían FC, tenían asimismo síndrome de *burnout* (MBI) y profesionales que no teniendo FC, no presentaban a su vez síndrome de *burnout* (MBI) (p-valor= 0,008).

No obstante, no se observaron relaciones estadísticamente significativas entre la presencia de *burnout* y los niveles de FC, aunque estos resultados hay que interpretarlos con cautela debido al escaso tamaño de muestra en algunas de las categorías (tabla LXVIII).

Tabla LXVIII. Relación entre la presencia y niveles de fatiga de la compasión y la presencia de síndrome de *burnout*

FC (ProQOL)		SB (MBI) N(%)		
Variables	Categorías	Sí	No	P
FC	Sí	8(72.7)	70(32.4)	0.008⁹
	No	3(27.3)	146(67.6)	
Niveles de FC	Elevada SC, de moderado a bajo SB y ETS	2(100.0)	140(97.2)	0.738⁹
	Elevado SB, de moderada a baja SC y ETS	0(0.0)	4(2.8)	

FC: Fatiga de la compasión; ProQOL: Escala sobre la calidad de vida profesional; SB: Síndrome de *burnout*; MBI: *Maslach Burnout Inventory*; N: Muestra; SC: Satisfacción de la compasión; SB: Síndrome de *burnout*; ETS: Estrés traumático secundario; ⁹Razón de verosimilitudes

3.4. RELACIÓN ENTRE DIMENSIONES, PRESENCIA Y NIVELES DE FATIGA DE LA COMPASIÓN (ProQOL)

En la tabla LXIX se presentan los resultados obtenidos según las relaciones entre las dimensiones, presencia y niveles de FC. En ella, se puede observar como la SC se correlacionó con el síndrome de *burnout* (medido con la escala ProQOL) ($R = -0,424$) y con el ETS ($R = -0,200$) de manera inversa y estadísticamente significativa ($p\text{-valor} < 0,001$ y $p\text{-valor} = 0,002$ respectivamente). Por su parte, el síndrome de *burnout* (ProQOL) se correlacionó con el ETS ($R = 0,500$) de manera directa ($p\text{-valor} < 0,001$).

Es decir, las dimensiones de la escala ProQOL estaban relacionadas entre sí de manera coherente: mayores niveles de SC se relacionaban con menores niveles de síndrome de *burnout* y ETS.

Análogamente, la media de síndrome de *burnout* (ProQOL) fue menor en los profesionales que tenían niveles altos de SC ($p\text{-valor} < 0,001$). Estos niveles bajos de síndrome de *burnout* se relacionaron a su vez con niveles bajos de ETS ($p\text{-valor} < 0,001$) (tabla LXIX).

Tabla LXIX. Relación entre las dimensiones de fatiga de la compasión (ProQOL)

Variables	Categorías	SC		SB		ETS	
		M(DT)	p	M(DT)	p	M(DT)	p
SC	Correlación			-0.424	<0.001 ^h	-0.200	0.002 ^h
SB	Correlación					0.500	<0.001 ^h
Nivel de SC	Bajo			--	<0.001 ^c	--	0.256 ^d
	Medio			25.8(6.0)		23.1(6.6)	
	Alto			22.5(6.4)		22.1(5.9)	
Nivel de SB	Bajo	44.8(4.6)	<0.001 ^b			19.9(5.7)	<0.001 ^b
	Medio	41.2(5.0)				24.6(5.9)	
	Alto	43.2(6.9)				21.4(3.0)	
Nivel de ETS	Bajo	43.5(5.0)	0.013 ^b	21.4(5.8)	<0.001 ^a		
	Medio	41.8(5.2)		26.5(5.8)			
	Alto	45.3(4.6)		22.0(14.0)			

SC: Satisfacción de la compasión; SB: Síndrome de *Burnout*; ETS: Estrés traumático secundario; M: media; DT: desviación típica; p: p-valor; ^aANOVA; ^bH de Kruskal-Wallis; ^ct-Student asumiendo igualdad de varianzas por la prueba de Levene; ^dU de Mann-Whitney; ^hRho de Spearman

Como cabía esperar, la presencia de FC, frente a no tener FC (tabla LXX), se relacionó con niveles más bajos de SC y niveles más elevados de síndrome de *burnout* y ETS, como puede verse tanto a partir de las puntuaciones medias (p-valor=<0,001; p-valor= <0,001 y p-valor= <0,001 respectivamente) como a partir de la clasificación por niveles de cada dimensión (p-valor=0,003; p-valor= <0,001 y p-valor=<0,001 respectivamente).

Por último, con respecto a los niveles de FC (tabla LXX), se observó que los profesionales con elevado síndrome de *burnout*, de moderada a baja SC y ETS según los niveles de FC, presentaron, coherentemente, mayor puntuación media de *burnout* según la escala MBI (p-valor=<0,001) frente a los profesionales con elevada SC, de moderado a bajo SB y ETS.

Tabla LXX. Relación entre las dimensiones, presencia y niveles de fatiga de la compasión (ProQOL)

Variables	Categorías	FC			Nivel de FC		
		Sí	No	p	Elevada SC, de moderado a bajo SB y ETS	Elevado SB, de moderada a baja SC y ETS	p
SC	M(DT)	40.6(5.3)	43.9(4.8)	<0.001 ^d	45.8(2.9)	42.3(7.5)	0.420 ^b
SB	M(DT)	28.7(4.9)	21.0(5.5)	<0.001 ^c	22.1(5.6)	43.8(2.2)	<0.001 ^a
ETS	M(DT)	27.8(4.7)	19.7(4.9)	<0.001 ^d	22.2(5.9)	21.8(3.3)	0.893 ^b
Nivel de SC N(%)	Bajo	--	--	0.003 ^f	--	--	0.054 ^g
	Medio	39(50.0)	45(30.2)		2(1.4)	1(25.0)	
	Alto	39(50.0)	104(69.8)		140(98.6)	3(75.0)	
Nivel de SB N(%)	Bajo	0(0.0)	99(66.4)	<0.001 ^g	76(53.5)	0(0)	<0.001 ^g
	Medio	76(97.4)	47(31.5)		65(45.8)	0(0)	
	Alto	2(2.6)	3(2.0)		1(0.7)	4(100)	
Nivel de ETS N(%)	Bajo	0(0.0)	124(83.2)	<0.001 ^g	79(55.6)	2(50.0)	0.915 ^g
	Medio	77(98.7)	23(15.4)		61(43.0)	2(50.0)	
	Alto	1(1.3)	2(1.3)		2(1.4)	0(0)	

FC: Fatiga de la compasión; p: p-valor; SC: Satisfacción de la compasión; SB: Síndrome de *burnout*; ETS: Estrés traumático secundario; N: Muestra; ^aANOVA; ^bH de Kruskal-Wallis; ^ct-Student asumiendo igualdad de varianzas por la prueba de Levene; ^dU de Mann-Whitney; ^f Chi-cuadrado de Pearson; ^gRazón de verosimilitudes

3.5. RELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES Y LA PRESENCIA DE SÍNDROME DE *BURNOUT* (MBI)

Como se observa en la tabla LXXI, todas las dimensiones del MBI se relacionaron entre sí. De esta manera, el AE se correlacionó directamente con la D ($R=0,459$) e inversamente con la RP ($R= -0,328$), siendo estas correlaciones estadísticamente significativas ($p\text{-valor} < 0,001$ en ambos casos). A su vez, la D se correlacionó de manera inversa con la RP ($R= -0,220$). Esta correlación también fue estadísticamente significativa ($p\text{-valor} = 0,003$).

Paralelamente, se observó un gradiente ascendente en las medidas de D y RP según aumentaban los niveles de AE (p-valor= $<0,001$ en ambos casos). Este gradiente ascendente también se repitió con los niveles de AE a medida que aumentaban los niveles de D (p-valor= $<0,001$ y p-valor= $0,005$ respectivamente).

Por el contrario, los niveles de AE y de D mostraron un gradiente descendente a medida que disminuían los niveles de RP (p-valor= $<0,001$ en ambos casos).

Asimismo, se observó que los que padecían síndrome de *burnout* (MBI) tenían mayores medias de AE (p-valor= $<0,001$), D (p-valor= $<0,001$) y menores medias de RP (p-valor= $<0,001$).

Por último, la presencia de síndrome de *burnout* (MBI) coincidió con los niveles altos de AE, D y RP de forma estadísticamente significativa (p-valor= $<0,001$ para las tres dimensiones analizadas).

Tabla LXXI. Relación entre las dimensiones, presencia y niveles de síndrome de *burnout* (MBI)

Variables	Categorías	AE		D		RP		SB		
		M(DT)	p	M(DT)	p	M(DT)	p	Sí N(%)	No N(%)	p
AE	Correlación			0.459	$<0.001^h$	-0.328	$<0.001^h$			
D	Correlación					-0.220	0.003^h			
Nivel de AE	Bajo			4.5(3.8)	$<0.001^b$	41.1(6.5)	$<0.001^b$	0(0.0)	93(43.1)	$<0.001^g$
	Medio			6.2(4.7)		40.1(7.1)		0(0.0)	60(27.8)	
	Alto			9.3(6.0)		36.3(6.7)		11(100.0)	63(29.2)	
Nivel de D	Bajo	17.9(11.1)	$<0.001^a$			40.5(6.9)	$<0.001^b$	0(0.0)	154(71.3)	$<0.001^g$
	Medio	24.6(12.1)				37.8(7.4)		2(18.2)	45(20.8)	
	Alto	33.3(12.2)				34.9(4.9)		9(81.8)	17(7.9)	
Nivel de RP	Bajo	17.9(11.1)	$<0.001^a$	5.5(4.0)	0.005^b			0(0.0)	137(63.4)	$<0.001^g$
	Medio	24.8(12.7)		7.3(5.6)				4(36.4)	54(25.0)	
	Alto	28.1(13.4)		9.8(7.1)				7(63.6)	25(11.6)	
SB	Sí	39.6(4.9)	$<0.001^e$	16.6(4.0)	$<0.001^e$	30.6(3.9)	$<0.001^d$			
	No	20.2(12.0)		6.1(4.8)		39.7(6.9)				

AE: Agotamiento emocional; D: Despersonalización; RP: Autorrealización personal; SB: Síndrome de *burnout*; M: Media; DT: Desviación típica; N: Muestra; p:p-valor; ^aANOVA; ^bH de Kruskal-Wallis; ^dU de Mann-Whitney; ^et-Student asumiendo varianzas distintas por la prueba de Levene; ^gRazón de verosimilitudes; ^hRho de Spearman

3.6. PREVALENCIA Y DIMENSIONES DE LA FATIGA DE LA COMPASIÓN (ProQOL) Y SÍNDROME DE *BURNOUT* (MBI) SEGÚN LA CATEGORÍA PROFESIONAL

3.6.1. Grupos con funciones de enfermería desempeñadas en los centros

De entre todas las categorías profesionales estudiadas, hemos decidido separar en un apartado aquellas que conforman el equipo de enfermería (enfermeros y profesionales que realizan funciones de auxiliar de enfermería) para estudiar su prevalencia de FC (ProQOL) y de síndrome de *burnout* (MBI), tanto de manera global como por dimensiones. El motivo se debe, en primer lugar, a que en estas dos categorías existe una muestra suficientemente representativa para obtener resultados fiables y en segundo lugar, a que estos profesionales son los que en su labor asistencial, dedican más horas al trato directo e intenso con el usuario/paciente y sus familiares, debido al ejercicio y desempeño de sus competencias profesionales.

De este modo, un total de 139 profesionales realizaban funciones de auxiliar de enfermería (figura 68), mientras que 41 realizaban funciones como enfermeros/as (figura 69).

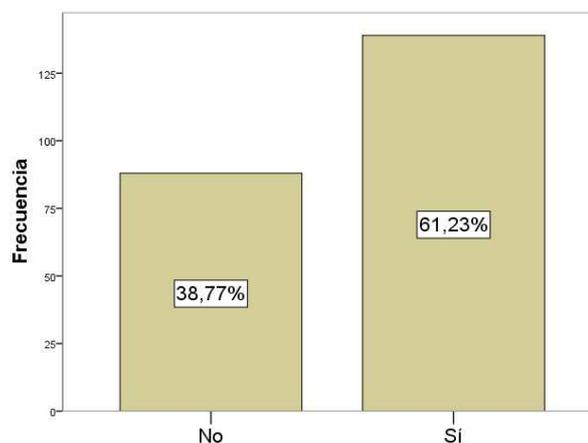


Figura 68. Profesionales con funciones de auxiliar de enfermería en los centros analizados

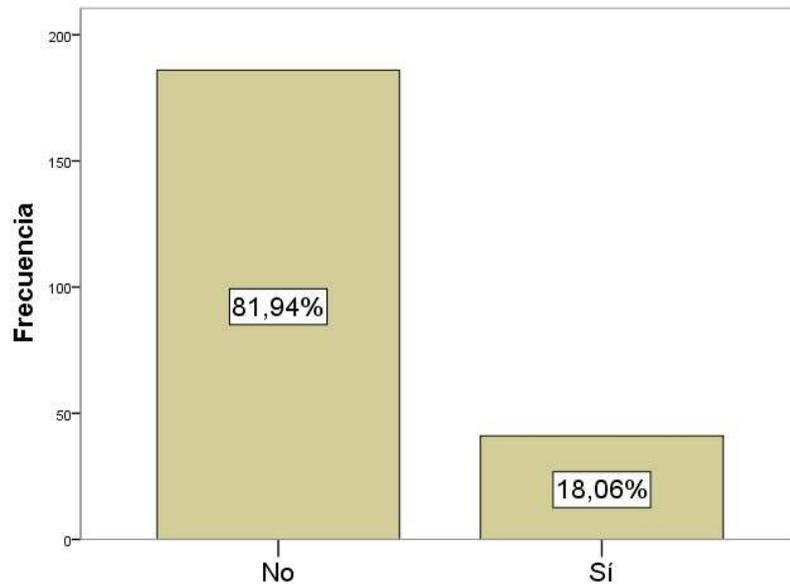


Figura 69. Profesionales con funciones de enfermeros/as en los centros analizados

Las principales características de cada uno de estos grupos de profesionales pueden verse en la tabla LXXII. El “perfil tipo” dentro del grupo de profesionales que realizaban funciones de auxiliar de enfermería fue: mujer (94,2%) de 40 a 49 años (34,5%), casada o con pareja de hecho (53,2%), que llevaba entre 5 y 9 años desarrollando su profesión (45,3%), que llevaba también entre 5 y 9 años en su puesto actual (35,3%), con una jornada de trabajo continua entre semana (6-8 horas y 12 h) y fines de semanas y festivos (69,8%), mayoritariamente asignada a un área geriátrica de pacientes con demencia (82,7%), con dedicación semanal entre 38 y 42 horas (50,4%) y que practicaban actividades sociales como quedadas con amigos no relacionados con su trabajo (71,5%) y quedadas con familiares (72,3%).

En el grupo de profesionales que realizaban funciones de enfermeros/as, el “perfil tipo” también incluía ser mujer (80,5%), aunque en esta ocasión hay mayor representación de hombres (19,5%). Además, en este grupo hay una mayoría de jóvenes de 20 a 29 años (56,1%), con pareja estable (56,1%), que llevaban entre 5 y 9 años desarrollando su profesión (53,7%) y el mismo tiempo en su puesto actual (43,9%), con la misma jornada de trabajo que en el otro grupo de profesionales (73,2%), asignados mayoritariamente a un área geriátrica de pacientes con gran dependencia (95,1%), con dedicación semanal entre 38 y 42 horas (61,0%) y que practicaban actividades sociales con mayor frecuencia que los del otro grupo de profesionales, incluyendo quedadas con amigos no relacionados con su trabajo (95,1%) y quedadas con familiares (92,7%), pero también escapadas de viaje (58,5%) y actividades de formación continua de manera voluntaria (43,9%).

Tabla LXXII. Principales características de los grupos de funciones profesionales desempeñadas

Variable	Categoría	Funciones de auxiliar de enfermería	Funciones como enfermeros
		N=139 n(%)	N=41 n(%)
Sexo	Hombre	8(5.8)	8(19.5)
	Mujer	131(94.2)	33(80.5)
Edad	20-29	30(21.6)	23(56.1)
	30-39	37(26.6)	16(39.0)
	40-49	48(34.5)	1(2.4)
	50 o más	24(17.3)	1(2.4)
Estado civil	Sin pareja	25(18.0)	8(19.5)
	Con pareja estable	40(28.8)	23(56.1)
	Casado/a-Pareja de hecho	74(53.2)	10(24.4)
Antigüedad desarrollando su profesión	De 1 a 2 años	9(6.5)	0(0.0)
	Más de 2 y menos de 5	32(23.0)	10(24.4)
	De 5 a 9 años	63(45.3)	22(53.7)
	De 10 a 19 años	33(23.7)	8(19.5)
	20 o más años	2(1.4)	1(2.4)
Antigüedad en el puesto actual	Menos de 1 año	14(10.1)	3(7.3)
	De 1 a 2 años	9(6.5)	4(9.8)
	Más de 2 años a menos de 5	41(29.5)	14(34.1)
	De 5 a 9 años	49(35.3)	18(43.9)
	De 10 a 19 años	26(18.7)	2(4.9)
Jornada de trabajo	Jornada continua entre semana (6-8 horas y 12 h)	3(2.2)	4(9.8)
	Jornada continua entre semana (6-8 horas y 12 h) + fines de semanas/festivos	97(69.8)	30(73.2)
	Jornada parcial (mañana y tarde) entre semana	3(2.2)	0(0.0)
	Jornada parcial (mañana y tarde) entre semana+ fines de semana/festivos	12(8.6)	5(12.5)
	Jornada completa (mañana y tarde) entre semana + fines de semanas/festivos alternando 6-8 horas/12 horas por semana	24(17.3)	2(4.9)
	N: muestra *Puede tener más de una opción		

Tabla LXXII (Continuación). Principales características de los grupos de funciones profesionales desempeñadas

Variable	Categoría	Funciones de auxiliar de enfermería	Funciones como enfermeros
		N=139	N=41
		n(%)	n(%)
Área geriátrica usual que tiene asignada*	Usuarios autónomos e independientes	100(71.9)	34(82.9)
	Pacientes con dependencia moderada	110(79.1)	37(90.2)
	Pacientes con dependencia severa	107(77.0)	37(90.2)
	Pacientes con gran dependencia	104(74.8)	39(95.1)
	Pacientes con gran dependencia tras ictus	93(66.9)	36(87.8)
	Pacientes con gran dependencia por enfermedad crónica nefrológica	70(50.4)	28(68.3)
	Pacientes con gran dependencia por enfermedad crónica respiratoria	78(56.1)	33(80.5)
	Pacientes con gran dependencia y trastorno mental grave	84(60.4)	33(80.5)
	Pacientes con demencia	115(82.7)	38(92.7)
	Pacientes oncológicos	86(61.9)	30(73.2)
	Enfermos en situación terminal	79(56.8)	32(78.0)
Número horas semanales en el trabajo		(N=137)	
	20 horas o menos	4(2.9)	2(4.9)
	21-34 horas	5(3.6)	3(7.3)
	35-37.5 horas	25(18.2)	8(19.5)
	38-42 horas	69(50.4)	25(61.0)
	Más de 42 horas	13(9.5)	2(4.9)
	Alternancia semana 36/48 horas o 35/45 horas	17(12.4)	1(2.4)
Otros	4(2.9)	0(0.0)	
En el último mes, ¿ha practicado alguna de las siguientes acciones?*		(N=137)	
	Relajación	13(9.5)	4(9.8)
	Minimeditación/Identificación de emociones	4(2.9)	0(0.0)
	Gestión de emociones	1(0.7)	0(0.0)
	Escritura reflexiva	6(4.4)	2(4.9)
	Autocuidado	9(6.6)	5(12.2)
	Actividades de formación continua de manera voluntaria (N=136)	18(13.2)	18(43.9)
	Retiros especializados/Talleres de autocuidado/Talleres de intervención de equipo	2(1.5)	2(4.9)
	Escapada de viaje	47(34.3)	24(58.5)
	Quedada con amigos no relacionados con mi trabajo	98(71.5)	39(95.1)
Quedada con familiares	99(72.3)	38(92.7)	

N: Muestra; *Puede tener más de una opción

3.6.2. Prevalencia de fatiga de la compasión (ProQOL) y síndrome de *burnout* (MBI) en los dos grupos de profesionales

La prevalencia de FC (ProQOL) en el grupo que realizaba funciones como enfermeros/as (Enfermería) fue del 41,5% (IC95%: 25,2-57,8), y en el grupo que realizaba funciones de auxiliar de enfermería, del 30,2% (IC95%: 22,2-38,2) (Figura 70).

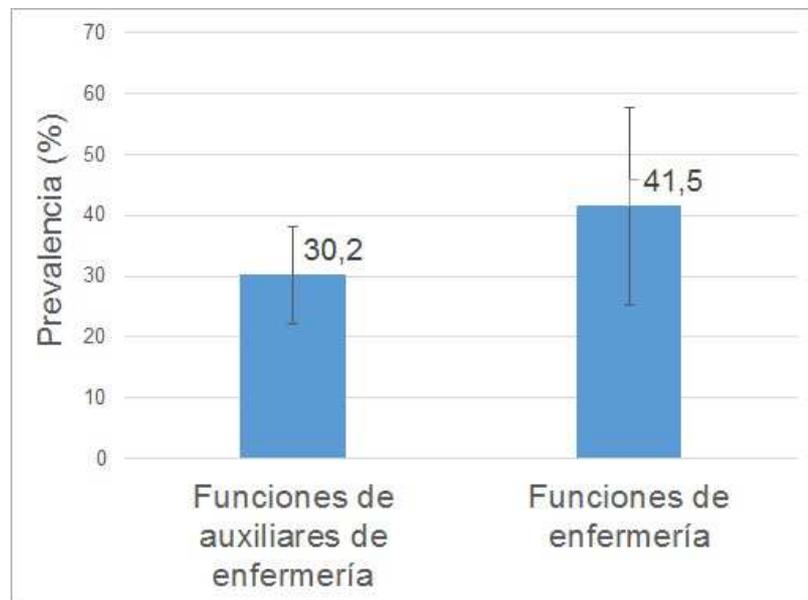


Figura 70. Prevalencia de fatiga de la compasión (ProQOL) según las funciones profesionales desempeñadas en el centro

Por lo tanto, fue más prevalente la FC en el grupo que realizaba funciones como enfermeros/as (Enfermería), aunque las diferencias encontradas entre las prevalencias de ambos grupos no llegaron a ser estadísticamente significativas. En este sentido, en la figura 70 podemos observar cómo los IC para las prevalencias en ambos grupos se solapan, por lo que podrían ser iguales en la población completa.

Por su parte, la prevalencia de síndrome de *burnout* (MBI) en el grupo que realizaba funciones como enfermeros/as (Enfermería) fue del 7,3% (IC95%: 1,5-19,9), y en el grupo que realizaba funciones de auxiliar de enfermería, del 2,9% (IC95%: 0,8-7,2) (Figura 71).

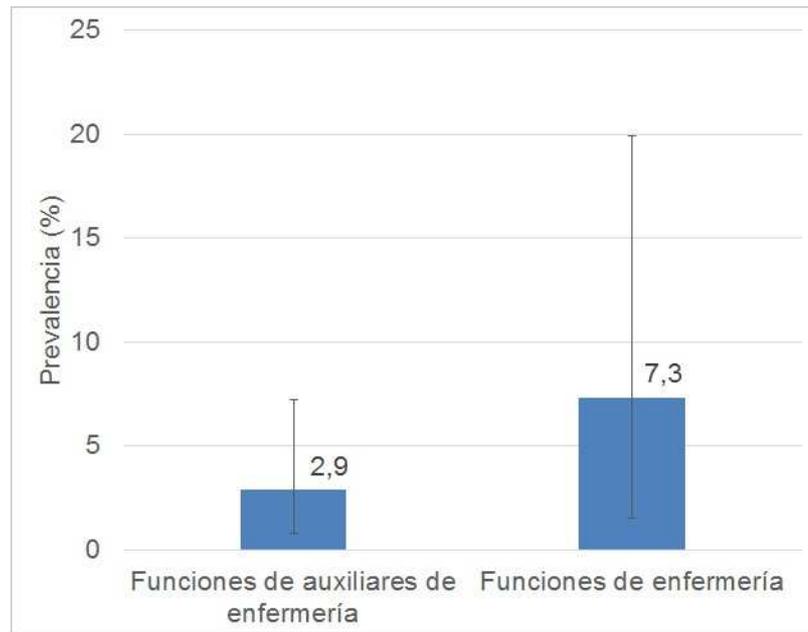


Figura 71. Prevalencia de síndrome de *burnout* (MBI) según las funciones profesionales desempeñadas en el centro

Igualmente se observó que fue más prevalente el síndrome de *burnout* (MBI) en el grupo de los enfermeros/as, aunque nuevamente se solapan los IC y las diferencias encontradas entre las prevalencias de ambos grupos no son estadísticamente significativas.

3.6.3. Análisis bivariante. Diferencias en las puntuaciones medias de las dimensiones de la fatiga de la compasión (ProQOL) y síndrome de *burnout* (MBI) entre los grupos de profesionales

En el grupo de funciones de auxiliares de enfermería, se observaron puntuaciones medias ligeramente superiores en RP (39,6 vs 37,9), mientras que fueron ligeramente inferiores en AE (20,9 vs 22,8), D (7,1 vs 7,7), SC (43,1 vs 43,7), dimensión *burnout* del ProQOL (23.1 vs. 23.8) y ETS (22,4 vs 24,1) con respecto al grupo de enfermeros/as. Esto indicaría que los que realizan funciones como enfermeros/as tendrían en general peores niveles de AE, D, *burnout* (ProQOL) y ETS. No obstante, ninguna de estas diferencias resultó ser estadísticamente significativa (tabla LXXIII).

Tabla LXXIII. Diferencias entre las puntuaciones medias de las escalas de satisfacción de la compasión (ProQOL) y síndrome de *burnout* (MBI) entre los dos grupos de funciones profesionales desempeñadas

		Grupo profesional		
		Funciones de auxiliar de enfermería	Funciones como enfermeros	p
		M(DT)	M(DT)	
SB (MBI)	AE	20.9(12.1)	22.8(13.8)	0.401 ^c
	D	7.1(5.2)	7.7(6.6)	0.555 ^d
	RP	39.6(7.2)	37.9(6.2)	0.166 ^d
FC (ProQOL)	SC	43.1(5.1)	43.7(4.4)	0.504 ^d
	SB	23.1(6.0)	23.8(6.9)	0.563 ^c
	ETS	22.4(6.2)	24.1(7.1)	0.139 ^d

p: p-valor; M: Media; DT: Desviación típica; SB: Síndrome de *burnout*; MBI: *Maslach Burnout Inventory*; AE: Agotamiento emocional; D: Despersonalización; RP: Autorrealización personal en el trabajo; FC: Fatiga de la compasión; ProQOL: Escala sobre la calidad de vida profesional; SC: Satisfacción de la compasión; ETS: Estrés traumático secundario; ^ct-Student asumiendo igualdad de varianzas por la prueba de Levene; ^dU de Mann-Whitney

VII. DISCUSIÓN

VII.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

1.1. SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

Nuestra muestra refleja mayoría femenina (88,89%), más acusada en auxiliares de enfermería que en el resto de categorías profesionales. Esto ocurre en todas las áreas de cuidados, tanto en España como fuera de ella³⁵⁸⁻³⁶¹. De la misma manera, otras investigaciones^{191, 274} que han analizado el perfil de los profesionales dedicados al cuidado de personas mayores, corroboran este dato.

1.1.1. Referidas a la fatiga de la compasión (ProQOL)

Moreno-Jiménez *et al*³¹⁸ sostiene que en la FC, es la dimensión referida al ETS, la que se da con mayor prevalencia en la mujer. En cambio, en nuestra muestra, el ETS es ligeramente superior en el hombre, aunque sin diferencias estadísticamente significativas.

Asimismo, según Estévez-Guerra *et al*³⁶¹, la edad es determinante, basándose en la premisa de que quienes tienen más edad, posiblemente lleven más tiempo en el trabajo. A mayor edad, menos satisfacción laboral. Estos resultados también se obtienen en nuestro estudio, aunque sin datos estadísticamente significativos.

Por otro lado, nuestros hallazgos han revelado que no convivir con ningún hijo, implica mayor nivel de síndrome de *burnout* medido con la escala ProQOL (p-valor=0,028). Este hallazgo está relacionado con el hecho de que en la muestra, principalmente eran los jóvenes los que no tenían hijos, los cuales, según la bibliografía³¹⁸ consultada, son más susceptibles de padecer ETS, al contar estos, probablemente, con un menor número de estrategias de afrontamiento escape-huida y

locus de control externo. En esta línea de recursos de afrontamiento, puntuaron mayores niveles de ETS aquellos que llevaban desarrollando su profesión de 1 a 2 años (p -valor=0,007). Presumiblemente, como hemos comentado en líneas anteriores, estos profesionales cuenten con menos estrategias y herramientas de gestión emocional que aquellos que llevan más tiempo desarrollando su profesión.

Por último, en lo que a características sociodemográficas y FC se refiere, nuestros resultados ponen de manifiesto que se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de la SC, el síndrome de *burnout* y el ETS según el entorno de realización de la encuesta, siendo los profesionales del medio urbano los que presentan menor SC (p -valor= 0,001), mayor *burnout* (p -valor=<0,039) y mayor ETS (p -valor= <0,006).

La explicación puede deberse a que los centros urbanos en los que se realizaron las encuestas eran de mayores dimensiones que los centros rurales, por lo que contaban con un mayor número de pacientes/usuarios así como también de personal. Del mismo modo, estos centros en los que la ratio de pacientes es mayor, suelen dividir sus instalaciones en unidades como la unidad para la atención a la demencia, unidad de críticos, unidad de autónomos o incluso unidad de pacientes en situación de enfermedad terminal.

1.1.2. Referidas al síndrome de *burnout* (MBI)

En nuestros resultados, se observó que el nivel medio de D fue mayor en hombres que en mujeres (p-valor=0,007). Sin embargo, respecto al sexo, no hay una bibliografía^{10, 22, 142, 315, 362} uniforme al respecto. Maslach *et al*¹⁰ aseveran que el sexo como variable no es un predictor del síndrome de *burnout* (medido con la escala MBI). De hecho, la mayoría de los estudios^{22, 142, 315, 362} no han encontrado relaciones estadísticamente significativas con las dimensiones del *burnout*.

No obstante, algunos autores manifiestan que los hombres puntúan más alto de manera global en el SQT^{143, 363}, otros³⁶⁴ señalan que los hombres puntúan de forma significativa más alto en D⁹⁶ (como ha sucedido en nuestro estudio), y por último, otros afirman que puntúan más alto en AE¹⁴² y menos en RP⁹⁶, frente a otras investigaciones que sitúan en esta dimensión a las mujeres^{143, 365} que puntúan más alto que los hombres en D¹⁴³, de manera global y estadísticamente significativa^{32, 365}.

Caballero *et al*¹⁴² manifiestan que probablemente este fenómeno esté causado por las expectativas profesionales que los hombres se marcan al inicio de su carrera y el no cumplimiento de las mismas con el paso de los años. Maslach *et al*¹⁰ encuentran una diferencia de género consistente basada en que los hombres con frecuencia puntúan más alto en cinismo. Estos datos podrían estar relacionados con estereotipos de género.

A su vez, Maslach, Sachaufeli y Leiter¹⁰, pioneros en el estudio del síndrome de *burnout*, sostienen que la edad es una de las variables que se ha relacionado de manera más consistente con la aparición de este síndrome. Afirman que entre los trabajadores más jóvenes, el nivel de *burnout* es más alto que entre aquellos de 30-40 años. Este resultado coincide con el obtenido en nuestro estudio, aunque sin mejoras

estadísticamente significativas. La edad se correlaciona de manera positiva con el *burnout*, especialmente con el AE, siendo las enfermeras más jóvenes las más vulnerables, posiblemente porque no están preparadas para la ambigüedad de roles, sobrecargas duras de trabajo y cambios de puestos^{315, 366}.

Sin embargo, Domínguez *et al*¹⁴³, en un estudio en el año 2012 en un área de salud de Ceuta con una muestra de 200 trabajadores, no encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el SQT o sus dimensiones de manera aislada y la edad. Señalan además que la edad se suele confundir con la experiencia laboral, por lo que el *burnout* constituye un factor de riesgo en la etapa inicial de la carrera de un profesional tanto de perfil sanitario como de perfil social. El motivo de esta relación no ha sido estudiado minuciosamente.

No obstante, estos resultados deberían ser explorados con cautela debido a que aquellos que se queman en estadios precoces de su carrera profesional son más propensos a abandonar sus trabajos, permaneciendo trabajadores que en consecuencia, exhiben niveles más bajos de *burnout*¹⁰. En esta línea, otros investigadores^{22, 367} indican que a mayor edad, menor AE. Se puede presumir que a mayor edad, disminuiría la tensión laboral debido a la experiencia profesional acumulada^{143, 368}.

En relación al estado civil, no hemos encontrado datos significativos estadísticamente que relacionen esta variable con AE, D o RP en el trabajo. Tampoco hay datos homogéneos publicados como evidencia científica^{10, 22, 32, 142, 143}. Algunos investigadores¹⁴² aseveran que la condición de estar casado no es una variable que

incida de forma estadísticamente significativa en las dimensiones del *burnout*, sino que esta incidencia estaría marcada por el apoyo social recibido de la familia, por parte de la pareja o de los hijos^{22, 369-370}. Sin embargo, los estudios se contradicen^{10, 32, 143}.

Autores como Atance^{143, 365} concluyen que los casados parecen más propensos al desgaste profesional. De igual forma, se relacionan a los separados y divorciados con baja RP^{365, 371}, mientras que Maslach *et al*¹⁰ evidencian que los no casados, especialmente los hombres, son más propensos a sufrir *burnout* que aquellos que están casados. Igualmente, los solteros puntúan niveles más elevados de *burnout* que aquellos que están divorciados. Otras revisiones del tema manifiestan que no interfiere en la aparición del síndrome de *burnout*³². Domínguez *et al*¹⁴³ tampoco encontró relaciones significativas entre las dimensiones del *burnout* y el estado civil.

En cuanto al número de hijos conviviendo en el domicilio, nuestros datos indican una inclinación, aunque sin ser estadísticamente significativa, con mayor AE y D en aquellos profesionales que no tienen hijos o no conviven con ellos. La relación negativa encontrada en el número de hijos con esta dimensión concuerda con lo referido por otros autores^{22, 369, 372} que argumentan que las personas que tienen hijos son más estables, realistas y maduras y tienen mayores probabilidades de afrontar conflictos emocionales²². Caballero Martín *et al*¹⁴² detectaron mayor AE en individuos con menor número de hijos (1 ó 2) que con familia numerosa (3-4 hijos).

Finalmente, nuestros hallazgos, en sintonía con los obtenidos para las dimensiones de la FC, concluyen que los profesionales que trabajan en centros de mayores ubicados en ámbitos urbanos, presentan mayor nivel de AE en comparación con los de ámbito rural (p-valor= <0,001). Presumimos la misma explicación que la discutida con las dimensiones de la FC (centros con un mayor número de plazas

residenciales y por consiguiente de personal, así como distribución más compleja de los servicios prestados distribuidos en diferentes unidades).

Además, nuestros resultados respaldan que también los profesionales que viven en ámbito urbano, presentan mayor *burnout* que los que viven en ámbito rural, con asociaciones estadísticamente significativas (p-valor= 0,024). La explicación puede ser a que las profesionales que trabajan en centros ubicados en ciudades, también tienen su domicilio en estas ciudades, por lo que el hecho en sí relacionado con las dimensiones del *burnout* está en concordancia con el lugar de trabajo, el cual determina en un gran número de ocasiones el lugar habitual de residencia. Hay autores¹⁴³ que no han obtenido resultados significativos entre el *burnout* y la coincidencia entre el domicilio familiar y laboral.

1.2. SOBRE LAS DIMENSIONES DE LA FATIGA DE LA COMPASIÓN (ProQOL)

Nuestra investigación apoya como relación entre las tres dimensiones de la FC una relación negativa entre la SC y el *burnout* (p-valor= <0,001) y entre la SC y el ETS (p-valor= 0,002). Asimismo, respalda la existencia de una relación positiva entre las subescalas de *burnout* y ETS (p-valor=<0,001). Estos resultados son apoyados en otras investigaciones como las llevadas a cabo por Yoder³²⁸; y por Smart *et al*²⁹⁶.

Curiosamente, la bibliografía científica²⁹⁶ revela que en un estudio realizado en 2013 sobre la FC en un hospital de Estados Unidos con 250 camas, los profesionales de unidades críticas puntuaron de manera estadísticamente significativa (p-valor=0,031) más bajo en la subescala de *burnout* (ProQOL) que aquellos que trabajan

en unidades médicas no críticas. Probablemente, estos resultados concuerden con la puntuación obtenida en la dimensión de SC. En las subescalas, tanto médicos como el equipo enfermero de plantas médicas (no críticas ni quirúrgicas), obtuvieron puntuaciones medias correspondientes con niveles medios de SC (37,0), niveles medios de *burnout* (25,9) y niveles de ETS (20,1).

Así pues, analizando los resultados por dimensiones de la FC, nuestra muestra global ha obtenido una puntuación media de 40,6 puntos (niveles medios) en la subescala de SC, aspecto positivo de la FC²⁹⁸. Dado que nuestra investigación ha determinado que la SC se correlaciona de manera negativa con numerosos ítems de las subescalas de *burnout* ($R=-0,424$; $p\text{-valor} < 0,001$) y ETS ($R=-0,200$; $p\text{-valor} = 0,002$), podemos precisar que aquellos sujetos que han puntuado alto en SC, tienen menos *burnout* y ETS (medidos con la escala ProQOL). Asimismo, los que han puntuado alto en SC, tienen menores niveles de AE ($p\text{-valor} < 0,001$) y D ($p\text{-valor} = 0,012$) así como de *burnout* ($p\text{-valor} < 0,001$) medido de manera global (medidos con la escala MBI).

Esta idea ha sido secundada por otros autores³²⁸ que han probado que los sujetos que tienen altos niveles de SC, sienten bienestar derivado de su trabajo, situación que puede ayudarles a mitigar las experiencias de estrés laboral y prevenir la FC y el *burnout*.

Así pues, estos resultados apoyan la idea de que la SC puede tener un efecto positivo en la FC ($p\text{-valor} < 0,001$). No obstante, esta relación debería ser estudiada en mayor profundidad en futuros estudios según afirman diversos autores^{296, 328}.

Estévez-Guerra *et al*³⁶¹ afirman que la causa directa de la satisfacción o insatisfacción de los trabajadores no es el tipo de pacientes atendidos, sino la influencia de las variables organizacionales o laborales. En un estudio³⁶¹ llevado a cabo por este equipo en centros geriátricos, el 40% de las auxiliares y el 20% de las enfermeras manifestaron sentirse insatisfechas, lo que es destacable dado que existen estudios que relacionan estos resultados con insatisfacción de los pacientes y disminución de la calidad de los cuidados prestados^{334,373}.

En base a nuestros resultados, las variables que se asociaron con mayores niveles de SC, fueron entre otras, tener (frente a otras áreas geriátricas asignadas), el área formada por pacientes con gran dependencia como consecuencia de una enfermedad crónica nefrológica (B= 1,29). Posiblemente, se explique debido a que este tipo de pacientes no es el habitual en estos centros, con lo que son muy pocos los pacientes de este perfil institucionalizados en centros de mayores al existir otros recursos para ellos como los centros de día.

Otra variable relevante que se ha asociado con menor SC es la turnicidad, concretamente, los profesionales que trabajan en turno de mañana presentan de manera estadísticamente significativa (p-valor= 0,020) peores niveles de SC. Se puede presumir que en el turno de mañana es cuando más carga de trabajo y nivel asistencial se da frente al turno de tarde y de noche.

Igualmente, haber practicado actividades de autocuidado en el último mes se ha relacionado en nuestra investigación con mayores niveles de SC (p-valor= 0,002). Por consiguiente, de estos resultados se puede inferir que el tener un alto control puede ser un factor protector de la salud mental³⁷⁴⁻³⁷⁵. Se sabe que el trabajo

puede ser una fuente de carga, pero también una fuente de satisfacción como defiende el modelo de demanda-control-apoyo social postulado por Karasek y Theorell^{36, 38, 39}, el cual diferencia entre la demanda y el control en la toma de decisiones, pudiendo llegar a ser este una fuente de motivación y satisfacción frente a altas demandas de índole psicológico.

Es importante detectar los mecanismos de afrontamiento del personal sanitario y social, pues ello permite prevenir los costes personales y profesionales de la FC y el síndrome de *burnout*. Las habilidades para identificar los factores de riesgo y las estrategias de afrontamiento permiten poder aplicarlas a múltiples y complejas situaciones³²⁷. En nuestro estudio, en relación a las variables de recursos personales, se relacionó la presencia de FC con la frecuencia semanal con la que se realizaban acciones terapéuticas o conscientes para evadirse del trabajo.

En este sentido, prevalece la FC en aquellos que realizaban alguna de estas actividades de manera puntual (p-valor=0,043) en lugar de hacerlas de manera constante y sostenida en el tiempo, lo cual determina la eficacia de estas acciones. La evidencia científica³⁷⁶ mantiene que los profesionales dedicados al cuidado del campo de la salud necesitan un adecuado patrón de sueño, alimentación, apoyo de compañeros de trabajo y dedicar tiempo a la familia y amigos.

La detección de factores protectores (comúnmente designados en la literatura como “recursos psicológicos”)³⁷⁷ frente a los efectos adversos del estrés laboral, conforma un tema recurrente de investigación de cara a la reestructuración de las organizaciones, formación y selección de personal²¹⁷. McFeely³⁷⁸ afirma que: “el primer paso para intentar controlar el estrés laboral es que la organización entienda que dicho

estrés es un problema a nivel de la organización, no un problema individual del empleado, y que la prevención y el tratamiento del *burnout* requiere una respuesta integrada por parte de la institución”.

En un estudio llevado a cabo entre enfermeras hospitalarias por Garrosa *et al*³⁷⁹, se detectaron tres fuentes de recursos personales: optimismo, personalidad sólida y competencia emocional, que se asocian de manera positiva con el compromiso organizacional y la prevención frente al desgaste profesional. De manera opuesta, otras investigaciones llevadas a cabo también entre enfermeras, afirman que un estilo de afrontamiento activo centrado en el problema tiene un impacto negativo de cara al desarrollo de *burnout*³⁸⁰.

Actualmente, se defiende la tendencia que apuesta por la continua actualización en conocimientos y entrenamiento en habilidades de los profesionales, lo que optimiza el trabajo. Además, en centros donde los cuidados son a largo plazo como los centros residenciales de mayores, este hecho ayuda a minimizar el riesgo tanto de *burnout*, como de FC y otros problemas de salud mental, a la par que se maximiza la calidad de los cuidados²³⁷. Ante tal situación, las empresas están adquiriendo conciencia sobre la relación directa que existe entre empleados y aspectos de trabajo y del ambiente laboral, los cuales afectan a la salud y satisfacción de sus trabajadores y por consiguiente, a la calidad de los cuidados^{21, 381}.

En el ejercicio de su práctica profesional, en base a los datos de referencia aportados por Stamm²⁹⁸, el personal de enfermería ha obtenido puntuaciones medias ligeramente superiores en *burnout* (23,8 vs 23,1) y ETS (24,1 vs 22,4) respecto a los auxiliares de enfermería, que han presentado una prevalencia inferior de FC que los

enfermeros. Estos resultados podrían estar relacionados con la asunción de mayor responsabilidad en el desempeño de competencias profesionales frente a la de los auxiliares de enfermería.

Es destacable también la diferencia en el nivel de ETS según el tipo de contrato, con los profesionales contratados eventualmente presentando un mayor nivel en esta subescala (p -valor=0,042). Puede ser que el personal eventual sea personal más joven, con mayor inestabilidad laboral que el personal con más años de experiencia profesional, lo que implica por lo general un menor recorrido laboral y recursos de afrontamiento. La bibliografía científica³⁸² sostiene que los años de experiencia trabajando con trauma y el número de casos que se atiendan es considerado como un factor de resiliencia³¹⁸.

El número de horas semanales en el trabajo supuso una diferencia estadísticamente significativa en las tres escalas, con peores niveles para los profesionales que trabajaban más de 42 horas (p -valor=0,001). Además, a mayor número de pacientes tratados asistencialmente, mayor puntuación en la dimensión de ETS (p -valor=0,008). Moreno-Jiménez *et al*³¹⁸ sostienen que la frecuencia actúa como factor de vulnerabilidad. Aquellos más expuestos son más proclives a padecer ansiedad.

Los resultados desvelan de manera estadísticamente significativa, que los profesionales con peores niveles de las tres dimensiones, habían pensado seriamente en abandonar su trabajo (p -valor= 0,012 en subescala de SC y p -valor= <0,001 para *burnout* y ETS), habían disminuido su ilusión por el mismo (p -valor= 0,001 en SC y ETS y p -valor= <0,001 en *burnout*) e incluso algunos habían iniciado la búsqueda de otro trabajo (p -valor= 0,009 en SC; p -valor= <0,001 en *burnout* y p -valor= 0,011 en

ETS), estaban tomando psicofármacos recetados (p-valor= <0,001 en *burnout* y ETS) y habían consultado con un psicólogo o médico especialista para tratar alguna dolencia relacionada con su trabajo (p-valor=0,020 en *burnout* y p-valor=0,041 en ETS).

Además, se han observado peores niveles estadísticamente significativos en las tres dimensiones en aquellos profesionales que no se sienten valorados por los pacientes (p-valor=0,006 en *burnout*), familiares (p-valor=0,001 en *burnout*), compañeros (p-valor=0,006 en SC y p-valor= <0,001 para *burnout* y ETS) y superiores como supervisores de enfermería en los casos en los que corresponde esta figura profesional (p-valor=0,013 en SC; p-valor= 0,005 para *burnout* y p-valor=0,006 para ETS) o el director/a del centro (p-valor=<0,001 para SC y *burnout* y p-valor=0,001 para ETS).

Estos hallazgos se correlacionan en el origen de la FC, que surge de la relación paciente/profesional. Si los trabajadores de centros de mayores no se sienten valorados por los usuarios cuando estos son pacientes, pueden presentar una menor autoestima e influir en sus sentimientos de SC de manera negativa.

Igualmente, si el profesional no se siente arropado por sus compañeros y superiores, la canalización de las emociones negativas que se derivan de situaciones asistenciales complejas, pueden conllevar repercusiones psicosomáticas que a largo plazo pueden conducir a los primeros estadios de FC.

Investigadores como Duquette *et al*^{315, 366,383-384} vinculan las experiencias prolongadas a situaciones de estrés con poco personal y falta de soporte institucional y de los compañeros, lo que conlleva a que el personal de enfermería se mantenga en un estado constante de alerta que puede llevar al agotamiento físico y mental.

Por su parte, Sobrequés *et al*¹¹⁰, en un estudio en el ámbito de atención primaria en nuestro país sobre satisfacción laboral y desgaste profesional, concluyó que los profesionales que se encontraban satisfechos con la relación con sus compañeros, tenían sentimientos de una mayor satisfacción global en el trabajo.

En definitiva, al evaluar la eficacia de cualquier centro o institución residencial de mayores, se hace necesario introducir elementos preventivos de bienestar y salud laboral, ya que la FC y el *burnout*, tanto a nivel individual como de equipo, pueden llegar a afectar a los profesionales que prestan los servicios de salud, acarreando serios problemas tanto para ellos mismos como para los usuarios que cuidan¹¹⁵. Asimismo, de la eficacia de estas estrategias de prevención va a depender el ahorro de elevados costes, tanto a nivel empresarial como de recursos humanos¹⁷³.

1.3. SOBRE LAS DIMENSIONES DEL SÍNDROME DEL *BURNOUT* (MBI)

Entre nuestros resultados, hemos obtenido como hallazgos referidos a las dimensiones y presencia del síndrome de *burnout* medidos con el MBI, que a mayor nivel de AE, mayor nivel de D (p-valor= 0,005) y menor RP (p-valor= <0,001), con una relación inversa entre estas dos últimas dimensiones¹⁴³.

Si tenemos en cuenta al colectivo más representativo del tamaño muestral, el personal de enfermería (enfermeros/as) es el colectivo que representa mayor nivel de AE frente al resto de categorías profesionales, aunque los resultados no han sido estadísticamente significativos. Como hemos discutido anteriormente, probablemente se hubiera necesitado un tamaño muestral mayor de este colectivo en el estudio.

Aun así, estos resultados van en la línea de lo indicado por Bujalance *et al*¹⁴⁴ que en una muestra de 88 profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores) dedicados al cuidado de pacientes geriátricos en un hospital del Servicio Andaluz de Salud, detectaron que los enfermeros/as eran el grupo que presentaba mayor grado en las dimensiones de AE y RP, así como una mayor insatisfacción laboral. El grupo médico fue el que presentó los niveles más bajos de *burnout* en las tres dimensiones, frente a las enfermeras y auxiliares de enfermería, que obtuvieron resultados de alto grado de *burnout* en AE.

En un centro de atención gerontológica de Galicia, Caballero *et al*³⁸⁵ llevaron a cabo un estudio con una muestra de 79 profesionales sociosanitarios. Tras la administración del MBI (versión española), se obtuvieron resultados que revelaron que un tercio de los trabajadores presentaban puntuaciones elevadas de AE y baja RP.

A nivel hospitalario, la bibliografía¹³⁹ consultada sostiene que los médicos y los profesionales de enfermería presentan los porcentajes más altos de AE frente a otras categorías profesionales. Además, sobresale un mayor nivel de D en el colectivo médico. Una de las causas en el campo de la Geriátrica se debe a las elevadas cargas de trabajo en centros de mayores junto a plantillas reducidas^{144, 361}.

La antigüedad en el puesto actual también ha tenido un impacto en las dimensiones de AE y D de los profesionales estudiados, con peores niveles medios a mayor antigüedad, especialmente en lo que al AE se refiere (p-valor=0,007). En referencia a la D, a menor antigüedad en el puesto actual, menor nivel en esta dimensión, siendo los profesionales que llevaban menos de 1 año en el puesto actual los que presentaron menos niveles de D (p-valor=0,019). Estas conclusiones corroboran las obtenidas por Naisberg *et al*⁸⁸⁶, Atance³⁶⁵, Ross *et al*⁸⁷² y Albar *et al*²²,

que argumentan que la experiencia profesional establece diferencias estadísticamente significativas en la misma dirección con AE²². La antigüedad en un mismo trabajo³⁸⁷ se correlaciona como factor de riesgo de desgaste profesional postulándose entre los 5 y 10 años el momento más frecuente de aparición^{143, 365}. Igualmente, Grau *et al*¹³⁹ encontraron relaciones con un alto nivel de D.

En nuestro estudio en concreto, se observó además que la antigüedad en la profesión (no necesariamente en el puesto actual) estaba más relacionada con mayores niveles de D. Por ello, los profesionales que menos tiempo llevaban trabajando (más de 2 años de experiencia pero menos de 5 años) frente a aquellos que llevaban más de 20 años, presentaron mayores niveles de D (p-valor=0,001). Esto podría tener su explicación en que los profesionales más jóvenes, al disponer de menos recursos y herramientas para enfrentarse con situaciones complejas por una menor experiencia, pueden desarrollar actitudes de indiferencia emocional hacia los pacientes para intentar mantener la distancia cognitiva pudiendo llegar a manifestar una rigidez en el trato para enmascarar las carencias de formación en el abordaje de situaciones conflictivas y complejas, así como el enfrentamiento de las situaciones de agonía o muerte.

Por otro lado, no hemos hallado concomitancia entre las dimensiones del *burnout* y el tipo de funciones asistenciales o de gestión. No hemos obtenido mayor prevalencia de una dimensión sobre otra en base a que las funciones desempeñadas en el centro hayan sido de carácter asistencial, de gestión y administración o ambas. Probablemente no se hayan encontrado diferencias estadísticamente significativas dado que los profesionales que realizaban funciones de administración y gestión han sido un número muy reducido y además, lo compaginaban con la asistencia.

Asimismo, los profesionales que trabajan más de 42 horas semanales tuvieron una puntuación media mayor en el AE (p-valor= <0,001) y la D. En esta última subescala, puntuaron también mayores medias de D los que tenían un horario rotacional con semanas alternando horarios de 35-36 horas y en la siguiente semana 40-45 horas (p-valor=0,001). De igual modo, se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre los profesionales que dedicaban menos horas semanales a la atención a pacientes y familiares, los cuales mostraron menos puntuaciones medias de D (p-valor=0,018) frente a los que más horas dedicaban, especialmente los que dedicaban más de 30 horas de atención directa.

Una posible explicación a los resultados descritos en el párrafo anterior, podría ser la situación actual de crisis, ajustes y recortes, que puede llevar a que los profesionales se sientan sobrecargados por la alta carga de trabajo inherente a este tipo de centros. Estudios¹⁹¹ con personal de enfermería, apoyan la asociación de la alta demanda o altas cargas de trabajo con AE y falta de compromiso así como bajo control y bajo apoyo social con el desarrollo de síntomas psicológicos^{39, 67,374, 388-392}. Sin que sirva de impedimento, en un estudio sobre la prevalencia del síndrome de *burnout* en fisioterapia llevado a cabo en hospitales y centros de salud de Granada por Castro *et al*¹⁷², no se observaron diferencias estadísticamente significativas con respecto al número de pacientes tratados diariamente y el período de tiempo dedicado a cada paciente.

Al igual que en estudios de ámbito nacional, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de contrato o la realización de guardias y las dimensiones del síndrome de *burnout*¹⁴²⁻¹⁴³. Estos datos confirman los resultados de Domínguez *et al*¹⁴³. Sin embargo, en torno al síndrome de *burnout* existe una gran

controversia de resultados. Caballero *et al*¹⁴² por ejemplo, sí encontraron diferencias estadísticamente significativas en base al tipo de contrato, siendo mayor el AE entre el personal con plaza fija respecto al personal eventual.

Aunque existen estudios⁹⁰ que relacionan menor satisfacción laboral en trabajadores con plaza fija, no obstante, no existe una explicación contundente al respecto. Estévez-Guerra *et al*³⁶¹ proponen como explicación el hecho de las dificultades que pueden presentar estos colectivos para seguir creciendo profesionalmente. Pero es una cuestión que debe ser explorada con cautela. Otros expertos¹⁴² amplían esta explicación con el hecho del cuidado de los mismos pacientes de forma continua, lo que implica una mayor involucración emocional.

Entre nuestros resultados, se han asociado de manera estadísticamente significativa menores niveles de D en aquellos profesionales con turno de mañana (p-valor= <0,001), de tarde (p-valor=0,001) y rotatorios (p-valor=0,002) frente a los que tienen turnos partidos (mañana y tarde) todos los días entre semana. Se puede sospechar que estos profesionales disponen de menos tiempo para su autocuidado al tener que estar en el centro tanto por la mañana como por la tarde, lo que les resta tiempo para su ocio y evasión personal. En un estudio a nivel hospitalario en México^{143, 393}, se encontró relación positiva entre la turnicidad y el desgaste profesional únicamente para el turno vespertino.

Por otro lado, se han dado relaciones positivas estadísticamente significativas entre el AE y tener asignada como área geriátrica pacientes con gran dependencia y trastorno mental grave (p-valor= 0,039). Una posible explicación es que este tipo de pacientes conllevan cuidados más especializados, con mayor carga de trabajo y necesidad específica de formación y especialización, lo que puede incluso provocar

confusión de competencias al tener que trabajar de manera multidisciplinar e interdisciplinar para cuidar a pacientes con este tipo de patologías⁴³.

A este respecto, nos parece interesante matizar, que no todos los centros estudiados tienen dividida su asistencia por plantas para tratar las diferentes patologías que requieren especialización como pueden ser las neurológicas, psiquiátricas, cardíacas, oncológicas, paliativas, nefrológicas... que producen mayor o menor dependencia en los pacientes, por lo que los centros que sí mantienen esta distribución son los menos, lo que conlleva una menor muestra de análisis por áreas concretas de asistencia. Bush³¹⁵, sostiene que no se ha demostrado que las unidades especiales del puesto de trabajo contribuyan al *burnout*.

Un dato muy curioso que hemos obtenido, es que los profesionales que habían estado de baja laboral en el último año, presentaron mayor puntuación en AE (p-valor=0,012). Posiblemente, estas bajas laborales estaban relacionadas con el malestar manifestado por el propio AE, el cual puede manifestarse con un despliegue de síntomas psicósomáticos^{59, 95, 121, 133}. De igual manera, en esta dirección, se relacionó la presencia de *burnout* (puntuaciones altas en AE, D y bajas en RP) con los trabajadores que habían solicitado vacaciones en los últimos meses (p-valor=0,043).

Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de prevenir estos síndromes e introducir elementos de salud laboral que permitan una gestión equilibrada entre los recursos personales y materiales, potenciando las capacidades de los recursos humanos para prevenir el agotamiento y desgaste profesional. Esto se

traducirá en unos cuidados de excelencia, redundando en la calidad de vida de los usuarios a los que los profesionales cuidan en su práctica asistencial y por ende, a la calidad de la atención sanitaria proporcionada por el sistema, previniendo y evitando consecuencias negativas en los profesionales y en el propio cuidado y por extensión, en los pacientes.

Al igual que con las dimensiones de la FC, aquellos profesionales que presentaron peores puntuaciones medias en las tres dimensiones del síndrome de *burnout*, habían disminuido su ilusión por el trabajo e incluso algunos habían iniciado la búsqueda de otro puesto de trabajo (p-valor= <0,001). Del mismo modo, aquellos con peores niveles medios en AE y RP estaban tomando psicofármacos recetados (p-valor= <0,001 y p-valor= 0,001 respectivamente) relacionados con la sintomatología propia de las dimensiones^{59, 95, 121, 133}. Un estudio llevado a cabo por Grau *et al*¹³⁹ desde el Grupo de Estudio del Síndrome de Desgaste Profesional en los hospitales de Gerona, también vislumbró un alto nivel de AE asociado al consumo de tranquilizantes o antidepresivos con asiduidad.

A diferencia de la FC, en la que los que acudían a un psicólogo tenían una puntuación mayor, en este caso, son los que visitaron a médicos especialistas los que presentaron un mayor AE (p-valor= 0,001). La interpretación en la elección de especialistas se debe al origen intrínseco de cada fenómeno. En la FC, la afectación se produce por la relación entre profesional-paciente, por el hecho en sí de cuidar, por lo que su tratamiento pasa por la reestructuración cognitiva psicológica y en ocasiones, la desensibilización sistemática. En el caso del *burnout*, al depender principalmente de variables organizacionales, son estas las que fundamentalmente van a influir y de las que va a depender la aparición del fenómeno.

Finalmente, los profesionales que padecían alguna enfermedad crónica, también tuvieron peor nivel de AE (p-valor= 0,004). Para indagar en esta variable, necesitaríamos saber el tipo de patología crónica, pues en función de que esta sea de carácter endocrina, reumática, neurológica, psiquiátrica, inmunológica, cardíaca, respiratoria... se va a desplegar una serie de sintomatología propia a nivel biopsicosocial que puede o no, hacer que el profesional se sienta más vulnerable y con menor umbral de tolerancia frente a situaciones complejas que acompañan a la clínica.

Del mismo modo, los profesionales que no se sentían valorados por los pacientes (p-valor= <0,001 en AE; p-valor= 0,006 en D y p-valor=0,013 en RP), familiares (p-valor= <0,001 en AE; p-valor= 0,047 en D y p-valor= 0,001 en RP), compañeros (p-valor= <0,01 en las tres dimensiones), supervisores de enfermería (p-valor= <0,001 en AE y RP y p-valor= 0,012 en D) y directores/as del centro de mayores (p-valor= <0,001 en AE, D y RP) puntuaron peores medias en las tres dimensiones del síndrome de *burnout*. El hallazgo corrobora lo señalado en buena parte de la bibliografía²². Así, la relación encontrada entre la suficiencia con el apoyo procedente de la familia y la dimensión RP pone de manifiesto la importancia de incorporar esta fuente de apoyo al estudio del *burnout*.

Igualmente, la pérdida de apoyo de los supervisores es especialmente importante en el estudio del *burnout*, incluso más que el apoyo de los compañeros^{10, 22}. Hay que destacar la relación positiva encontrada entre este último y el AE (tabla LVIII). Esto puede ser interpretado como la movilización del apoyo de los compañeros cuando en el sujeto aparece el distrés, es decir, los compañeros proporcionan ayuda cuando el sujeto ya está agotado emocionalmente^{22, 394}.

Bujalance *et al*¹⁴⁴, detectaron en una investigación entre profesionales hospitalarios que atienden a pacientes geriátricos, que el personal de enfermería es el que más bajos niveles de satisfacción presenta en relación a sus jefes y otros estamentos, y que los auxiliares de enfermería conforman el grupo que establece mayores lazos afectivos con sus compañeros. Se relaciona la baja satisfacción laboral entre enfermería por la presión en el trabajo, satisfacción con el puesto y tensión con el trabajo, debido a que la atención de enfermería a pacientes geriátricos debe ser continua, siendo la mayoría de estos pacientes muy dependientes de cuidados y con multitud de necesidades humanas insatisfechas. Además, existe una percepción de que el trabajo de enfermería en general está poco reconocido, tanto a nivel directivo, por otros profesionales del equipo, como por el propio paciente y su familia¹⁴⁴.

Siguiendo esta dirección, se han teorizado modelos en los que se ensalzan la figura y funciones del/la supervisora de enfermería por su posible acción como productora o protectora de *burnout* en el equipo de enfermería^{263, 395}, ejercida esta acción a través de sus múltiples competencias como la política de cuidados implementada y seguida en el equipo, la valoración de los modelos enfermeros de cuidados aplicados, el alcance de colaboración con el equipo médico o sus atribuciones con respecto a si la dotación de personal es adecuada o por el contrario, insuficiente²⁶⁴. Así pues, es ostensible que el soporte social laboral, especialmente de supervisores/directores, es un importante factor protector frente al estrés²³⁴.

Por último, mencionar que la gran mayoría de profesionales llevaban a cabo acciones terapéuticas de autocuidado o actividades de manera consciente para evadirse del trabajo, aunque su realización no era continua y sostenida en el tiempo. Se detectaron menores niveles de D (p-valor= 0,032) en aquellos profesionales que practicaban actividades relacionadas con la gestión de emociones, práctica de minimeditación o identificación de emociones, relajación y escapadas de viaje.

Caballero *et al*¹⁴², en un estudio sobre la prevalencia y factores asociados al *burnout* en atención primaria, detectaron que los profesionales carecían de formación referida a técnicas de autocontrol emocional, meditación o manejo del estrés así como el abordaje del paciente psiquiátrico. Sin embargo, debido a que el número de profesionales con *burnout* en nuestra muestra ha sido demasiado pequeño, habría que interpretar estos resultados referidos al autocuidado con cautela. La bibliografía científica considera fundamental el apoyo procedente de fuentes extralaborales, sobre todo en una población mayoritariamente femenina como es la enfermería, donde la interdependencia entre los contextos laboral y familiar es grande y se hace absolutamente necesaria su conciliación para un bienestar psicológico, físico y social¹⁴².

1.4. SOBRE LA PREVALENCIA DE LA FATIGA DE LA COMPASIÓN (ProQOL) Y EL SÍNDROME DE *BURNOUT* (MBI)

Actualmente, empiezan a publicarse estudios²⁹⁸ sobre la FC y sus efectos directos en el trabajo en sus distintas dimensiones, aunque siguen siendo escasos, sin un cuerpo etiológico claro²⁸⁸ y continúa situándose como un concepto novedoso frente al síndrome de *burnout*²⁹⁶, el cual, lleva siendo investigado en profundidad desde hace más de treinta años, lo que ha determinado su expansión en el mundo científico con estudios de gran prestigio internacional que han permitido aproximarse a la complejidad del constructo y desarrollar nuevos modelos conceptuales¹⁰, aunque el estudio en el contexto socio-sanitario de cuidados a personas mayores sigue siendo muy limitado.

Este estudio es el primero que se ha realizado en nuestro entorno tomando una muestra de profesionales de centros de mayores de Extremadura del ámbito sanitario y social para estudiar la prevalencia del fenómeno conocido como FC así como del síndrome de *burnout* y la relación entre ambos síndromes. Los hallazgos de este estudio revelan que la prevalencia de la FC (ProQOL) en los citados profesionales es de 34,4% (IC95%: 28,0-40,8) y de síndrome de *burnout* (MBI), de 4,8% (IC95%: 1,8-7,9).

La cifra de profesionales afectados por síndrome de *burnout* contrasta con las rescatadas de la literatura médica³⁹⁶, donde las cifras que tenemos sobre el síndrome de *burnout* a nivel hospitalario oscilan entre un 33-90% para unidades hospitalarias. Esto podría indicar que nuestros resultados podrían estar influidos por el estado de ánimo en el momento de contestar, como así ha sucedido en otro tipo de estudios³⁹⁶.

De igual manera, los sujetos con mayores niveles han podido negarse a participar en el estudio o se encontraban en situación de baja laboral o incapacidad laboral por enfermedades asociadas con este síndrome o directamente haber cambiado de lugar de trabajo debido a su nivel de estrés.

Otro motivo que podría explicar este bajo porcentaje de síndrome de *burnout* entre los profesionales socio-sanitarios de centros de mayores, es que en este tipo de instituciones, la dinámica con la que se realizan las labores asistenciales fomenta el trabajo colaborativo y cooperativo, compartiendo en numerosos casos objetivos comunes para cada plan individualizado de cuidados diseñado por paciente y/o usuario. La evidencia científica⁹⁶ corrobora que los profesionales que menos valoran trabajar en equipo presentan más AE y mayor nivel de *burnout* en general.

El índice de respuesta ha sido más alto en auxiliares de enfermería (61,23%) y enfermeros (18,06%), no sucediendo así con el resto de categorías profesionales. Estos resultados nos indican que sería conveniente incrementar el tamaño muestral para aumentar la potencia del estudio, pues las variables que podrían estar causando confusiones y/o interacciones²⁰ (como el servicio/planta en el que se desarrolla el trabajo, años de experiencia, tipo concreto de formación recibida) han sido considerados e incluidos. Además, se han aplicado técnicas de análisis multivariante para profundizar en el problema.

Por ello, hemos analizado la prevalencia de estos dos grupos de manera aislada, obteniendo resultados fiables. La prevalencia de FC en el grupo que realizaba funciones de enfermería fue del 41,5% (IC95%: 25,2-57,8) y en el grupo que realizaba funciones de auxiliar de enfermería del 30,2% (IC95%: 22,2-57,8).

Por su parte, la prevalencia del síndrome de *burnout* en el grupo que realizaba funciones de enfermería fue del 7,3% (IC95%: 1,5-19,9) y en el grupo que realizaba funciones de auxiliar de enfermería, del 2,9% (IC95%: 0,8-7,2).

Estos datos indican mayor FC y síndrome de *burnout* (medido con el MBI) en el grupo de profesionales enfermeros. Sin embargo, los resultados no han llegado a ser estadísticamente significativos, lo que puede deberse al tamaño de la muestra (139 auxiliares de enfermería y 41 enfermeros), que requeriría un tamaño muestral mayor. No obstante, en los resultados obtenidos, los intervalos de confianza para ambas prevalencias se solapan, por lo que en la población completa se infiere que podrían ser iguales.

La prevalencia del síndrome de *burnout* en estudios entre personal médico en atención primaria fluctúa entre un 7,7 y un 91,8%¹⁴³. No obstante, los estudios del *burnout* en personal médico han sido realizado habitualmente en el nivel asistencial de atención especializada, abordando de manera exclusiva la satisfacción laboral, no siendo por tanto comparables. No encontramos ninguno poblacional en nuestro ámbito¹⁸⁷.

En enfermería de atención primaria, la prevalencia ronda el 17-40%^{96, 143}, resultados que difieren del equipo de enfermería de nuestra muestra, el cual, en cuanto al síndrome de *burnout* medido con el MBI, presentó una prevalencia de 7,3% (IC95%:1,5-19,9) entre los enfermeros y 2,9% (IC95%: 0,8-7,2) en la categoría de profesionales con funciones de auxiliar de enfermería.

En un estudio llevado a cabo por Vilà *et al*⁹⁶ en 2014 en los profesionales de atención primaria de Barcelona, fueron los trabajadores sociales los que presentaron el nivel más alto de *burnout* en la subescala de AE. Esto podría explicarse por el contacto intenso de estos profesionales con situaciones de desajuste social y emocional de los usuarios.

En relación a los fisioterapeutas, otros estudios¹⁷¹ obtuvieron cifras que fijaban el síndrome de *burnout* en un nivel medio (65,23 puntos), tomando como puntos de corte los percentiles 33 y 66, al igual que sus dimensiones (puntuaciones medias en AE: 20,02; D: 7,45 y RP:37,77), con un perfil de divorciado, con más de 28,5 horas de trabajo a la semana, jornada partida, más de 40 horas de dedicación de atención directa a pacientes o familiares semanalmente, atendiendo a más de 20 pacientes por día y realizando un ejercicio público y privado de la profesión.

No hemos encontrado datos referentes a los terapeutas ocupacionales¹⁷. Puede deberse a su inclusión en el sistema nacional de salud de manera reciente, así como a que actualmente no son incluidos en la red de atención primaria. Aun así, se ha demostrado que estos profesionales, al igual que los psicólogos^{11, 167-168}, trabajadores sociales¹⁶⁹⁻¹⁷⁰ y fisioterapeutas¹⁷¹⁻¹⁷², pueden llegar a sufrir síndrome de *burnout*.

Maslach *et al*¹⁰ así como Najjar *et al*³⁹⁷; y Potter²⁹² han identificado mayor grado de *burnout* en los empleados con mayores niveles de formación académica. Estos resultados pueden ser interpretados desde diferentes perspectivas, puesto que la educación puede ser confundida con otras variables como la ocupación y la posición social (el estatus).

De esta manera, podría ser que las personas con niveles más elevados de formación académica tengan trabajos con mayores responsabilidades y por lo tanto mayor nivel de estrés. O podría ser que las personas con mayor nivel de formación pongan mayores expectativas en sus trabajos, lo que conllevaría distrés si estas no se satisfacen en el transcurso de la carrera profesional

En cuanto a la FC, nuestros resultados coinciden con estudios previos como el de Hooper *et al*³²⁹, que establecieron riesgo elevado de *burnout* y ETS en una muestra de enfermería hospitalaria. Sin embargo, no podemos efectuar una comparativa a nivel global con este estudio, al no ser estos pacientes en su cómputo total personas ancianas, y al haber sido además efectuado con la escala ProQOL versión 4.

Esta comparación nos lleva a reflexionar en el hecho de que la gran mayoría de estudios publicados sobre la FC han utilizado el cuestionario ProQOL en sus versiones III³⁴² y sobretodo, la IV^{292, 296, 328}, anteriores a la que se usa hoy en día, la versión 5^{296, 298, 353}, que constituye la versión más actualizada de las escalas existentes de ProQOL.

De hecho, desde la página web de ProQOL³⁴⁵ se recomienda que no se utilicen las versiones anteriores debido a problemas psicométricos. Asimismo, para solventar los problemas que se pueden plantear con publicaciones de datos referidos a la FC a partir de las escalas ProQOL versión III y IV, su autora³⁴⁵ de referencia, explica que debido a que el ProQOL 5 usa puntuaciones estandarizadas, es posible comparar los datos entre el ProQOL III, IV y 5, pero únicamente a nivel de sus dimensiones, no a través de una interpretación global de la escala, precisamente por las diferencias existentes entre las escalas (las subescalas presentan solo diferencias refinadas).

Sin embargo, se afirma que cuando comparamos datos a través de las tres versiones, existe un riesgo de pérdida de precisión, dado que las versiones anteriores tenían más errores estadísticos que la IV o la 5, cuyo margen de error de estimación es más reducido

De este modo, podemos indicar que el perfil del profesional de enfermería que trabaja en centros de mayores y presenta FC es: Mujer (76,5%), de 20 a 29 años (58,8%), con pareja estable (52,9%), que lleva entre 5 y 9 años desarrollando su profesión (52,9%), entre 5 y 9 años en el puesto actual (35,3%), con jornada continua entre semana (6-8 horas y 12 horas) más fines de semana/feriados (76,5%), mayoritariamente asignadas a áreas de pacientes con gran dependencia y trastorno mental grave (94,1%) y pacientes con demencia (94,1%), que pasa entre 38 y 42 horas en el trabajo (64,7%), y cuyas principales actividades incluyen quedar con amigos (88,2%), con familiares (82,4%) y practicar escapadas de viaje (64,7%).

La evidencia científica³²⁸, para el mismo colectivo, establece como situaciones que favorecen la aparición de FC y de *burnout* el propio cuidado del paciente (relacionado principalmente con el estado del paciente), la sobrecarga laboral y las decisiones de la dirección junto a cuestiones, experiencias previas y límites personales.

Por su parte, el perfil de auxiliar de enfermería que presenta FC en centros de mayores es: Mujer (92,9%), de 30 a 39 años (38,1%), casado o con pareja de hecho (54,8%), que lleva entre 5 y 9 años desarrollando su profesión (47,6%), entre 2 y 5 años en el puesto actual (40,5%), con jornada continua entre semana (6-8 horas y 12 horas) + fines de semana/feriados (76,2%), mayoritariamente asignadas a áreas de pacientes con dependencia severa (83,3%) y pacientes con demencia (81,0%), que

pasa entre 35 y 42 horas en el trabajo (73,8%), y cuya principal actividad es quedar con amigos (71,4%) y con familiares (76,2%).

En concordancia con los hallazgos obtenidos en torno a la FC, Brenda Sabo²⁸⁸ señala la necesidad de estudios empíricos cuyo objetivo sea abordar la etiología del fenómeno. Este hecho permitirá disponer de instrumentos de medición válidos para la FC, discriminando por tanto los factores causales relacionados con el síndrome de *burnout*.

Por último, en cuanto a la relación existente entre la FC medida con el ProQOL y el síndrome de *burnout* medido con el MBI, se puede afirmar que en nuestros resultados, todas las dimensiones de la FC se relacionaron de manera estadísticamente significativa (tabla LXI a LXIV) con todas las dimensiones del síndrome de *burnout* (tanto al correlacionar las puntuaciones directas, como al comparar por niveles), de manera que un estado más positivo en cada dimensión implica estados más positivos en el resto de las dimensiones, entendiendo por estado positivo mayor SC, menor síndrome de *burnout*, menor ETS, menor AE, menos D y mayor RP. Así, los profesionales que tienen FC en nuestro estudio, han mostrado de forma estadísticamente significativa, que tienen mayores niveles de AE (p-valor= $<0,001$), D (p-valor= $0,001$) y menores niveles de RP (p-valor= $0,001$).

Estos hallazgos van en sintonía con los resultados de estudios^{327, 353} sobre el personal enfermero, en el que algunos participantes describieron una progresión de síntomas de FC al *burnout*. No obstante, se necesita distinguir entre las experiencias de FC y del *burnout* por separado como afirman otros autores²⁹².

En esta línea, Arranz *et al*¹²⁶, señalan que el *burnout* “es un estado personal que surge fundamentalmente a partir de factores contextuales en interacción con los personales”. A su vez, la FC ha sido popularmente descrita como “el coste de cuidar” a los que sufren dolor emocional²⁸⁶ y puede abocar a *burnout*²⁶⁸.

En nuestro estudio, los profesionales que sí tenían FC (ProQOL), tenían asimismo síndrome de *burnout* (MBI), mientras que los profesionales que no tenían FC no presentaron síndrome de *burnout*. Estos resultados fueron estadísticamente significativos (p-valor= 0,008). Ante esto, son necesarios futuros estudios que analicen la posible correlación entre aquellos sujetos que padecen FC y su posibilidad en el desarrollo de síndrome de *burnout*³⁵³.

En definitiva, al igual que indican otros autores¹⁴⁴, los centros de mayores son generadores de FC entre sus profesionales, debido a que atienden a pacientes geriátricos, algunos de ellos atravesando una fase terminal. Estos servicios pueden ser potencialmente generadores de estrés para sus empleados, estrés que puede evolucionar también hasta el síndrome de *burnout*.

Por consiguiente, la identificación de predictores de esta investigación, pueden ser usados para diseñar intervenciones que dirijan los riesgos modificables. Disponemos de los datos necesarios para establecer un punto de mejora, en función de los índices obtenidos, dentro de un programa de evaluación y prevención de estrés y desgaste laboral como consecuencia del cuidado a pacientes (FC) y variables institucionales (síndrome de *burnout*).

1.5. SOBRE LA PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN FRENTE A LA FATIGA DE LA COMPASIÓN Y EL SÍNDROME DE *BURNOUT*

En base a todo lo anterior y los riesgos detectados como modificables, se hace necesario establecer una serie de medidas de intervención que permitan prevenir la FC (especialmente) y el síndrome de *burnout*, con la finalidad de conseguir unos cuidados de excelencia ofrecidos por profesionales sanos a nivel biopsicosocial y por ende, la mejora de la calidad de los cuidados de salud en el sistema sanitario. Richards³⁰⁴ asegura que tan importante como mantenerse actualizado a nivel de técnicas y nuevos tratamientos, lo es incluir el autocuidado dentro de las responsabilidades profesionales.

La Comisión Europea³⁹⁸, en su Agenda social para la promoción de la salud y la seguridad en el trabajo (2007-2012), ha reivindicado en la última década, la necesidad de evaluar y prevenir los riesgos psicosociales³⁹⁸. En España, el interés por la prevención en materia de riesgos psicosociales y estrés laboral³⁵⁷ ha quedado plasmado en la actual Ley 31/1995, de prevención de Riesgos Laborales³⁹⁹ y en el Reglamento de los Servicios de Prevención emitido por Real Decreto⁴⁰⁰.

Prueba de este auge suscitado en nuestro país por los riesgos psicosociales que se derivan del trabajo, lo constituye una sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco (ratificada por el Tribunal Supremo en diciembre de 2000) en la que se reconoce que el síndrome de *burnout* es accidente laboral si este se contrae por causa exclusiva de la ejecución del trabajo^{255, 357}.

Los fenómenos de *burnout* y FC no son fenómenos estáticos y anclados, sino que pueden prevenirse y tratarse para ser transformados³²⁰. Los costes económicos y humanos que provocan han sido calificados en la literatura médica de “devastadores”³⁰⁴. Por lo tanto, es necesario un abordaje integral que contemple medidas preventivas o de acción sobre los factores intervinientes.

De esta manera, para la prevención del SQT y de la FC va a ser necesario poner en funcionamiento medidas en tres campos de acción: a nivel individual, interpersonal y organizacional¹²⁶. La gran mayoría de ellas (se excluyen las individuales con ámbito de actuación en el terreno personal) estarán motivadas bajo la implementación, conocimiento y aprobación de la dirección del centro^{171, 173}. En este sentido, la dirección de la organización debe emprender y llevar a cabo programas de prevención que promuevan el bienestar de los trabajadores y eviten las repercusiones psicosomáticas de ambos fenómenos²⁹⁰, las cuales pueden deteriorar la salud de los trabajadores y de la propia organización^{16, 121}.

En el caso de la FC, tales estrategias afectan a dos niveles de acción: el individual y el interpersonal, mientras que para el síndrome de *burnout*, por las peculiaridades de su etiología, es necesario la determinación de estándares preventivos en tres niveles de acción: el individual, interpersonal y organizacional^{121, 313}.

Aunque si se aprende a gestionar a nivel individual el impacto emocional de los cuidados intensos y continuados, aumenta el bienestar y calidad de la atención prestada³¹², las investigaciones llevadas a cabo al respecto han constatado que las intervenciones aplicadas en el ambiente de trabajo son las de mayor relevancia para

disminuir o prevenir el SQT, pues la ejecución de técnicas individuales de forma aislada no tienden a ser exitosas para este síndrome¹⁷¹.

En ocasiones, puede ser necesario combinar acciones formativas con intervenciones psicológicas entre el personal¹⁷³.

1.5.1. Estrategias individuales

A) TIPO DE AUTOCUIDADO PROFESIONAL

▪ Apostar por una formación continua^{268, 312}, incluidas las microformaciones²⁸⁵. La formación proporciona herramientas y recursos necesarios para sentirse capaz, decidido y seguro. En el campo de la salud, es fundamental ser conscientes de la necesidad permanente de perfeccionamiento profesional, buscar oportunidades de entrenamiento, capacitación e interacción con otros profesionales en campos de trabajos similares³⁰⁵, integrando conocimientos en:

- 1) Escucha activa³¹².
- 2) Comunicación asertiva y otras habilidades de comunicación^{268, 312}.
- 3) Estrategias de adquisición y mejora de estrategias individuales de afrontamiento¹²¹.
- 4) Reestructuración cognitiva³¹.
- 5) Solución de problemas (técnicas de *counselling*).
- 6) Conocimientos teóricos sobre el SQT³¹³ y la FC: aumentar la conciencia de los trabajadores sobre estos fenómenos ayuda a reducir su vulnerabilidad hacia los factores desencadenantes²⁸⁷. Los investigadores sugieren que la educación en estos fenómenos y su etiopatogenia constituye el mejor factor de protección²⁸⁵.

7) Gestión de tiempo.

8) Técnicas reductoras de ansiedad (yoga, relajación, autohipnosis, meditación...).

9) Reducción de la ansiedad en situaciones problemáticas³¹.

10) Modelo de inoculación del estrés de Meichenbaum (tres fases: educativa, de ensayo y de aplicación)³¹⁴.

11) Habilidades sociales³¹⁴, habilidades de negociación³⁰⁵ y estrategias de autorregulación cognitiva que posteriormente puedan ser integradas en la realidad laboral mediante el entrenamiento y supervisión oportunos¹²⁶. La psicoeducación de los profesionales permite que estos identifiquen, amplíen y fomenten recursos de apoyo y enriquecimiento¹⁷³.

- Evaluar regularmente y ajustar las seis áreas de la vida laboral: carga de trabajo, control, recompensa, comunidad, justicia y valores. Sánchez-Reilly *et al*⁴⁰¹ recomiendan también llevar a cabo esta y otras medidas a nivel interpersonal y grupal.
 - Crear una red de trabajo de iguales y compañeros con los que permanecer conectados de manera regular en el tiempo (comunidad terapéutica personal)^{173, 401}.
 - Reconocer y aceptar con benevolencia las fortalezas y limitaciones, construyendo expectativas realistas³⁰⁵.
 - Buscar oportunidades para el compromiso con actividades organizacionales que vayan acorde con tu trabajo y gustos⁴⁰¹.
 - Trabajar por incrementar la autoconciencia, compartir sentimientos y responsabilidades, así como establecer límites para evitar sobrecargarse de trabajo⁴⁰¹.
- Identificar y gestionar las emociones y pensamientos conscientemente³¹².

- Practicar la escritura reflexiva^{268, 291, 303, 312, 401-402}. Ensayos randomizados han demostrado la efectividad de esta práctica, existiendo varios niveles de evidencia³¹².
- Aceptar las propias manifestaciones de duelo, evitando embotellar sentimientos³⁰⁶.
- Reinterpretación positiva de las situaciones y conflictos⁴⁰³. Relativizar el peso del caso²⁹¹.
- Saber autoregularse emocionalmente pero también saber darse permiso para emocionarse¹²⁶.

B) TIPO DE AUTOCUIDADO PERSONAL

- Adoptar un estilo de vida saludable con la práctica regular de ejercicio físico (moderado-intenso) o actividad deportiva^{291,300, 304, 401} durante un tiempo sostenido en el tiempo para obtener efectos visibles³⁰⁵ y combinarlo con una alimentación sana y buen descanso³¹⁰.
- Tomarse e intercalar vacaciones^{291, 401} o incluso tomarse un tiempo sabático³¹⁰.
- Trabajar la autoestima incluyendo hábitos de autocuidado emocional^{126,173,268 312, 401}.
- Practicar actividades recreativas y práctica de pasatiempos (aficiones) que no mantengan relación con el ámbito laboral^{291, 310}, de manera que se promueva un equilibrio entre la vida personal-trabajo^{401, 403}.
- Introducir ligeros cambios u otras actividades en nuestra rutina diaria⁴⁰⁴⁻⁴⁰⁵, sin olvidar seguir una rutina familiar³¹⁰.
- Promover el desarrollo espiritual con el fin de dar mayor sentido a las relaciones personales y profesionales^{291, 401}. Realizar *mindfulness* y meditación^{303, 401}, fomentando la autorregulación emocional consciente a través de conexión con uno mismo, la respiración y la observación³¹².

- Priorizar relaciones personales tales como las de la familia y amigos íntimos^{291,300, 401}. Cuidar dichos vínculos y no anular la vida sexual y la privacidad e intimidad con el exceso de trabajo³⁰⁵. Saber identificar lo que realmente es importante para uno mismo y mantener una conversación significativa cada día (familia, amigos o asesor espiritual)³¹⁰.
- Mantenerse optimista, fomentar el buen sentido del humor y reírse en alto^{126, 268, 310, 312,379, 403}. Apostar por el crecimiento personal⁴⁰³.

1.5.2. Estrategias de carácter interpersonal y grupal

- Mejorar las habilidades comunicativas y de gestión solicitando actualización formativa específica⁴⁰¹. Fomentar la cultura de trabajo en equipo¹²⁶.
- Supervisión y tutela de un mentor (*mentoring*) para integrar de manera práctica los conocimientos teóricos adquiridos sobre entrenamiento en técnicas de cuidados prácticos, habilidades comunicativas y gestión de emociones^{126, 268, 291,312}. Perlman²⁹¹ defiende que “dar y recibir supervisión” mitiga la carga emocional que conlleva el cuidado de holístico de personas que sufren y padecen dolencias¹⁷³.
- Equilibrar la empatía y la compasión con objetividad. En casos clínicos complejos, hacer uso de estructuras formalizadas, política y filosofía de cuidados así como protocolos establecidos que puedan servir de guía⁴⁰¹ aunque siempre individualizando cada caso. Promoción de la imparcialidad y justicia en el lugar de trabajo^{268, 312}.
- Practicar estrategias de afrontamiento compartiendo fuentes de significado personal y profesional e incorporándolas en la práctica diaria⁴⁰¹, que permitan compartir dificultades e información y consensuar determinaciones (según Arranz *et al*^{β12}, se trata de “corresponsabilizar sin hacer dejación de responsabilidades”).

- Identificar los mecanismos psicológicos que se movilizan en los trabajadores socio-sanitarios ante el sufrimiento y la muerte.
- Programas de reducción de estrés para el equipo basados en la conciencia plena (*mindfulness*) y meditación, fomentando la autoconciencia^{268, 303, 312, 401}. Ensayos randomizados han demostrado la efectividad de esta práctica, existiendo varios niveles de evidencia³¹².
- Apoyo en el trabajo comunitario^{268, 312, 406}. Apoyo emocional entre compañeros²⁹¹. Proporcionar y sentir soporte social en el trabajo⁴⁰³ desde cuatro perspectivas¹²¹: 1) Como integración social. 2) Como relaciones de calidad. 3) Como ayuda percibida. 4) Como actualización de conductas de apoyo. Es contraproducente trabajar aislado. Se recomienda compartir con el equipo las apreciaciones, sensaciones y emociones³⁰⁵, creando espacios de diálogo³⁵ y promocionando el apoyo social⁷².
- Dirigirse hacia la resolución de los conflictos.
- Estimular la participación en investigación^{268, 312}.
- Saber pedir apoyo¹²⁶. Retiros especializados^{268, 312}
- Desahogo de emociones y competencia emocional^{379, 403}. Discutir el caso con los compañeros, consultando las dificultades del mismo²⁹¹.
- Admitir límites⁴⁰⁷. Promoción de sensación de selección adecuada del trabajo y control^{268, 312}. Establecer objetivos realistas y factibles¹²⁶.
- Talleres específicos de autocuidado^{268, 312} (por ejemplo, de relajación y prevención del estrés, de manejo de conflictos con compañeros y familiares)^{126, 268, 312}. Reciclar energías⁴⁰⁸.
- Talleres/Jornadas de comunicación con familiares y pacientes¹⁷³.

1.5.3. Estrategias de nivel organizacional

- Psicoterapia^{305,310} : servicio de apoyo psicológico al empleado (ante situaciones laborales emocionalmente complejas que le están o han afectado a nivel psicosomático y conductual)¹⁶⁶. La ayuda profesional especializada ayuda a evitar la retraumatización de los casos complejos abordados por el trabajador en el que ha habido sobreimplicación¹⁷³ con técnicas como el *debriefing*³²⁸ o talleres de grupo²⁹¹. Tanto el diagnóstico como el tratamiento precoz del estrés crónico es una herramienta indiscutible para la prevención⁴⁰⁹.
- Programas de intervención organizacionales o institucionales basados en educación, grupos de apoyo y compromiso organizacional²⁹¹.
- Puesta en marcha de programas de socialización anticipatoria¹²¹ como los elaborados por Kramer⁴¹⁰ para trabajar la discrepancia entre las expectativas basales del trabajador en su incorporación y la realidad asistencial^{121, 305}.
- Evaluación y retroalimentación desde la supervisión y dirección de la organización, no como “juicio” sino como parte de asesoría de los programas de desarrollo organizacional que permitan el autoaprendizaje y crecimiento personal del trabajador mediante el asesoramiento, el establecimiento de objetivos y la planificación de carrera, orientando y preparando para la ejecución futura, donde el empleado adquiera un rol proactivo^{121,305}. Los supervisores tienen un rol importante en el apoyo y ánimo a sus equipos de trabajo a través del refuerzo positivo y la conexión con el equipo, lo que puede traducirse en una reducción de la incidencia de ansiedad y depresión⁴¹¹.
- Empezar programas de desarrollo organizacional que permitan mejorar el ambiente y el clima organizacional mediante el desarrollo de equipos de trabajo eficaces para la renovación de procesos y solución de conflictos (grupos T, formación de equipos

integrados por miembros de diferente jerarquía o multiprofesionales, enriquecimiento del puesto de trabajo, reuniones de confrontación organizacional, mejora de relaciones entre departamentos, promoción o activación del crecimiento y cambio internos)^{121,305}.

- Reconocimiento de los trabajadores y recompensas adecuadas^{312,268}.
- Aumentar las recompensas a los empleados.¹²¹
- Reestructuración y rediseño del lugar de trabajo¹²¹, ofreciendo directrices para mejorar los niveles de calidad ambiental en el trabajo³¹ que generalmente son objeto de legislación³⁹⁹. En la Guía titulada *100 recomendaciones básicas para fomentar la calidad en residencias de personas mayores* elaborada por el Grupo de Calidad de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG)⁴¹², se dedica un apartado a los criterios de calidad asistencial que deben cumplir los servicios socio-sanitarios para personas mayores en materia de entorno, aspectos arquitectónicos y de accesibilidad, dirección y organización, servicios generales, recursos humanos, residentes y familia.
- Selección de personal adaptada al perfil y funciones profesionales¹¹⁵.
- Clarificar la toma de decisiones¹²¹. Fomentar la autonomía¹²¹ y el enriquecimiento del puesto de trabajo mediante la identidad del trabajador con la tarea, la variedad de habilidades necesarias para su desempeño y la retroalimentación. Según Casas *et al*³¹, “el enriquecimiento del puesto de trabajo está directamente relacionado con la motivación del trabajador, la satisfacción laboral y la calidad del trabajo realizado, e inversamente relacionado con el absentismo y la rotación”.
- Establecer objetivos claros para los roles de los trabajadores^{121, 305}, fomentando la participación de los trabajadores en la gestión de la organización³¹.
- Desarrollar líneas de investigación dirigidas a comprender los elementos estresantes específicos de los diferentes puestos de trabajo¹⁶.

- Establecer líneas claras de autoridad¹²¹ promoviendo estilos de dirección participativos con sistemas de evaluación adecuados³¹.
- Mejorar las redes de comunicación organizacional¹²¹.
- Considerar cambios de puestos de trabajo emocionalmente complejos¹²¹.
- Permitir la promoción en la carrera profesional del trabajador¹²¹ mediante planes de carrera planificados e incentivación con oportunidades de promoción y ascenso a lo largo de la vida profesional³¹.
- Aumentar las responsabilidades y la participación del empleado en la toma de decisiones^{121, 305}.
- Facilitar y promover las reuniones multidisciplinarias con carácter periódico^{121, 305, 412}.
- Posibilitar la flexibilidad laboral (rotación programada, cambio de horarios, horarios flexibles, elección de turnos de trabajo, semana laboral concentrada en cuatro jornadas, empleo a tiempo parcial...) ^{31, 121, 305}.

La Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales³⁹⁹, resalta la obligación del empresario de crear e implementar un Plan de Prevención de Riesgos Laborales en el que se contemplen el conjunto de las tareas y actividades, los niveles jerárquicos de la institución, la evaluación de los riesgos laborales así como la evaluación de dichos riesgos y la planificación de las medidas y estrategias preventivas, además de establecer la formación de los trabajadores como un cimiento básico³⁹⁹.

En resumen, la prevención de estos fenómenos patológicos es el planteamiento más práctico y eficaz, pues evita un deterioro y consecuencias que no en todos los casos pueden ser resarcidas. La gran mayoría de expertos en esta materia reiteran la idea de controlar el estrés en sus fuentes, o sea, en los aspectos estresores del trabajo sanitario¹⁷.

VII.2. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los estudios transversales⁴¹³ adolecen de limitaciones al no analizar tendencias, salvo que se efectúen en las mismas poblaciones de forma secuencial. No obstante, debe contemplarse que este tipo de investigaciones son susceptibles de sesgos y exigen un análisis longitudinal de las diversas y heterogéneas variables que pueden contribuir en su incidencia evolutiva. Sin embargo, esto no resta validez a que estudios como la presente investigación aporten una información útil, dado que, como punto de partida, importa más conocer la realidad presente. Nuestro trabajo permite afirmar que en los centros de mayores de Extremadura se da la FC y el síndrome de *burnout*, es decir, que el desgaste profesional constituye una realidad en la asistencia geriátrica en centros de mayores.

El estudio partió con la intención de llegar a 400 profesionales de centros socio-sanitarios. Sin embargo, tras repartir los “Cuadernos de documentos y cuestionarios”, solo fueron cumplimentados 281, de los cuales, tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se rescataron para la muestra un total que incluía a 227 sujetos, un número suficiente para el mismo pero escaso comparado con el número de partida previsto.

La participación fue del 56,75%, cifra superior a algunos estudios realizados sobre prevalencia de *burnout* en nuestro país tanto a nivel hospitalario^{21, 139} como de atención primaria^{21, 142}. En cambio, en relación a la FC, en estudios llevados a cabo en Estados Unidos, Yoder³²⁸ obtuvo un 60% de participación con un diseño similar al de nuestro estudio, y Smart *et al*²⁹⁶ recabaron una participación del 54,9% entre una muestra de 139 profesionales hospitalarios conformada por médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería, con una tasa de respuesta mayoritariamente proveniente de las enfermeras (63,3%).

Así pues, en relación a la participación, son varios los motivos que pueden explicar este porcentaje. Uno de ellos se basa en la forma de la recogida de datos, ya que se dio una semana de plazo para rellenar los cuestionarios (se necesitaba una media de 20-30 minutos para rellenarlos). Esta no necesidad de inmediatez en la respuesta, habría favorecido el retraso u olvido en la entrega, como ha sucedido en otros estudios con este diseño de recogida de datos¹⁴². Asimismo, Maslach *et al*¹⁰ vinculan el porcentaje de participación a componentes culturales, poniendo de manifiesto que quizás los europeos son menos propensos que los americanos a responder a cuestionarios autoadministrados de manera exhaustiva, pues la expresión pública de algunos aspectos emocionales del *burnout* pueden estar socialmente más aceptados en la sociedad norteamericana a nivel individual que en Europa, donde los sentimientos de solidaridad grupal conforman un rol más significativo.

Por otro lado, fueron principalmente los profesionales de la categoría profesional de enfermería los que se negaron a participar. En este grupo, se incluyen personal con funciones de auxiliar de enfermería y enfermeros, lo que contrasta con otros estudios de ámbito hospitalario en los cuales predominó su participación frente a otros colectivos profesionales²⁹⁶. La principal razón expresada por estos profesionales para no colaborar en la investigación fue la creencia de que el “Cuaderno de documentos y cuestionarios” podría llegar a manos del director/a del centro, violándose así la legislación en torno a la confidencialidad de datos. A pesar de que el investigador principal aclaró esta idea errónea y se proporcionaron medios para garantizar la confidencialidad, las coordenadas actuales embebidas en un contexto de crisis económica, ajustes y recortes de personal, hizo desconfiar a un gran número de participantes que se negaron a participar.

Otro motivo declarado entre el personal con funciones de auxiliar de enfermería, fue el gran tamaño del cuestionario de variables sociodemográficas, laborales y recursos personales, aspecto que no tendría por qué estar relacionado con el ambiente laboral y sí con la estrategia utilizada. Por lo que tal vez un cuestionario más corto habría mejorado la respuesta entre este grupo²¹.

Por consiguiente, en correlación con el tamaño muestral, hubo que considerar el posible sesgo a la hora de medir la prevalencia y dimensiones de la FC y del síndrome de *burnout* entre categorías profesionales cuya muestra era escasa por el reducido número de profesionales reclutados en grupos como médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, psicólogos y otros. Estos resultados se vinculan a que estos profesionales no son tan numerosos en centros de atención a mayores como sí lo son enfermeros y auxiliares de enfermería.

El tamaño muestral en las profesiones indicadas ha impedido profundizar en las relaciones encontradas. Para solucionar esta limitación, se efectuó un análisis estadístico que resultó de interés, consistente en determinar la prevalencia de la FC y del síndrome de *burnout* según la profesión desempeñada en el centro, así como sus puntuaciones en las dimensiones de cada escala. Para tal efecto, se unieron los profesionales que en última instancia realizan funciones similares en estos centros. Así, se calcularon dos nuevas variables indicadoras de función de auxiliar de enfermería y de función de enfermería, respectivamente. De esta forma se pudo analizar la FC y el síndrome de *burnout* en estos grupos homogéneos en cuanto a sus funciones en estos centros, al tiempo que se solucionaba el problema estadístico del escaso número de sujetos en ciertas categorías profesionales.

Por otro lado, aunque son múltiples los artículos existentes en la literatura, se observa una escasa evidencia en cuanto a publicaciones sobre la prevalencia de la FC y del síndrome de *burnout* en la salud de los profesionales de centros de mayores. Esta circunstancia dificulta la discusión con otros estudios referidos especialmente a la FC, cuestión poco investigada en el ámbito de profesionales sociosanitarios en centros de mayores. Esto podría justificarse por las importantes limitaciones de estos estudios, como son:

1) La disparidad de los centros de mayores (tamaño, número de personal contratado – en algunos centros se cuenta con terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, psicólogos, musicoterapeutas, educadores sociales y en otros estas figuras profesionales no son contratadas-, ubicación física, perfil de los usuarios, perfil de los familiares, tipo de dirección ejercida por el director del centro –democrática, *laissez-faire*, autoritaria-) lo cual dificulta la comparación de los resultados y diversifica la obtención de unos resultados homogeneizados a la hora de analizarlos de forma conjunta, incluso en la definición del equipo de enfermería (que es el más habitual en este tipo de centros), pues varía el número de trabajadores enfermeros y auxiliares de enfermería así como la formación previa de estos.

Dentro del personal que desarrolla funciones de auxiliar de enfermería nos encontramos de manera dispar desde profesionales que han realizado estudios de formación profesional de grado medio como los auxiliares de enfermería, los técnicos en atención socio-sanitaria y los técnicos en atención a personas en situación de dependencia a profesionales que no han cursado formación profesional sino que han sido instruidos a través de cursos especializados como los auxiliares de geriatría.

2) El escaso número de estudios longitudinales en los que se valore la FC y el síndrome de *burnout* en el tiempo y su asociación con el estado de salud de los sujetos. Al tomar mediciones únicas, no es posible tener en cuenta la variabilidad interobservador.

3) Cuando se estudia la asociación con un determinado fenómeno, la evidencia científica sostiene que las variables de ajuste y el control de las variables de confusión es muy heterogéneo³⁹.

4) Por otro lado, existe una gran heterogeneidad en relación al cuestionario utilizado para indagar en estos síndromes. No todos los estudios aplican el mismo número de ítems y dimensiones y no todos informan de la validez del cuestionario adaptado³⁹.

En último lugar, citar que en todos los estudios estadísticos, existe la posibilidad de sesgos, el de información, el de confusión y el sesgo de selección, pudiendo delimitar los resultados obtenidos. Destacamos como fuente de sesgo de información⁴¹⁴⁻⁴¹⁷:

- Instrumentos de medida no adecuados.
- Criterios diagnósticos incorrectos.
- Omisiones.
- Imprecisiones de la información.
- Errores en la clasificación.
- Errores introducidos por los cuestionarios o encuestadores.

Para subsanar estos problemas se repartió de manera individual entre los encuestados un “Cuaderno de documentos y cuestionarios”, confiriéndoles el plazo de una semana para poder rellenarlos. Esta acción evitó que los investigadores tuviesen que preguntar directamente las variables a los profesionales, lo que podría haber

condicionado las respuestas por la “deseabilidad social”²⁰. De igual modo, para salvar este sesgo de información se entregaron los mismos cuestionarios, estructurados y validados^{329, 302, 353} a todos los escuestados, realizando la entrega y recogida de datos en los centros el mismo evaluador (investigador).

El sesgo de selección puede producirse en las siguientes circunstancias⁴¹⁴⁻⁴¹⁷:

- Al seleccionar el espacio muestral donde se realiza el estudio.
- Por pérdidas de seguimiento.

En nuestra muestra, los centros seleccionados fueron de titularidad privada con un rango de tamaño igual o superior a 25 plazas residenciales por centro, pues en estos hay una muestra mayor de personal contratado que en los centros pequeños menores de 25 plazas residenciales y por lo tanto, pueden aparecer con mayor frecuencia aspectos negativos relacionados con la organización del centro como sobrecarga de tareas, relación con el equipo de enfermería, turnicidad, conflictos entre perfiles profesionales, conflictos de competencias, ambigüedad de rol⁴³, problemas de comunicación intragrupal^{39, 44, 46-47} y en ocasiones falta de apoyo social en el puesto de trabajo⁴⁵.

VII.3. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación resulta de interés como primera aproximación hacia la prevalencia y dimensiones de los fenómenos de la FC y del síndrome de *burnout* en centros de mayores, pues en los resultados se han observado datos estadísticamente significativos en algunas de las relaciones estudiadas en los estudios bivariantes y multivariantes efectuados, por lo que abre la puerta a futuros estudios.

Los resultados nos indican que en estos nuevos estudios sería conveniente incrementar el tamaño muestral para incrementar la potencia del estudio, por lo que sería interesante la separación por categorías profesionales para intentar conseguir representatividad en estos. De este modo, sería recomendable que el campo de investigación se ampliase, además de al terreno privado, a centros de mayores con titularidad pública, comparando la existencia de diferencias o coincidencias entre relaciones causales así como su reafirmación o contradicción con la evidencia científica publicada.

De igual forma, la falta de consistencia en los estudios realizados sobre los factores causales de la FC y sus efectos, nos inducen a pensar que sería útil realizar estos estudios con un diseño longitudinal¹⁸⁷, con períodos más largos de seguimiento³⁹ que faciliten la evidencia de posibles relaciones de causalidad entre los síndromes estudiados (especialmente la FC) y sus efectos sobre la salud, pues los estudios transversales no nos proporcionan información de estas probables correlaciones causa-efecto.

Fuera de nuestras fronteras⁴¹⁸⁻⁴¹⁹ numerosos estudios han estudiado la relación entre la inteligencia emocional y el *burnout* en el ámbito sanitario. Aunque se ha constatado esta relación entre la inteligencia emocional y el burnout, en España son pocos los estudios⁴²⁰ realizados al respecto. Los resultados de esta línea de investigación podrían ser de gran utilidad frente a la prevención primaria y secundaria tanto del síndrome de *burnout* como de la FC, al poder trabajarse mediante programas de entrenamiento específicos. De esta manera, sería interesante establecer futuras investigaciones con esta línea de investigación sobre los recursos y herramientas que emplean los profesionales que no presentan FC ni síndrome de *burnout*³²⁸.

Habría que valorar que los profesionales que cuentan con adecuados mecanismos y recursos personales de afrontamiento, poseen una mayor capacidad de control en el trabajo, lo que actúa como un efecto moderador del estrés, de la FC y del síndrome de *burnout*. Así lo corroboran algunos estudios que se engloban dentro de la Psicología positiva³⁹, que resaltan el valor de las experiencias subjetivas positivas, la satisfacción laboral⁴²¹, la mejora de la percepción del bienestar y la prevención frente a la enfermedad³⁹.

De esta manera, como señala Fortuny⁴¹³, “el descontento y la insatisfacción en la actividad de buen número de profesionales, con marcada despersonalización, dificultad en justificar su esfuerzo por la percepción de ineficacia en su labor clínica y falta de motivación en acudir al trabajo, deberían ser objeto de análisis en sus raíces”, pues resulta paradójico la afectación en profesiones de perfil sanitario y social, consideradas de modo tradicional como de importante componente vocacional. Por ello, estos fenómenos no deberían dejar de ser estudiados.

Sería interesante apostar y ampliar esta línea de trabajo, máxime atendiendo a la escasez de publicaciones sobre la incidencia de la FC y del síndrome del *burnout* en centros de mayores, lo que parece indicar que ha sido un problema en gran medida ignorado en nuestro país, pero del que sin embargo, existen publicaciones en otros países señalando frecuencia e impacto considerables al respecto²¹⁴.

En último lugar, sería fructífero ampliar las investigaciones incluyendo en ellas biomarcadores fisiológicos objetivos, pudiendo obtenerse a través del análisis de parámetros sanguíneos mediante la extracción de muestras de sangre. Existen investigaciones¹⁴³ efectuadas a nivel de atención primaria que relacionan la elevación de algunos biomarcadores de la inflamación con el síndrome de *burnout* (en la FC no hay estudios con tanta profundidad). Entre dichos biomarcadores inespecíficos sobresalen el fibrinógeno y la proteína C reactiva, que se relacionan con mayor riesgo a medio-largo plazo de enfermedad cardiovascular e ictus.

Un estudio sobre desgaste profesional llevado a cabo en un área sanitaria de Ceuta por Domínguez *et al*¹⁴³ desveló que las mujeres que sufren el SQT y los hombres que padecen depresión tienen niveles elevados de fibrinógeno y proteína C reactiva, por lo que se perfilan con mayor riesgo frente a enfermedades asociadas a procesos inflamatorios. Este estudio concluyó que “la proteína C reactiva puede ser un biomarcador en el examen rutinario de salud de los trabajadores para el síndrome de *burnout*”.

Por todo ello, apostamos por estas líneas de investigación como futuros estudios que amplíen el trabajo iniciado y nos permitan seguir obteniendo resultados estadísticamente significativos sobre la influencia de la FC y del síndrome del *burnout*

en la salud de los trabajadores desde una perspectiva del cuidado holística que contemple la salud de un modo integral, de forma bio-psico-socio-espiritual.

Asimismo, la presente investigación nos avala para continuar el trabajo iniciado hacia el campo de la prevención a nivel individual, intergrupar y organizacional de los profesionales que prestan cuidados englobados en el marco de la atención socio-sanitaria.

VIII.CONCLUSIONES

VIII.1. CONCLUSIONES

1. Los profesionales socio-sanitarios que trabajan en centros de mayores de Extremadura presentan prevalencia moderada de fatiga de la compasión (34,4%), mientras que la prevalencia de *burnout* es considerada baja (4,8%).
2. La fatiga de la compasión (ProQOL) y el síndrome de *burnout* (MBI) se relacionan de manera positiva en todas sus dimensiones: a mayor satisfacción de la compasión, menor síndrome de *burnout*, estrés traumático secundario, agotamiento emocional, despersonalización y mayor realización personal.
3. La fatiga de la compasión y el síndrome de *burnout* tienen una relación positiva en todas sus dimensiones. Los profesionales afectados por uno de ellos, tiende a presentar el otro, siendo la satisfacción de la compasión un factor protector en la aparición de ambos fenómenos.
4. Las características del profesional socio-sanitario que padecen ambos síndromes son: trabajar en entorno urbano; tener como área geriátrica asignada pacientes con gran dependencia; no sentirse valorado por los pacientes, familiares, compañeros ni por el director de su centro; mayor antigüedad en el puesto actual; menor tiempo desempeñando su profesión; no convivir con ningún hijo; estar tomando psicofármacos recetados y practicar acciones terapéuticas tan solo 1 hora/semana.
5. Nuestros resultados nos avalan para continuar la investigación en la intervención y prevención psicosocial en centros de mayores, con el diseño de programas de autocuidado a nivel individual e interpersonal y además de estos, de carácter organizacional para el síndrome de *burnout*.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Abellán A, Vilches J, Pujol R. Un perfil de las personas mayores en España, 2014. Indicadores estadísticos básicos [Internet]. Madrid: Informes envejecimiento en red; 2014 [acceso 04 de agosto de 2014]. Serie de informes: 6. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos14.pdf>
2. Programa Marco de Cuidados Paliativos de Extremadura. Mérida: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Extremeño de Salud; 2002.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
4. Herrera E, Rocafort J, De Lima L, Bruera E, García-Peña F, Fernández-Vara G. Regional palliative care program in Extremadura. An effective public health care model in a sparsely populated region. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33 (5): 591-8.
5. Herrera E. Regional palliative care program in Extremadura: towards a well integrated palliative care real solution. En: Congress of the multinational association of supportive care in cáncer. Berlín; 2003.
6. Instituto Nacional de Estadística [sede Web]. Madrid: INE; [acceso 03 de agosto de 2014]. INEbase/Estadísticas territoriales; [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.ine.es/FichasWeb/RegComunidades.do?fichas=49&buscador=&botonFichas=Ir+a+la+tabla+de+resultados>
7. Gobierno de Extremadura. Plan de Salud de Extremadura. 2013-2020. Mérida: Gobierno de Extremadura, Consejería de Salud y Política Social; 2013.
8. Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura. Plan Director 2005-2010. Mérida: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Extremeño de Salud; 2006.
9. Villa JM. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Imserso. Encuentro: Buenas prácticas en la coordinación socio-sanitaria y la ley de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. *Sesenta y más*. 2010; (295): 29-34.

10. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter P. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001; 52: 397-422.
11. Flórez L, Rodríguez A. Una mirada al síndrome de burnout en Colombia: el desgaste profesional de los psicólogos. En: Gil-Monte PR, Moreno-Jiménez B, coord. *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. Madrid: Pirámide; 2007. p. 187-201.
12. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. VII Encuesta Nacional de condiciones de trabajo 2011 [monografía en Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2011 [acceso 12 de agosto de 2014]. Disponible en: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/OBSERVATORIO/Informe%20\(VII%20ENCT\).pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/OBSERVATORIO/Informe%20(VII%20ENCT).pdf)
13. Peiró J. Estrés laboral y riesgos psicosociales. Investigaciones recientes para su análisis y prevención. En: Lección magistral leída en el solemne acto de apertura del curso 2009-10. Valencia: Universidad de Valencia; 2009.
14. DesCamp KD, Thomas CC. Buffering nursing stress through play at work. *West J Nurs Res.* 1993; 15: 619-37.
15. Manassero MA, Vázquez A, Ferrer VA, Fornés J y Fernández MC. Estrés y burnout en la enseñanza. Palma de Mallorca: UIB; 2003.
16. Pades A, Homar C. Estrés laboral y burnout en Enfermería. *Metas de Enferm.* 2006; 9 (3): 67-72.
17. Moreno B, Peñacoba C. El estrés asistencial en los servicios de salud. En: Simón MA (ed.). *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca nueva; 1999: 739-61.
18. Rodríguez-Marín J. Calidad de vida laboral en profesionales de la salud. *Rev Calid Asist.* 2010; 25 (6): 318-320.
19. Collins MA. The relation of work stress, hardiness and burnout among full-time hospital staff nurses. *J Nurs Staff Dev.* 1996; 12: 81-5.

20. Porrás-Povedano M, Santacruz-Hamer V, Oliva-Reina I. Percepción de riesgos laborales en profesionales de enfermería en un centro sanitario. *Enferm Clin.* 2014; 24 (3): 191-5.
21. Martín-Arribas MC, Santiago-Santos I, Rodríguez-Rodríguez F, Moreno-Casbas MT, de Andrés-Copa P, Casadevall-Doménech A et al. Estrés relacionado con el trabajo y la exposición laboral en enfermeras de la comunidad de Castilla y León. *Enferm Clin.* 2006; 16 (3): 119-26.
22. Albar MJ, Romero ME, González MD, Carbayo E, García A, Gutiérrez I, Algaba S. Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. *Enferm Clin.* 2004; 14 (5): 281-5.
23. Cannon WB. *The wisdom of the body.* Nueva York: Norton; 1932.
24. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scales. *J Psychosom Res.* 1967; 11: 213-8.
25. Selye H. *The stress of life.* Nueva York: McGraw-Hill; 1956.
26. Lazarus RS, Folkman S. Transactional theory and research on emotions and coping. *Eur J Pers.* 1987; 1: 147-69.
27. Fernández Martínez ME. Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional. Tesis doctoral. Universidad de León; 2009.
28. Selye H. *The stress of life.* 2ª ed. Nueva York: McGraw-Hill; 1976
29. Lazarus RS, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos.* Barcelona: Martínez-Roca; 1986.
30. Brantley PJ, Jones GN. Daily stress and stress-related disorders. *An Behav Med.* 1993; 15: 17-25.
31. Casas J, Repullo JR, Lorenzo S. Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento. *Rev Calidad Asistencial.* 2002; 17 (4): 237-46.
32. Serrano MF. Estrés laboral en el personal sanitario. *Fisioterapia.* 2002; 24 (monográfico 1): 33-42

33. Fernández-Montalvo J, Piñol E. Horario laboral y salud: consecuencias psicológicas de los turnos de trabajo. RPPC. 2000; 5 (3): 207-22.
34. Parkes K. Intervenciones para la gestión del estrés en organizaciones. En: Buendía J, Ramos F, editores. Empleo, estrés y salud. Madrid: pirámide; 2001. p. 109-29.
35. Tapia DE, Bustamante S. Estrés laboral: estrategias de afrontamiento y modos de cuidar de enfermería. Revista Iberoamericana de educación e investigación en enfermería. 2013; 3 (4): 45-51.
36. Karasek R. Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. Adm Sci Q. 1979; 24: 285-307.
37. Karasek R, Theorell T. Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life. Nueva York: Basic Books; 1990.
38. Baker DB. The study of stress at work. Annu Rev Public Health. 1985; 6: 367-81.
39. Martín MC. Estrés relacionado con el trabajo (modelo de demanda-control-apoyo social) y alteraciones en la salud: una revisión de la evidencia existente. Enferm Intensiva. 2007; 18 (4): 168-81.
40. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (I) [monografía en Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2001. [acceso 13 de agosto de 2014] NTP 603. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp_603.pdf
41. Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. Soc Sci Med. 1988; 27: 1336-42.
42. Barbero J. Experiencia de sufrimiento y responsabilidad moral. En: Bayés R (ed.). Dolor y sufrimiento en la práctica clínica. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas; 2004.

43. Peiró JM. Desencadenantes del estrés laboral. Madrid: Eudema; 1999.
44. Havens D, Labov T, Faura T, Aiken L. El entorno clínico de la enfermera hospitalaria. *Enferm Clin.* 2002; 12 (1): 13-21.
45. Escriba-Agüir V, Mas PR, Flores RE. Validación del Job Content Questionnaire en personal de enfermería hospitalario. *Gac Sanit.* 2001; 15 (2): 60-7.
46. Escribá V, Pérez-Hoyos S, Bolumar F. Shiftwork: its impact on the length and quality of sleep among nurses of the Valencian region in Spain. *Int Arch Occup Environ Health.* 1992; 64 (2): 125-9.
47. Jansen NW, van Amelsvoort LG, Kristensen TS, van den Brandt PA, Kant IJ. Work schedules and fatigue: a prospective cohort study. *Occup Environ Med.* 2003; 60 Suppl 1: 47-53.
48. Fornés J. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Madrid: editorial médica panamericana; 2006.
49. Cheng Y, Kawachi I, Coakley EH, Schwartz J, Colditz G. Association between psychosocial work characteristics and health functioning in American women: prospective study. *BMJ.* 2000; 320 (7247): 1432-6.
50. Laschinger HKS, Finegan J, Shamian J, Wilk P. Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings. *J Nurs Adm.* 2001; 31 (5): 260-72.
51. Lindholm M, Dejin-Karlsson E, Ostergren PO, Uden G. Nurse managers' professional networks, psychosocial resources and self-rated health. *J Adv Nurs.* 2003; 42 (5): 506-15.
52. Moreau M, Valente F, Mak R, Pelfrene E, de Smet P, De Backer G et al. Occupational stress and incidence of sick leave in the Belgian workforce: the Belstress study. *J Epidemiol Community Health.* 2004; 58 (6): 507-16
53. Revicky DA, May HJ. Organizational characteristics, occupational stress, and mental health in nurses. *Behav Med.* 1989; 15 (1): 30-6

54. Seago JA. Work group culture, stress, and hostility. Correlations with organizational outcomes. *J Nurs Adm.* 1996; 26 (6): 49-47.
55. Trinkoff AM, Storr CL, Lipscomb JA. Physically demanding work and inadequate sleep, pain medication use, and absenteeism in registered nurses. *J Occup Environ Med.* 2001; 43 (4): 355-63.
56. Landsbergis PA. Occupational stress among health care workers: a test of job demands – control model. *Journal of Organization Behavior.* 1988; 9: 217-39.
57. McAbee R. Occupational stress and burnout in the nursing profession. A model for prevention. *AAOHN J.* 1991; 78: 1336-42.
58. Uchino BN, Cacioppo JT, Kiecolt-Glaser JK. The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychol Bull.* 1996; 199: 488-531.
59. Gil-Monte PR, Moreno-Jiménez B, coord. *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout).* Madrid: Pirámide; 2007.
60. Darby DN, Daniel K. Factors that influence nurses' customer orientation. *J Nurs Manag.* 1999; 7: 271-80.
61. Kendrick P. Comparing the effects of stress and relationship style on student and practicing nurse anesthetists. *Anna J.* 2000; 68: 115-22.
62. Plant MI, Plant MA, Foster J. Stress, alcohol, tobacco, and illicit drug use amongst nurses: a Scottish study. *J Adv Nurs.* 1992; 17: 1057-67.
63. Schnall PL, Landsbergis PA, Baker D. Job strain and cardiovascular disease. *Annu Rev Public Health.* 1994; 15: 381-411.
64. Bosma H, Marmot MG, Hemingway H, Nicholson AC, Brunner E, Stansfeld SA. Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *BMJ.* 1997; 314: 558-65.

65. De Bacquer D, Pelfrene E, Clays E, Mak R, Moreau M, De Smet P et al. Perceived job stress and incidence of coronary events: 3-year follow-up of the Belgian Job Project cohort. *Am J Epidemiol.* 2005; 161: 434-41.
66. Bourbonnais R, Comeau M, Vezina M, Dion G. Job strain, psychological distress, and burnout in nurses. *Am J Ind Med.* 1998; 34: 20-8.
67. Araujo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Work psychosocial aspects and psychological distress among nurses. *Rev Saude Publica.* 2003; 37: 424-33.
68. Lagerstrom M, Wenemark M, Hagberg M, Hjelm EW. Occupational and individual factors related to musculoskeletal symptoms in five body regions among Swedish nursing personnel. *Int Arch Occup Environ Health.* 1995; 68: 27-35.
69. Rees D, Cooper CL. Occupational stress in health service workers in the UK. *Stress Med.* 1992; 8: 79-80.
70. Tomás J, Fernández L. Estrés laboral en los profesionales de enfermería hospitalarios. *Metas de enfermería.* 2002; 5 (4): 06-12.
71. Mingote JC, Pérez F. El estrés del médico. Madrid: Díaz de Santos; 1999.
72. Carles R, Gómez-Conesa A, Abril E. Estrés de índole laboral. *Fisioterapia.* 2006; 28 (2): 87-97.
73. Fornés J. Estrés laboral en personal de enfermería: causas, emociones y posibles predictores. Tesis Doctoral. Universidad de las Islas Baleares; 1992.
74. Peiró JM, Salvador A. Control de estrés laboral. Madrid: Eudema; 1993.
75. Tomás-Sábado J, Aradilla A, Guix E. Alexitimia y estrés laboral en los profesionales de enfermería hospitalaria. *Metas de Enferm.* 2004; 7 (9): 62-65.
76. Vicente-Herrero MT, Torres JI, Ramirez MV, Terradillos MJ, López-González AA y Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo (GIMT). Trastornos del sueño y trabajo. Aspectos preventivos, médico-legales y laborales. *Rev Esp Med Legal.* 2014; 40 (2): 63-71.

77. Garbarino S, Traversa F, Spigno F. Sleepiness, safety on the road and management of risk. *G Ital Med Lav Ergon*. 2012; 34: 3 Suppl: 322-5.
78. Rosso GL, Zanelli R, Bruno S, Feola M, Bobbio M. Professional driving and safety, a target for occupational medicine. *Med Lav*. 2007; 98: 355-73.
79. Costa G. The impact of shift and night work on health. *Applied ergonomics*. 1996; 27: 9-16.
80. Alexander DA, Klein S. Caring for others can seriously damage your health. *Hosp Med*. 2001; 62: 264-67.
81. French JR, Kahn RL. A pragmatic approach to studying the industrial environment and mental health. *J Soc Issues*. 1962; 18: 1-47.
82. Sánchez-Elvira A. Perspectiva biopsicosocial del estrés en el marco de la psicología de la salud. En: Sandi C, Calés JM, coord. *Estrés: consecuencias psicológicas, fisiológicas y clínicas*; 2000.
83. Bravo MJ, Zurriaga R, Peiró JM, González P. Un modelo causal sobre los antecedentes y consecuentes del estrés de rol en profesionales de la salud. *Psicología de la Salud*. 1993; 5: 19-36.
84. Cooper CL, Davidson M. Las fuentes de estrés en el trabajo y su relación con los ambientes no laborales. En: Kalimo R, El-Batawi MA, Cooper CI, compiladores. *Los factores psicosociales en el trabajo*. Ginebra: OMS; 1998. p. 97-109.
85. Bueno FP, Celma C. Salud laboral en el entorno hospitalario. *Todo hospital*. 1999; 155: 199-203.
86. Gracia F, Peiró JM, Ramos J. Aspectos temporales del trabajo. En: Peiró JM y Prieto F, editores. *Tratado de psicología del trabajo*. Vol I. La actividad laboral en su contexto. Madrid: Síntesis; 1996. p. 36-91.
87. Blasco FJ, Irlés JA, Huet J. Satisfacción laboral y estresores profesionales en los intensivistas españoles: resultados de una encuesta. *Todo hospital*. 1996; 124: 35-40.

88. Deleva M. Reacciones metabólicas y neurohormonales al estrés profesional. En: Kalimo R, El-Batawi MA, Cooper CI, compiladores. Los factores psicosociales en el trabajo. Ginebra: OMS, 1988; p. 48-62.
89. Castilla V, Ojeda F, Checa A, González R, Puras A. la informatización del trabajo clínico asistencial: análisis crítico desde la experiencia de un centro hospitalario de nueva creación. *Rev Calidad Asistencial*. 2000; 15: 241-8.
90. Fernández MI, Villagrasa JR, Gamo MF, Vázquez J, Cruz E, Aguirre MV et al. Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*. 1995; 69: 487-97.
91. Acámer F, López C, López-Torres J. Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios en atención primaria. *Aten Primaria*. 1997; 20: 401-7.
92. García A. Estrés laboral y educación para la salud. En: Buendía J, editor. *Estrés laboral y salud*. Madrid: Biblioteca nueva; 1998. P. 207-20.
93. Quiceno JM, Vinaccia S. Burnout: síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). *Acta colombiana de psicología*. 2007; 10 (2): 117-25.
94. Freudenberg HJ. Staff burnout. *J Soc Issues*. 1974; 30: 159-66.
95. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una perspectiva histórica. En: Gil-Monte PR, Moreno-Jiménez B, coord. *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. Madrid: Pirámide; 2007. p. 21-41.
96. Vilà M, Cruzate C, Orfila F, Creixell J, González MP, Davins J. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de atención primaria. *Aten Primaria*. 2014. DOI 10.1016/j.aprim.2014.01.008
97. Freudenberg H. The professional in the free clinic: new problems, new views, new goals. En Bental D, Schartz J (eds.). *The free clinic: a community approach to health care and drug abuse*. Beloit, WI: Stash Press; 1971. p. 34-45.

98. Freudenberger. The staff burn-out in alternative institutions. *Psychotherapy: theory, research and practice*. 1975; 12 (1): 73-82.
99. Freudenberger H. Speaking from experience –burn-out- organizational menace. *Training and development journal*. 1977; 31 (7): 26-7.
100. Freudenberger H. Burnout: contemporary issues, trends, and concerns. En: Farber B (ed). *Stress and burnout*. Nueva York: Pergamon Press; 1983.
101. Freudenberger H. The issues of staff burnout in therapeutic communities. *Journal of psychoactive drugs*. 1986; 18 (3): 247-51.
102. Freudenberger H, Richelson G. *Burnout: the high cost of high achievement*. Nueva York: Anchor Press; 1980.
103. Bosqued M. *Quemados. El síndrome del burnout*. Barcelona: Paidós; 2008.
104. Maslach C, Jackson S, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual*. 3ª ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1996.
105. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occup Behav*. 1981; 2 (2): 99-113.
106. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory. Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1981.
107. Serrano MF, Garcés EJ, Hidalgo MD. Burnout en fisioterapeutas españoles. *Psicothema*. 2008; 20 (3): 361-8.
108. Mingote JC. Síndrome burnout. *Monografías de psiquiatría*. 1997; 5: 1-44.
109. Ahola K, Hakanen J. Job strain, burnout, and depressive symptoms: a prospective study among dentists. *J Affect Disord*. 2007; 104: 103-7
110. Sobrequés J, Cebriá J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2003; 31: 227-33.

111. Esteva M, Larraz C, Soler JK, Yaman H. Desgaste profesional en los médicos de familia españoles. *Aten Primaria*. 2005; 35: 108.
112. Gelsema TI, Van der Doef M, Maes S, Janssen M, Akerboom S, Verhoeven CH. A longitudinal study of job stress in the nursing profession: causes and consequences. *J Nurs Manag*. 2006; 14: 389-99.
113. Hernández ZP. Estudio descriptivo del síndrome burnout en personal de salud en el hospital militar de Bogotá. *Rev Acta Colombiana de psicología clínica* 2002; (7): 71-83.
114. Fidalgo M. Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): consecuencias, evaluación y prevención. España: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. Ministerio de Trabajo y asuntos sociales; 2000. NTP 705.
115. Chacón Roger M, Grau Abalo JA. Burnout en los equipos de cuidados paliativos: evaluación e intervención. En: Gómez Sancho M, coordinador. *Avances en cuidados paliativos III*. Madrid: Gafos; 2003. P. 149-68.
116. Maslach C, Leiter MP. Stress and burnout. The critical research. En: Cooper CL (ed.). *Stress, medicine and health*. Boca Raton: CRC Press; 2005. p.155-72.
117. Grau J, Chacón M. *Burnout*: una amenaza a los equipos de salud. En: Memorias II Jornada de actualización en psicología de la salud de la asociación colombiana de psicología de la salud (ASOCOPSSIS, Capítulo Valle del Cauca). Calí; 1998: 1-17.
118. Grau J. Burnout: una amenaza a los equipos de cuidados paliativos. En: Memorias del IV curso internacional sobre cuidados paliativos del paciente oncológico. Instituto de Cancerología de México; 1998: 94-8.
119. Gil-Monte, PR. Evaluación psicométrica del síndrome de burnout: el cuestionario "CESQT". En: Garrido J (comp). *¡Maldito trabajo!* Barcelona: Granica; 2008 p. 269-91.
120. Chacón F, Vecina ML, Barrón A, De Paúl MP. Burnout en voluntarios que trabajan con pacientes de sida o cáncer. *Clin Salud*. 1999; 10 (2): 137-50.

121. Gil-Monte, Peiró JM. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis; 2009.
122. Mingote JC. Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. Formación médica continuada. 1998; 5 (8): 493.
123. Salanova M, Schaufeli WB, Llorens S, Peiró JM, Grau R. Desde el “burnout” al “engagement”: ¿una nueva perspectiva? Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones. 2000; 16 (2): 117-34.
124. Manassero MA, García E, Vázquez A, Ferrer VA, Ramis C, Gili M. Análisis causal del burnout en la enseñanza. Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones. 2000; 16 (2): 173-95.
125. Olmeda MS, García I, Morante L. Burnout en profesionales de salud mental. An . 1998; 14 (2): 48-55.
126. Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. 3ª ed. Barcelona: Ariel; 2008.
127. Fidalgo M. Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (I): definición y proceso de generación. España: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. Ministerio de Trabajo y asuntos sociales; 2000. NTP 704.
128. Psicomed.net [sede Web]. Psicomed; [acceso 25 de agosto de 2014]. CIE-10 y DSM-IV. Disponible en: <http://www.psicomed.net>
129. Psychiatryonline. Lifelong Learning in Psychiatry. [sede Web]. American psychiatric publishing; 2013 [acceso 25 de agosto de 2014]. DSM-5. Disponible en: <http://dsm.psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=556§ionid=41101771>.
130. Pujol R. Médicos residentes (MIR) insatisfechos. Med Clin (Barc). 1997; 109: 623-4.
131. Belloch SL, Renovell V, Calabuig JR, Gómez L. Síndrome de agotamiento profesional en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. An Med Interna. 2000; 17: 118-22.

132. Zangaro GA, Soeken KL. A metaanalysis of studies of nurses' job satisfaction. *Res Nurs Health*. 2007; 30: 445-58.
133. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Madrid: Pirámide; 2011.
134. Grosch WN, Olsen DC. Prevention. Avoiding burnout. En: Sussman MB, ed. *A perilous calling. The hazards of psychotherapy practice*. New York: John Wiley and Sons; 1995. p. 275-87.
135. Berrocal C. La hoguera de las ansiedades. Aspectos psicosociales del "estar quemado". *Acciones e investigaciones*. 2000; 10: 83-112.
136. Oberle K, Hughes D. Doctors' and nurses's perception of ethical problems in end-of-life decisions. *J Adv Nurs*. 2000; 3 (6): 707-15.
137. Ben-Ari R, Krole R, Har-Even D. Differential effects of simple frontal versus complex teaching strategy on teachers' stress, burnout, and satisfaction. *IJSM*. 2003; 10 (2): 173-95.
138. Gil-Monte PR, Peiró JM, Valcárcel P. El síndrome de burnout entre los profesionales de enfermería: una perspectiva desde los modelos cognitivos de estrés laboral. En: González I, de la Torre A, De Elena J. *Psicología del trabajo y de las organizaciones, gestión de recursos humanos y nuevas tecnologías*. Salamanca: Eudema; 1995.
139. Grau A, Suñer R, García MM, grupo de estudio del síndrome de desgaste profesional en los hospitales de Girona. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit*. 2005; 19 (6): 463-70.
140. Leiter M, Schaufeli W. Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety, stress & coping*. 1999; 9: 229.
141. Cebriá J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M et al. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atenc Primaria*. 2001; 27: 459-68.
142. Caballero MA, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Aten Primaria*. 2001; 27 (5): 313-7.

143. Domínguez JM, Herrera F, Villaverde MC, Padilla I, Martínez ML, Domínguez J. Síndrome de desgaste profesional en trabajadores de atención a la salud en el área sanitaria de Ceuta. *Aten Primaria*. 2012; 44 (1): 30-35
144. Bujalance J, Villanueva F, Manzano S, Conejo J, González A, Sepúlveda A et al. Burnout y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001; 36 (1): 32-40.
145. Rodríguez JC, Tornos E. El "burnout" en la atención sociosanitaria. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*. 2002; 2: 26-33.
146. Artázcoz L, Cruz JL, Moncada S, Sánchez A. Estrés y tensión laboral en enfermeras y auxiliares de clínica de hospital. *Gac Sanit*. 1996; 10: 282-92.
147. Del Río O, Perezagua MC, Vidal B. El síndrome de burnout en los enfermeros/as del hospital Virgen de la Salud de Toledo. *Rev Enferm Cardiol*. 2003; 28: 24-5.
148. De la Gándara JJ, De Ríos Francos. Estudio de la morbilidad psiquiátrica en personal sanitario. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1994; 22: 71-6.
149. Livianos Aldana. El desgaste profesional del psiquiatra: resultados de una encuesta entre profesionales. *Actas Esp Psiquiatr*. 1999; 27: 305-9.
150. Da Silva M, Vega d, Pérez A. A study of the burnout syndrome in medical personnel of a general hospital. *Actas Esp Psiquiatr*. 1999; 27: 310-10.
151. Bustinza A, López J, Carrillo A, Vigil MD, De Lucas N, Panadero E. Situación de burnout de los pediatras intensivistas españoles. *An Esp Pediatr*. 2000; 52: 418-23.
152. Moreno B, González JL, Garrosa E. Variables sociodemográficas en el proceso de desgaste profesional de enfermería. *Rev Rol Enferm*. 2002; 25 (11): 18-26.
153. De Pablo C. El síndrome de burnout y los profesionales sanitarios. *Nursing*. 2007; 25 (8): 60-5.

154. Benevides-Pereira AMT. El síndrome de burnout en Brasil y su expresión en el ámbito médico. En: Gil-Monte PR, Moreno-Jiménez B, coord. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Madrid: Pirámide; 2007. P. 187-201.
155. Maslach C, Jackson S. Burnout in organizational setting. *Appl Soc Psychol Annu.* 1984; 5: 133-54.
156. García Izquierdo. Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones.* 1991; 7 (8): 3-12.
157. Lloret S, González-Roma V, Peiró J. El estrés de rol en enfermeras. Un modelo causal. *RPGA.* 1995; 3 (48): 393-406.
158. Gil-Monte P, Peiró J, Valcárcel P. Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de burnout: un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de psicología social aplicada.* 1996; 6 (2): 43-63.
159. Mallet KL. The relationships between burnout, death anxiety, and social support in hospice and critical care nurses. Ann Arbor, Michigan: University Microfilms International (UMI). Bell & Howell Information; 1991.
160. Gil-Monte PR, Carretero N, Roldán M. Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y estrés.* 2005; 2-3 (11): 281-90.
161. Daniel E. Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los médicos de un hospital general [tesis doctoral]. Salamanca: Universidad de Salamanca; 1994.
162. Fernández G. Satisfacción laboral y malestar psíquico entre trabajadores de un hospital general. Zaragoza: Privada; 1992.
163. Gil-Monte PR, Schaufeli W. Burnout en enfermería: un estudio comparativo España-Holanda. *Rev psicología del trabajo.* 1991; 7 (19): 121-30.
164. Maslach C, Jackson S. Burnout in health professions: a social psychological analysis. En: Sanders G, Suls J (eds). *Social psychology of health and illness.* Hillsdale: LEA; 1982.

165. Leda RM, Palomera A, Morante ME. El síndrome de burnout en profesionales de enfermería mexicanos. En: Gil-Monte PR, Moreno-Jiménez B, coord. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Madrid: Pirámide; 2007. P. 163-85.
166. Maslach C. Burnout, the cost of caring. New Jersey: Prentice-Hall; 1982.
167. Farber B. Dysfunctional aspects of the psychotherapeutic role. En: Farber B (ed.). Stress and burnout in the human services professions. Nueva York: Pergamon Press; 1985. p. 20-48.
168. Álvarez E, Fernández L. El síndrome burnout o el desgaste emocional (II). Estudio empírico de los profesionales gallegos del área de salud mental. Revisión de estudios. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 1991; 11 (39): 267-73.
169. Poulin J, Walter C. Burnout in gerontological social work. Social Work. 1993; 38 (3): 305-10.
170. Jayaratne S, Chess W. Job satisfaction and burnout in social work. En: Farber B (ed). Stress and burnout in human service professions. Nueva York: Pergamon Press; 1983.
171. González Sánchez B. Prevalencia del síndrome de burnout en fisioterapeutas de Extremadura [tesis doctoral]. Badajoz: Universidad de Extremadura; 2012.
172. Castro AM, Rodríguez ML, Moreno C, Vicente C, Arroyo M, Fernández MJ. Prevalencia del síndrome de burnout en fisioterapia. Fisioterapia. 2006; 28 (1): 17-22.
173. Acinas P. Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. S.E.M.P. y P. 2 (4): 1-22.
174. Rodríguez Marín J. Psicología social de la salud. Madrid: síntesis; 1995.
175. Pines A, Aronson E. Career burnout: causes and cures. Nueva York: Free Press; 1988.
176. Golembiewski RT, Munzenrider R, Carter D. Phases of progressive burnout and their work site covariants: critical issues in OD research and praxis. J of Applied Behav Science. 1983; 19 (4): 461-81.
177. Leiter MP. Burnout as a function of communication patterns. Group and organization studies. 1988; 13 (1): 111-28.

178. Schaufeli WB, Dierendonck D. The construct validity of two burnout measures. *J Occup Behav.* 1993; 14: 631-47.
179. Tennant C. Work-related stress and depressive disorders. *J Psychosom Res.* 2001; 51: 697-704.
180. Borritz M, Rugulies R, Christensen KB, et al. Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: prospective findings from three year follow up of the PUMA study. *Occup Env Med.* 2006; 63: 98-106.
181. Gascón S, Olmedo M, Ciccotelli H. La prevención del burnout en las organizaciones: el chequeo preventivo de Leiter y Maslach (2000). *RPCC.* 2003; 8: 55-66.
182. Ortega C, López F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *IJCHP.* 2004; 4: 137-60.
183. Moreno B, Gálvez M, Garrosa E, Mingote JC. Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. *Aten Primaria.* 2006; 38 (10): 544-9.
184. Murray CJ, López AD. Evidence-based health policy-lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science.* 1996; 274: 740-3.
185. Moreno-Jiménez B, Gálvez M, Garrosa E. El proceso de desgaste profesional médico: análisis comparativo entre atención primaria y especializada en la Comunidad de Madrid. Comunicación presentada en las II Jornadas Nacionales de los servicios de prevención de riesgos laborales en el ámbito sanitario. Madrid: hospital 12 de octubre; 2004.
186. Cebriá J. Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. *Aten Primaria.* 2003; 31: 564-74.
187. Matía Cubillo AC, Cordero Guevara J, Mediabilla Bravo JJ, Pereda Riguera MJ, González Castro ML, González Sanz A. Evolución del burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria.* 2012; 44 (9): 532-9.

188. Rosa H. Social acceleration: ethical and political consequences of a desynchronized high-speed society. *Constellations*. 2003; 10: 3-33.
189. Korunka C, Ulferts H, Kubicek B. Acceleration of work – the development of a questionnaire. En: 14º Congreso Europeo de Psicología del Trabajo y la Organización. Santiago de Compostela. 2009.
190. Meijman TF, Mulder G. Psychological aspects of workload. En: Drenth PJD, Thierry H, Wolff CJ (eds). *Handbook of work and organizational psychology*. UK: Psychology Press; 1998. p. 5-33.
191. Kubicek B, Korunka C, Ulferts H. Acceleration in the care of older adults: new demands as predictors of employee burnout and engagement. *J Adv Nurs*. 2012; 69 (7): 1525-38. DOI 10.1111/jan.12011.
192. Ramos F, Buendía J. El síndrome de burnout: concepto, evaluación y tratamiento. En: Buendía J, Ramos F, editores. *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Ediciones Pirámide; 2001. P.33-57.
193. Penson RT, Dignan FL, Canellos GP, Picard CL, Lynch TJ. Burnout: caring for the caregivers. *Oncologist*. 2000; 5: 525-34.
194. Maslach C, Jackson SE. Burned-out cops and their families. *Psychology Today*. 1979; 12 (12): 59-62.
195. Maslach C, Pines A. The burn-out syndrome in the day care setting. *Child care Quarterly*. 1977; 6: 100-113.
196. Lerner MJ. *The belief in a just world: a fundamental delusion*. Nueva York: Plenum Press; 1980.
197. Ryan W. *Blaming the victim*. Nueva York: Pantheon; 1971.
198. Hakanen JJ, Schaufeli WB, Ahola K. The job demands-resources model: a three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work and stress*. 2008; 22: 224-41.

199. Hättinen M, Kinnunen U, Pekkonen M, Aro A. Burnout patterns in rehabilitation: short-term changes in job conditions, personal resources, and health. *J Occup Health Psychol.* 2004; 9: 200-37.
200. Takai M, Takahashi M, Iwamitsu Y, Ando N, Okazaki S, Nakajima K, Oishi S, Miyaoka H. The experience of burnout among home caregivers of patients with dementia: relations to depression and quality of life. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009; 49: e1-e5.
201. Martínez A, del Castillo C, Magaña E, Bru I, Franco A, Segura A. Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del área sanitaria de Talavera de la Reina. *Aten Primaria.* 2003; 32: 343-8.
202. Gil-Monte PR, Peiró JM, Valcárcer P, Grau R. La incidencia del síndrome de burnout sobre la salud: un estudio correlacional en profesionales de enfermería. *Psiquis.* 1996; 16: 37-42.
203. Garrosa E. Los procesos emocionales de resistencia: un afrontamiento adaptativo ante el desgaste profesional. Estudio en una muestra de enfermería [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2003.
204. Shirom A. Burnout in work organizations. En: *International Review of industrial and organizational psychology.* Cooper CL, Robertson I (ed). Nueva York; Wiley; 1989. p. 25-48.
205. Fernández I, Fernández MC, Rabadán R, Navalón C, Martínez MD. ¿Existe el síndrome de burnout en los profesionales de la salud en las unidades de hemodiálisis de la región de Murcia? *Enferm Nefrol.* 2012; 15 (1): 7-13.
206. Mingote JC, Moreno B, Gálvez M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Med Clin (Barc).* 2004; 123 (7): 265-70.
207. Leiter MP, Durup J. The discriminant validity of burnout and depression: a confirmatory factor analytic study. *Anxiety Stress Coping.* 1994; 7: 357-73.
208. Glass DC, McKnight JD. Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: a review of the evidence. *Psychol Health.* 1996; 11: 23-48.

209. Bakker AB, Schaufeli WB, Demerouti E, Janssen PMP, Van der Hulst R, Brouwer J. Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety Stress coping*. 2000; 13: 247-68.
210. War PB. *Work, unemployment and mental health*. Oxford, UK: Clarendon; 1987.
211. Maslach C, Schaufeli WB. Historical and conceptual development of burnout. En: Schaufeli WB, Maslach C, Market T (eds). *Professional burnout: recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis; 1993. p. 1-16 .
212. Cebriá J, Palma C, Sobrequés J, Ger S, Ferrer M, Segura J. Evolución del síndrome de desgaste profesional en médicos de familia: estudio longitudinal a los 5 años. *SEMERGEN*. 2008; 34: 107-12.
213. Deckard G, Meterko M, Field D. Physician burnout: an examination of personal, professional and organizational relationships. *Medical care*. 1994; 32: 745-54.
214. Cheung C-K, Chow EO-W. Reciprocal influences between burnout and effectiveness in professional care for elders. *Soc Work Health Care*. 2011; 50 (9): 694-718.
215. Maslach C, Leiter M. Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol*. 2008; 93 (3): 498-512.
216. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *J Adv Nurs*. 2000; 32: 454-64.
217. Schmidt K-H, Dlestel S. Job demands and personal resources in their relations to indicators of job strain among nurses for older people. *J Adv Nurs*. 2013; 69 (10): 2185-95. DOI 10.1111/jan.12082.
218. Tejero R, Graña JL, Muñoz MJ, Peña ME. Consideraciones sobre el síndrome de burnout como forma de estrés laboral. *Jurisprudencias y legislación relacionadas. Psicopatología Clínica, legal y forense*. 2002; 2 (1): 117-39.

219. Juthberg C, Eriksson S, Norberg A, Sundin K. Perceptions of conscience, stress of conscience and burnout among nursing staff in residential Elder care. *J Adv Nurs*. 2010; 66 (8). DOI 10.1111/j.1365-2648.2010.05288.x.
220. De Jonge J, Van Vegchel N, Shimazu A, Schaufeli WB, Dormann C. A longitudinal test of the demand-control model using specific job demands and specific job control. *International J Behav Med*. 2010; 17: 125-33).
221. Jervis LL. Working in and around the “chain of command”: power relations among nursing staff in an urban nursing home. *Nurs Inq*. 2002; 9 (11): 12-23.
222. Peryy M, Carpenter I, Challis D, Hope K. Understanding the roles of registered general nurses and care assistants in UK nursing homes. *J Adv Nurs*. 2003; 42 (5): 497-505.
223. Lapane KL, Hughes CM. Considering the employee point of view: perceptions of job satisfaction and stress among nursing staff in nursing homes. *J Am Dir Assoc*. 2007; 8 (1): 8-13.
224. Lane JE. *New Public management*. London: Routledge; 2000.
225. Petterson I-L, Hertting A, Hagberg L, Theorell T. Are trends in work and health conditions interrelated? A study of Swedish hospital employees in the 1990s. *J Occup Health Psychol*. 2005; 10 (2): 110-20. DOI 10.1037/1076-8998.10.2.110.
226. Simeons S, Villeneuve M, Hurst J. *Trackling nurse shortages in OECD countries*. OECD health working papers. Paris: OECD; 2005.
227. Pitkäaho T, Ryyänen OP, Partanen P, Vehviläinen-Julkunen K. Data-based nurse staffing indicators with Bayesian networks explain nurse job satisfaction: a pilot study. *J Adv Nurs*. 2011; 67: 1053-66.
228. Rudel TK, Hooper L. Is the pace of social change accelerating? Latecomers, common languages and rapid historical declines in fertility. *Int J Comparative Soc*. 2005; 46: 275-96.
229. Zimmer Z, Martin LG. Key topics in the study of older adult health in developing countries that are experiencing population aging. *J Cross Cult Gerontol*. 2007; 22: 235-41.

230. Uijen AA, van de Lisdonk EH. Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the past 20 years. *EJGP*. 2008; 14 (Supp. 1): 28-32.
231. Gustafson L. What is dementia? *Acta Neurol Scand*. 1996; 94: 22-4.
232. De Rooij AHPM, Luijkx KG, Declercq AG, Emmerink PMG, Schols JMGA. Professional caregivers' mental health problems and burnout in small-scale and traditional long term care settings for elderly people with dementia in The Netherlands and Belgium. *JAMDA*. 2012; 13: 486.e7-486.e11.
233. Wimo A, Sinblad B, Agüero-Torres H, et al. The magnitude of dementia occurrence in the world. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2003; 17: 63-7.
234. Åhlin J, Ericson-Lidman E, Eriksson S, Norberg A, Strandberg G. Longitudinal relationships between stress of conscience and concepts of importance. *Nurs Ethics*. 2013; 20 (8): 927-42.
235. Edvardsson D, Sandman P-O, Nay R, et al. Predictors of job strain in residential dementia care nursing staff. *J Nurs Manag*. 2009; 17: 59-65.
236. Mackenzie CS, Peragine G. Measuring and enhancing self-efficacy among professional caregivers of individuals with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2003; 18: 291.
237. Isaia G, Astengo M, Isaia GC, et al. Stress in professional caregivers working with patients with dementia: a hypothesis-generating study. *Aging Clin Exp Res*; 2010. DOI 10.3275/7412.
238. Decker FH. Occupational and nonoccupational factors in job satisfaction and psychological distress among nurses. *Research in nursing and health*. 1997; 20 (5): 453-64. DOI 10.1002/(SICI)1098-240X(199710)20:5%3c453:AID-NUR9%3e3.0.CO;2-N.
239. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *J Adv Nurs*. 2000; 32 (2): 454-64. DOI 10.1046/j.1365-2648.2000.01496.x.

240. Wu S, Zhu W, Wang Z, Wang M, Lan Y. Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. *J Adv Nurs*. 2007; 59 (3): 233-9. DOI 10.1111/j.1365-2648.207.04301.x
241. Fläckman B, Hansebo G, Kihlgren A. Struggling to adapt: caring for older persons while under threat of organizational change and termination notice. *Nurs Inq*. 2009; 16: 81-92.
242. Obschonka M, Silbereisen RK, Wasilewski J. Constellations of new demands concerning careers and Jobs: results from a two-country study on social and economic change. *J Vocat Behav*. 2012; 14: 207-19.
243. Schols JMGA, Crebolder HFJM, van Weel C. Nursing home and nursing home physician: the Dutch experience. *J Am Med Dir Assoc*. 2004; 5: 207-12.
244. Bishop CE, Squillace MR, Meagher J, et al. Nursing home work practices and nursing assistants' job satisfaction. *Gerontologist*. 2009; 49: 611-22.
245. Beck I, Törnquist A, Edberg A-K. Nurse assistants' experience of an intervention focused on a palliative care approach for older people in residential care. *Int J Older People Nurs*. 2012. DOI 10.1111/j.1748-3743.2012.00343.x
246. Häggström E, Skovdahl K, Fläckman B, et al. To feel betrayed and to feel that you are betraying the older residents: caregivers' experiences at a newly opened nursing home. *J Clin Nurs*. 2004; 13: 687-96.
247. Jakobsen R, Sørli V. Dignity of older people in a nursing home: narratives of care providers. *Nurs Ethics*. 2010; 17: 289-300.
248. Karlsson I, Ekman S, Fagerberg I. A difficult misión to work as a nurse in a residential care home –some registered nurses' experiences of their work situation. *Scand J Caring Sci*. 2009; 23: 265-73.
249. Schmidt K-H. The relation of goal incongruence and self-control demands to indicators of job strain among elderly care nursing staff: a cross-sectional survey study combined with longitudinally assessed absence measures. *Int J Nurs Stud*. 2010; 47: 855-63.

250. Rose J, Madurai T, Thomas K, Duffy B, Oyebode J. Reciprocity and burnout in direct care staff. *Clin Psychol Psychother*. 2010; 17: 455-62.
251. Watss J, Robertson, Winter R, Leeson D. Evaluation of organizational culture and nurse burnout. *Nurs Manage*. 2013; 20 (6): 24-30.
252. Grau Martín A, Flichtentrei D, Suñer R, et al. Influence of personal, professional and cross-national factors in burnout syndrome in Hispanic Americans and Spanish health workers. *Rev Esp Salud Pública*. 2009. 883: 215-30.
253. Glasberg AL, Eriksson S, Norberg A, Burnout and “stress of conscience” among healthcare personnel. *J Adv Nurs*. 2007; 57: 392-403.
254. De Jonge J, Le Blanc PM, Peeters MCW, et al. Emotional job demands and the role of matching job resources: a cross-sectional survey study among health care workers. *Int J Nurs Stud*. 2008; 45: 1460-69.
255. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Psicopediahoy* [Revista en Internet] 2001 julio. [acceso 05 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://psicopediahoy.com/burnout-teoria-intervencion/>
256. Hidalgo I, Díaz RJ. Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Ávila. *Med Clin (Barc)*. 1994; 103: 108-12.
257. Spence HK, Flnegan J. Situational and dispositional predictors of nurse manager burnout: a time-lagged analysis. *J Nurs Manag*. 2008; 16: 601-7.
258. Juárez-García A. Factores psicosociales relacionados con la salud mental en profesionales de servicios humanos en México. *Rev Chilena Cien & Trab*. 2005; 14: 190-96.
259. Moreno B, Morett N, Rodríguez A, Morante ME. La personalidad resistente como variable moduladora del síndrome de burnout en una muestra de bomberos. *Psicothema*. 2006; 18: 413-18.

260. Camacho-Ávila A, Juárez-García A, Arias F. Síndrome de burnout y factores asociados en médicos estudiantes. *Ciencia & Trabajo*. 2010; 12 (35): 251-6.
261. Universidad de Valencia. Pedro Gil-Monte [sede Web]. Valencia: Universidad de Valencia; [acceso 09 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.uv.es/gilmonte/>
262. Maslach C. What have we learned about burnout and health? *Psychology & Health*. 2007; 16:5: 607-11. DOI 10.1080/08870440108405530
263. Leiter MP, Maslach C. Nurse turnover: the mediating role of burnout. *J Nurs Manage*. 2009; 17: 331-39. DOI 10.1111/j.1365-2834.2009.01004.x.
264. Leiter MP, Spence Laschinger HK. Relationships of work and practice environment to professional burnout: testing a causal model. *Nurs Res*. 2006; 55: 137-46. DOI 10.1097/00006199-200603000-00009.
265. Schaufeli WB, Greenglass ER. Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology & Health*. 2001; 16: 5001-10. DOI 10.1080/08870440108405523.
266. Peterson U, Demerouti E, Bergström G, Samuelsson M, Asberg M, Nygren A. Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *J Adv Nurs*. 2008; 62: 84-95. DOI 10.1111/j.1365-2648.2007.04580.x.
267. Kirstin E. Burnout in critical care nurses: a literature review. *Dynamics*. 2012; 23 (4): 25-31.
268. Kearney MK, Weininger RB, Vachon MLS, Harrison RL, Mount BM. Self-care of physicians caring for patients at the end of life. *JAMA*. 2009; 301 (11): 1155-64.
269. Vachon MLS. Staff stress in hospice/palliative care review. *Palliat Med*. 1995; 9 (2): 91-122
- Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Madrid: Pirámide; 2011.
270. Berndt FH. Burnout. 30 minutos. Barcelona: Alma; 2013.
271. Schulz M, Damkröger A, Voltmer E, et al. Work-related behaviour and experience pattern in nurses: impact on physical and mental health. *J Psychiatr Men Health Nurs*. 2011; 18: 411-17.

272. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE et al. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med.* 2002; 136: 358-67.
273. Spickard A, Gabbe SG, Christensen JF. Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA: The journal of the american medical association.* 2002; 288: 1447-50.
274. Suñer-Soler R, Grau-Martín A, Font-Mayolas S, Gras ME, Bertran C, Sullman MJM. Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *J Psych Ment Health Nurs.* 2013; 20: 305-13.
275. Lederer W, Kinzl JF, Traweger C, Dosch J, Sumann G. Fully developed burnout and burnout risk in critical care personnel at a university hospital. *Anaesthesia & critical care.* 2008; 36: 208-13.
276. Honkonen T, Ahola K, Pertovaara M, et al. The association between burnout and physical illness in the general population –results from the Finnish Health 2000 Study. *J Psychosom Res.* 2006; 6: 59-66.
277. Melamed S, Shirom A, Toker S, et al. Burnout and risk of type 2 diabetes: a prospective study of apparently healthy employed persons. *Psychosom Med.* 2006; 68: 863-9.
278. Kitaoka-Higashiguchi K, Morikawa Y, Miura K, et al. Burnout and risk factors for arteriosclerotic disease: follow-up study. *J Occup Health.* 2009; 51: 123-131.
279. Gallagher R. Compassion fatigue. *Canadian Family Pshysician.* 2013; 59: 265-8.
280. O'Brien-Pallas L, Murphy GT, Shamian J, Li X, Hayes LJ. Impact and determinants of nurse turnover: a pan-Canadian study. *J Nurs Manage.* 2010; 18: 1073-86. DOI 10.1111/j.1365-2834.2010.01167.x.
281. Redfern S, Hannan S, Norman I, et al. Work satisfaction, stress, quality of care and morale of older people in a nursing home. *Health Soc Care Community.* 2002; 10: 512-7.
282. Bargellini A, Barbieri A, Rovesti S, Vivoli R, Roncaglia R, Borella P. Relation between immune variables and burnout in a simple of physicians. *Occup Env Med.* 2000; 57: 453-57.

283. Chida Y, Steptoe A. Cortisol awakening response and psychosocial factors: a systematic review and meta-analysis. *Biol Psychol.* 2009; 80: 265-78.
284. Toker S, Shirom A, Shapira I, Berliner S, Melamed S. The association between burnout, depression, anxiety and inflammation biomarkers: C-reactive protein and fibrinogen in men and women. *J Occup Health Psychol.* 2005; 10: 344-62.
285. Newel JM, MacNeil GA. Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: a review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Best Pract Mental Health.* 2010; 6 (2): 57-68.
286. Figley C. *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized.* Nueva York: Brunner/Mazel; 1995.
287. Rothschild B. *Ayuda para el profesional de la ayuda.* Bilbao: Desclée de Brouwer; 2009.
288. Sabo BM. Compassion fatigue and nursing work: can we accurately capture the consequences of caring work? *Int J Nurs Pract.* 2006; 12: 136-42.
289. Sabo BM. Compassion fatigue and nursing work: can we accurately capture the consequences of caring work? *Int J Nurs Pract.* 2006; 12: 136-42. DOI 10.1111/j.1440-172X.2006.00562.x.
290. Joinson C. Coping with compassion fatigue. *Nursing.* 1992; 22: 116-21.
291. Moreno-Jiménez B, Garrosa E, Morante ME, Rodríguez R, Losada MM. El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia psicológica.* 2004; 22 (1): 69-76.
292. Potter P, Deshields T, Divanbeigi J, Berger J, Cipriano D, Norris L, Olsen S. Compassion fatigue and burnout: prevalence among oncology nurses. *Clin J Oncol Nurs.* 2010; 14 (5): E56-362.
293. Valent P. Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas and illnesses. En: Figley CR (ed). *Treating compassion fatigue.* Hove, Great Briatin: Brunner-Routledge; 2002. P.17-37.

294. Figley CR, ed. *Treating compassion fatigue*. Hove, Great Britain: Brunner-Routledge; 2002.
295. Cieslak R, Shoji K, Douglas A, Melville E, Luszczynska A, Benight CC. A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychol Serv*. 2013. Advance online publication. DOI 10.1037/a0033798.
296. Smart D, English A, James J, Wilson M, Daratha KB, Childers B, Magera C. Compassion fatigue and satisfaction: a cross-sectional survey among US healthcare workers. *Nurs Health Sciences*. 2013. DOI: 10.1111/nhs.12068.
297. Stewart DW. Casualties of war: compassion fatigue and health care providers. *Medsurg Nurs*. 2009; 18 (2): 91-4.
298. Stamm BH. *The Concise ProQOL Manual* [monografía en Internet]. 2ª ed. Pocatello, ID: Beth Hudnall Stamm; 2010 [acceso 03 septiembre 2014]. Disponible en ProQOL.org: http://www.proqol.org/ProQOI_Test_Manuals.html
299. Gould J. Compassion fatigue: an expert interview with Charles R. Figley. *Medscape Psychiatry & Mental Health* [Internet]; 2007 octubre. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/513615>.
300. Gilmore C. Compassion fatigue- what is it and how to avoid it. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*. 2012; 18 (5): 32.
301. Adams R, Figley C, Boscarino JA. The compassion fatigue scale: its use with social workers following urban disaster. *Res Soc Work Pract*. 2008; 18 (3): 238-50. DOI 10.1177/1049731507310190.
302. Adams RE, Boscarino JA, Figley CR. Compassion fatigue and psychological distress among social workers: a validation study. *Am J Orthopsychiatry*. 2006; 76 (1): 103-8. DOI 10.1037/0002-9432.76.1.103.

303. Slocum-Gori S, Hemsworth D, Chan WWY, Carson A, Kazanjian A. Understanding compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout: a survey of the hospice palliative care workforce. *Palliat Med.* 2011; 27 (2): 172-8.
304. Richards K. Wellpower: the foundation of innovation. *Nurs Econ.* 2013; 31 (2): 94-98.
305. González JL, Garrosa E. Líneas y estrategias de actualización focalizadas en el individuo: propósitos específicos. En: Gil-Monte PR, Moreno- Jiménez B (coordinadores). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. Madrid: Pirámide; 2007. p.99-121.
306. Stayt LC. Nurses' experiences of caring for families with relatives in critical care units. *J Adv Nurs.* 2007; 57: 623-30. DOI 10.1111/j.1365-2648.2006.04143.x.
307. Knobloch S, Klopper HC. Compassion fatigue within nursing practice: a concept analysis. *Nurs Health Sciences.* 2010; 12: 235-43.
308. ProQOL.org. Comprehensive bibliography of the effect of caring for those who have experienced extremely stressful events and suffering [sede Web]. Stamm BH; 2010 [acceso 02 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.proqol.org/Bibliography.html>
309. Gándara JJ. Ansiedad y trabajo: el síndrome de burn-out. *Sal Rural.* 2002; 13: 1-8.
310. Showalter SE. Compassion fatigue: what is it? Why does it matter? Recognizing the symptoms, acknowledging the impact, developing the tools to prevent compassion fatigue, and strengthen the professional already suffering from the effects. 2010; 27 (4): 239-42. DOI 10.1177/10499091354096.
311. Sodeke-Gregson EA, Holttum S, Billings J. Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *Eur J Psychotraumatol.* 2013; 4: 1-10. DOI 10.3402/ejpt.v4i0.21869.
312. Benito E, Arranz P, Cancio H. Herramientas para el autocuidado del profesional que atiende a personas que sufren. *FMC.* 2011; 18(2): 59-65.

313. Gil Monte MF. Prevención y tratamiento del síndrome de quemarse por el trabajo. En: Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Madrid: Pirámide; 2011. p. 149-168.
314. Párraga JM. Cómo intervenir en las disfunciones emocionales de los profesionales sanitarios. *Gestión práctica de riesgos laborales*; 2007. 42: 32-42.
315. Bush NJ. Compassion fatigue: are you at risk? *Oncol Nurs Forum*. 2009; 36 (1): 24-8.
316. Trueland J. The war on stress. *Nurs Stand*. 28 (2): 18-20.
317. Hofmann PB. Addressing compassion fatigue. *Healthcare executive* [revista en Internet] 2009 septiembre-octubre. [acceso 15 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://ocvets4pets.com/archive34/Med-CompassionFatigue.pdf>
318. Moreno-Jiménez B, Morante ME, Garrosa E, Rodríguez R. Estrés traumático secundario: el coste de cuidar el trauma. *Psicología conductual*. 2004; 12 (2): 215-31.
319. Letters. Long shifts are a factor in apathy, compassion fatigue and poor care. *Nurs Stand*. 2013; 27 (51): 32-33.
320. Editorial. Compassion fatigue: how to avoid it. *Palliat Med*. 2004; 18: 3-4.
321. Nimmo A, Huggard P. A systematic review of the measurement of compassion fatigue, vicarious trauma, and secondary traumatic stress in physicians. *Australian Journal of disaster and trauma studies*. 2013; 1: 37-44.
322. McCann L, Pearlman LA. Vicarious traumatization: a framework for understanding the psychological effects of working with victims. *J Trauma Stress*. 1990; 3: 131-49.
323. Stamm BH. *Secondary Traumatic Stress: self-care issues for clinicians, researchers and educators*. Lutherville, MD, EE.UU: Sidran Press; 1995.
324. Stamm BH. Work-related secondary traumatic stress. *PTSD Research Quarterly*. 1997; 8: 25-34.
325. Sinclair HAH, Hamill C. Does vicarious traumatization affect oncology nurses? A literature review. *European Journal of Oncology Nursing*. 2007; 11: 348-56.

326. Psicomed.net [sede Web]. Psicomed; [acceso 25 de agosto de 2014]. DSM-IV. Disponible en: <http://www.psicomed.net/principal/dsmiv.html>
327. Maytum JC, Heiman MB, Garwick AW. Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *J Pediatr health care*. 2004; 18: 171-79.
328. Yoder EA. Compassion fatigue in nurses. *Appl Nurs Res*. 2010; 23: 191-7.
329. Hooper C, Craig J, Janvring D, Wetsel M, Reimels E. Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency room nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *J Emerg Nurse*. 2010; 36: 420-7.
330. Miller K, Stiff J, Ellis B. Communication and empathy as precursors to burnout among human service workers. *Commun Monogr*. 1988; 55: 336-41.
331. Johansen KH. Counter-transference and divorce in the therapist. En: Gold JH, Nemiah JC (eds). *Beyond Transference: when the therapist's real life intrudes*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1993: 87-10.
332. Stamm BH. Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: development history of the compassion satisfaction and fatigue test. En: Figley CF (ed). *Treating Compassion Fatigue*. Nueva York (NY): Brunner-Routledge; 2002: 107-19.
333. Peiró JM, González V, Zurriaga R, Ramos J, Bravo MJ. El cuestionario de satisfacción laboral de profesionales de la salud de equipos de atención primaria (CLPS-AEP). *Revista de Psicología de la Salud*. 1989; 1 (2): 135-74.
334. Newman K, Maylor U. The NHS Plan: nurse satisfaction, commitment and retention strategies. *Health Serv Manage Res*. 2002; 15: 93-105.
335. Sammartino E. Are you at risk for compassion fatigue? *Michigan Nurse* [revista en línea] 2012 mayo-junio [acceso 15 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.minurses.org/news-and-events/p/openItem/5330>

336. Figley, CR. Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. En: Stamm, BH (ed). Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers and educators. 2ª ed. Lutherville, MD: Sidran Press. pp. 3-29.
337. Oakley J. Morality and emotions. London: Routledge; 1992.
338. Walker KM, Alligood MR. Empathy from a nursing perspective: Moving beyond borrowed theory. Arch Psychiatr Nurs. 2001; 15: 140-7.
339. Inbar J, Ganor M. Trauma and compassion fatigue: helping the helpers. J Jw Communal Serv. 2003; 79: 109-11.
340. Figley CR. Compassion fatigue: psychoterapists' chronic lack of self care. Psychoter Pract. 2002; 58: 1433-41.
341. Figley CR. Burnout in families: the systemic costs of caring. Nueva York: CRC Press; 1997.
342. Abendroth M, Flannery J. Predicting the risk of compassion fatigue: a study of hospice nurses. J Hosp Palliat Nurs. 2006; 8 (6): 346-56.
343. Compassion Fatigue Awareness Project [sede Web]. [acceso 12 de octubre de 2014]. CFAP. Recognizing compassion fatigue. Disponible en: <http://www.compassionfatigue.org/pages/symptoms.html>.
344. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000 – Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Suiza: OMS; 2000
345. Stamm BH, 2009-1012. Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL). www.proqol.org
346. Rohan EA. An exploration of vicarious traumatization: effects of repeated exposure to death and dying on oncology social workers, physicians and nurses [disserttion]. Boston, MA. Boston University; 2005.
347. Badger JM. Understanding secondary traumatic stress. Am J Nurs. 2000; 101 (7): 26-32.

348. Ahola K, Kivimäki M, Honkonen T, Virtanen M, Koskinen S, Vahtera J, Lönnqvist J. Occupational burnout and medically certified sickness absence: a population-based study of Finnish employees. *J Psychosom Res.* 2008; 64: 185-93.
349. ProQOL.org. Request ProQOL Use Permission [sede Web]. Stamm BH. [acceso 10 de mayo de 2014]. Disponible en: http://www.proqol.org/Request_Use_Permission_WTRJ.html
350. Seisdedos N. MBI. Inventario Burnout de Maslach: Manual. Madrid: TEA; 1997.
351. Gobierno de Extremadura [sede Web]. Mérida: SEPAD, Consejería de salud y política sociosanitaria; [acceso 04 de agosto de 2014]. SEPAD. Registro oficial de centros y servicios de atención a personas mayores y de centros y servicios para personas con discapacidad. SEPAD. Disponible en: <http://sepad.gobex.es/es/entidades/declaracion-anual-de-centros-en-entidades>
352. Envejecimiento en Red. Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de diciembre de 2013 [Internet]. Madrid: Informes en Red; 2014 [acceso 04 de agosto de 2014]. Serie de informes: 7. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2013.pdf>
353. Neville K, Cole DA. The relationships among health promotion behaviors, compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in nurses practicing in a community medical center. *JONA.* 2013; 43 (6): 348-54.
354. Boyle D. Countering compassion fatigue: a requisite nursing agenda. *Online J Issues Nurs.* 2011; 16: 1. DOI 10.3912/OJIN.Vol16No01PPT03.
355. Stamm BH. Professional Quality of Life elements theory and measurement. Compassion satisfaction and compassion fatigue, burnout, secondary traumatic stress, vicarious traumatization and vicarious transformation [sede Web]. 2012. [15 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.proqol.org>

356. Marucco MA, Gil-Monte PR, Flamenco E. Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en pediatras de hospitales generales, estudio comparativo de la prevalencia medida con el MBI-HSS y el CESQT. *Información psicológica*. 2008; 91-92: 32-42.
357. Rubio Jiménez CJ. Fuentes de estrés, síndrome de burnout y actitudes disfuncionales en orientadores de instituto de enseñanza secundaria [tesis doctoral]. Badajoz: Facultad de Educación (Departamento de Psicología y Sociología de la Educación). Universidad de Extremadura; 2003.
358. Karsh B, Booske BC, Sainfort F. Job and organizational determinants of nursing home employee commitment, job satisfaction and intent to turnover. *Ergonomics*. 2005; 48: 1260-81.
359. Simón García MJ, Blesa Malpica AL, Bermejo Pablos C, Calvo Gutierrez MA, Gómez de Enterría Pérez C. Estresores laborales y satisfacción en la enfermería de una unidad de críticos. *Enferm intensiva*. 2005; 16: 3-14.
360. Martín-García M, Ruíz-Hervella V, Sánchez-Bayle M. Satisfacción laboral en el personal de las fundaciones sanitarias en Galicia. *Rev Adm Sanit*. 2005; 3: 303-13.
361. Estévez-Guerra GJ, Núñez González E, Fariña López E, Marrero Medina CD, Hernández Marrero P. Determinantes de la satisfacción laboral en centros geriátricos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007; 42 (5): 285-92.
362. Thornton PI. The relation of coping, appraisal, and burnout in mental health workers. *J Psychol* 1992; 126: 261-71.
363. Lozano A, Montalbán M. Algunos predictores psicosociales de burnout. *Gestión Hosp*. 1999; 2: 66-74.
364. Gil-Monte PR. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología Estud*. 2002; 7: 3-10. Disponible en: [http:// www.scielo.br/pdf/pe/v7n1a01.pdf](http://www.scielo.br/pdf/pe/v7n1a01.pdf).
365. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública*. 1997; 71: 293-303. Disponible en: <http://>

www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL71/71_3_298.pdf

366. Duquette A, Kerouac S, Sandu BK, Beaudet L. Factors related to nursing burnout: a review of empirical knowledge. *Issues Ment Health Nurs*. 1994; 15 (4): 337-58.
367. Seltzaer J, Numerof RE. Supervisory leadership and subordinate burnout. *Acad Manag J*. 1988; 31: 429-46.
368. Tello S, Tolmos MT, Vállez R, Vázquez ME. Estudio del síndrome de burnout en los médicos internos residentes del Hospital clínico de San Carlos. 2002. Recuperado de: http://www.ucm.es/info/dosis/Preventiva/jor_8/s1/s8_04.htm
369. Maslach C, Jackson SE. The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*. 1985; 12: 835-51.
370. Dolan N. The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. *J Adv Nurs* 1987; 12: 3-12.
371. Domínguez JM, Padilla I, Domínguez J, Domínguez M. Tipologías comportamentales en relación con el burnout, mobbing, personalidad, autoconcepto y adaptación de conducta en trabajadores sanitarios. *Aten Primaria*. 2013; 45 (4): 199-207.
372. Ross RR, Altamaier EM, Russell DW. Job stress, social support and burnout among counseling center staff. *J Couns Psychol*. 1989; 36: 464-70.
373. Tzeng H-M, Ketefian S, Redman RW. Relationship of nurses' assessment of organizational culture, job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care. *Int J Nurs Stud*. 2002; 39: 79-84.
374. Stansfeld SA, Fuhrer R, Shipley MJ, Marmot MG. Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study. *Occup Environ Med*. 1999; 56 (5): 302-7.
375. Seago JA, Faucett J. Job strain among registered nurses and other hospital workers. *J Nurs Adm*. 1997; 27 (5): 19-25.

376. Marr L. Can compassion fatigue? *J Palliat Med.* 2009; 12 (8): 739-40.
377. Hobfoll SE. Social and psychological resources and adaptation. *Rev Gen Psychol.* 2002; 6 (4): 307-24. DOI 10.1037/1089-2680.6.4.307.
378. McFeely JE. Burnout syndrome in the ICU. *Critical care alert.* 2007; 15: 37-9.
379. Garrosa E, Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Muñoz A, Rodríguez-Carvajal R. Role stress and personal resources in nursing: a cross-sectional study of burnout and engagement. *Int J Nurs Stud.* 2011; 48 (4): 479-89. DOI 10.1016/j.ijnurstu.2010.08.004.
380. Garrosa E, Rainho C, Moreno-Jiménez B, Monteiro MJ. The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: a correlational study at two time points. *Int J Nurs Stud.* 2010; 47 (2): 205-15. DOI 10.1016/j.ijnurstu.2009.05.014.
381. Edwards D, Burnard P. A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *J Adv Nurs.* 2003; 42: 169-200.
382. Chrestman KR. Secondary exposure to trauma and self-reported distress among therapists. En: Stamm BH, dir. *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators.* Lutherville, MD: Sidran; 1995. p. 29-36.
383. Cohen MZ. The meaning of cancer and oncology nursing: link to effective care. *Semin Oncol Nurs.* 1995; 11 (1): 59-67.
384. Medland J, Howard-Rubin J, Whitaker E. Fostering psychosocial wellness in oncology nurses: addressing burnout and social support in the workplace. *Oncol Nurs Forum.* 2004; 31 (1): 47-54.
385. Bouzas JA, Faílde JM, Vázquez Vázquez MA. Burnout, autoestima, rasgos de personalidad y su relación con la salud percibida en trabajadores de atención gerontológica. Estudio preliminar. Comunicación a o XXII Congreso da Sociedade Galega de Xerontoloxía. Sanxexo, 16-17 abril 2010 [consultado 21 Ene 2012]. Disponible en: <http://www.sgxx.org/COMUNICACIONES2010.doc>.

386. Naisberg JL, Fenning S, Personality characteristics and properness to burnout: a study among psychiatrics. *Stress Med.* 1991; 7: 201-5.
387. Olmedo M, Santed MA, Jiménez R, Gómez MD. El síndrome de burnout: variables laborales, personales y psicopatologías asociadas. *Psiquis.* 2001; 3: 117-29.
388. Artaco L, Cruz i Cubells JL, Moncada i Lluís S, Sánchez A. Estrés y tensión laboral en enfermeras y auxiliares de clínica de hospital. *Gac Sanit.* 1996; 10: 282-92.
389. Mausner-Dorsch H, Eaton WW. Psychosocial work environment and depression: epidemiologic assessment of the demand-control model. *Am J Public Health.* 2000; 90 (11): 765-70.
390. Escribá V, Mas R, Cárdenas M, Pérez S. Validación de la escala de estresores laborales en personal de enfermería: "the nursing stress scale". *Gacet Sanit.* 1999; 13 (3): 191-200.
391. Estry-Behar M, Kaminski M, Peigne E, Bonnet N, Vaichere E, Gozlan C et al. Stress at work and mental health status among female hospital workers. *Br J Ind Med.* 1990; 47 (1): 20-8.
392. Petterson IL, Arnetz BB, Arnetz JE. Predictors of job satisfaction and job influence –results from a national simple of Swedish nurses. *Psychother Psychosom.* 1995; 64 (1): 9-19.
393. Ballinas-Aguilar AG, Alarcón-Morales C, Balseiro-Almarío CL. Síndrome de burnout en enfermería de un Centro Médico. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2009; 17: 23-9.
394. Viswesvaran CH, Sánchez JI, Fisher J. The role of social support in the process of work stress: a meta-analysis. *J Vocat Behav.* 1999; 54: 314-34.
395. Manojlovich M, Laschinger HKS. Application of the nursing worklife model to the ICU setting. *Critical care nursing clinics of North America.* 2008; 20: 481-7. DOI 10.1016/j.ccell.2008.08.004.
396. Grau A, Suñer R, García MM, Grupo de Estudio del Síndrome de Desgaste Profesional en los hospitales de Girona. El optimismo de los profesionales sanitarios y su relación con la

calidad de vida, el burnout y el clima organizacional. *Rev Calidad Asistencial*. 2005; 20 (7): 370-6.

397. Najjar N, David LW, Beck-Con K, Doebbeling CC. Compassion fatigue: a review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *J Health Psychol*; 14, 267-77. DOI 10.1177/1359105308100211.

398. Peiró JM. Nuevas tendencias en la investigación sobre estrés laboral y sus implicaciones para el análisis y prevención de los riesgos psicosociales. En: Lección magistral leída en el solemne acto de apertura del curso 2009-10. Valencia: Universidad de Valencia; 2009.

399. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales. *Boletín Oficial del Estado*, nº 269, (10-11-1995).

400. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. *Boletín Oficial del Estado*, nº 27, (31-01-1997).

401. Sanchez-Reilly S, Morrison LJ, Carey E, Bernacki R, O'Neill L, Kapo J et al. Caring for oneself to care for others: physicians and their self-care. *J Support Oncol*. 2013; 11 (2): 75-81.

402. Harris AHS. Does expressive writing reduce health care utilization? A metanalysis of randomized trials. *J Consult Clin Psychol*. 2006; 74: 243-52.

403. Montero-Marin J, Prado-Abril J, Piva MM, Gascon S, García J. Coping with stress and types of burnout: explanatory power of different coping strategies. *PLoS ONE*. 2014; 9 (2): 1-9. e89090.

404. Flórez JA. Combatir el "burnout" del pediatra: prevención y control. *Bol Pediatr*. 2007; 31 (2): 119-23.

405. Flórez Lozano JA. Felicidad y salud. *Jano*. 2007; 1635: 44-8.

406. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*. 2009; 302: 1284-93.

407. Sandrin L. Ayudar sin quemarse. Cómo superar el burn-out en las profesiones de ayuda. Madrid: San Pablo; 2005.
408. Cullen K. El síndrome de burnout: cómo cuidar al cuidador. En: López E (ed). Enfermería en cuidados paliativos. Madrid: Panamericana; 1998: 268-73.
409. Santolalla I, Angulo B. El estrés laboral. *Metas de Enferm.* 2001; 4 (3): 42-5.
410. Kramer M. Reality shock: why nurses leave nursing. St Louis, Mo: Mosby Press; 1974.
411. Tehrani N. Compassion fatigue: experiences in occupational health, human resources, counselling and police. *Occup Med.* 2010; 60: 133-8.
412. Bohórquez A (coord.). Grupo de Calidad. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Criterios de calidad asistencial en servicios socio-sanitarios para personas mayores. 100 recomendaciones básicas para fomentar la calidad en residencias de mayores [monografía en Internet]. Madrid: SEGG; 2004 [acceso 08 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.segg.es/download.asp?file=media/descargas/100Recomendaciones%20en%20residencias.pdf>
413. Fortuny A. Burnout: una realidad compleja, confusa e ignorada [editorial]. *Prog Obstet Ginecol.* 2008; 51 (9): 511-2.
414. Kleinbaum DG, Kupper LL, Morggenstern H. *Epidemiologic Research. Principles and Quantitative Methods.* Belmont, California: John Wiley & Sons; 1982.
415. Miettinen OS. *Theoretical Epidemiology.* New York: Jhon Wiley & Sons; 1985.
416. Rothman KJ. *Causal Inference.* Chesnut Hill: Epidemiology Resources Inc; 1988.
417. Susser M. *Conceptos y estrategias en epidemiología. El pensamiento causal en ciencias de la salud.* México: Biblioteca de la Salud; 1991.
418. Görgens-Ekermans G, Brand T. Emotional intelligence as a moderator in the stress-burnout relationship: A questionnaire study on nurses. *J Clin Nurs.* 2012; 21: 2275-85.

419. Weng H, Hung C, Liu Y, Yen C, Chang C et al. Associations between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2008; 45: 888-901.
420. Augusto JM, López-Zafra E, Berrios MP, Aguilar MC. The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2008; 45: 888-91.
421. Le Blanc PM, de Jonge J, de Rijk AE, Schaufeli WB. Well-being of intensive care nurses (WEBIC): a job analytic approach. *J Adv Nurs.* 2001; 36 (3): 460-70.
422. Van der Doef M, Maes S. The job demand-control model and psychological well-being. *Work Stress.* 1999; 13: 88-114.

X. ANEXOS

ANEXO I: CONSENTIMIENTO DE LA COMISIÓN DE BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD



**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN,
TRANSFERENCIA E INNOVACIÓN**

Campus Universitario
Avda^a de Elvas s/n^o
06071 BADAJOZ
Tel.: 924 28 93 05
Fax: 924 27 29 83

Nº Registro: 37/2014

**D^a M^a ANGELES TORMO GARCIA, SECRETARIA DE LA COMISION DE
BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD DE LA UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA.**

INFORMA: Que una vez analizada, por esta Comisión la solicitud de PROYECTO DE TESIS DOCTORAL titulado "Estudio sobre la prevalencia de la fatiga de la compasión y su relación con el síndrome de burnout en profesionales de centros de mayores de Extremadura" cuyo Investigador Principal es es D/D^a. Rocio Campos Méndez, ha decidido por unanimidad valorar positivamente el precitado proyecto por considerar que se ajusta a las normas éticas esenciales cumpliendo con la normativa vigente al efecto.

Y para que conste y surta los efectos oportunos firmo el presente informe en Badajoz a 6 de mayo de 2014.

V^oB^o

Fdo.: Fernando Henao Dávila
Presidente por Delegación de Comisión
de Bioética y Bioseguridad

ANEXO II: CUADERNO DE DOCUMENTOS Y CUESTIONARIOS



Departamento de Terapéutica Médico-Quirúrgica
Facultad de Medicina.
Av. de Elvas, s/n.
06071 Badajoz
924 28 94 66. Ext. 86150

CUADERNO DE DOCUMENTOS Y CUESTIONARIOS

El presente “Cuaderno de documentos y cuestionarios” consta de una relación de escritos y formularios necesarios para efectuar el estudio de investigación titulado: “Estudio sobre la prevalencia de la fatiga de la compasión y su relación con el síndrome de *burnout* en profesionales de centros de mayores en Extremadura”, cuyo objetivo principal es determinar la prevalencia de fatiga de la compasión entre los profesionales de la salud y sociales que trabajan en centros de mayores de Extremadura. Se trata de un estudio de investigación epidemiológico transversal, descriptivo y analítico al cual se le invita a participar.

Los investigadores de este estudio son Rocío Campos Méndez, Juan Rodríguez Mansilla y Luis Espejo Antúnez. Si decide participar, la investigadora principal puede ser contactada en cualquier momento en el siguiente teléfono, a fin de recabar información acerca del proyecto y en la siguiente dirección:

Departamento de Terapéutica Médico-Quirúrgica.
Facultad de Medicina.
924 28 94 66 . Ext. 86150
Av. de Elvas, s/n.
06071 Badajoz

Asimismo, si desea participar, debe **leer antes este documento**, efectuar todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo y **firmar el modelo de consentimiento informado tras su lectura**.

La participación en este estudio es completamente **voluntaria**. Usted puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones.

El presente “Cuaderno de documentos y cuestionarios” consta de:

- Carta de presentación del estudio.
- Hoja de consentimiento informado para participar en este estudio.
- Cuestionario de variables sociodemográficas, laborales y recursos personales.
- Dos cuestionarios validados autoadministrados, la Escala sobre la calidad de vida profesional (ProQOL) en su última versión 5 (Stamm; 2009) traducida al castellano, y el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) de Maslach y Jackson (1981).

Es fundamental que responda a los mismos con absoluta sinceridad y exactitud, esforzándose por conseguir la mayor precisión en sus respuestas. Toda la información que usted proporcione, tendrá carácter confidencial y solo será utilizada con fines de investigación.

Una vez relleno, doble el cuaderno, introdúzcalo en el sobre adjunto, ciérrelo convenientemente para preservar la confidencialidad de los datos reflejados en el mismo y entrégalo a la dirección de su centro para su posterior recogida en persona por la investigadora principal.

¡Muchas gracias por su colaboración!

CLAVE (a rellenar por la investigadora principal):

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA:

TELÉFONO:

CENTRO DE TRABAJO:

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto: ESTUDIO SOBRE LA PREVALENCIA DE LA FATIGA DE LA COMPASIÓN Y SU RELACIÓN CON EL SÍNDROME DE *BURNOUT* EN PROFESIONALES DE CENTROS DE MAYORES EN EXTREMADURA.

Participante: _____

Centro: _____

Participante ID# (a rellenar por la investigadora principal):

Centro ID# (a rellenar por la investigadora principal):

Investigadores: ROCÍO CAMPOS MÉNDEZ, JUAN RODRÍGUEZ MANSILLA, LUIS ESPEJO ANTÚNEZ.

LEA DETENIDAMENTE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO Y ASEGÚRESE QUE ENTIENDE ESTE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. POR FAVOR SI ESTÁ DE ACUERDO EN PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO, FIRME ESTE DOCUMENTO. POR SU FIRMA RECONOCE QUE HA SIDO INFORMADO DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO, DE SUS REQUISITOS Y SUS RIESGOS Y QUE ACEPTA LIBREMENTE PARTICIPAR EN ÉL. UNA COPIA DEL PRESENTE DOCUMENTO LE SERÁ ENTREGADA.

OBJETO DEL ESTUDIO.

Ha sido invitado/a a participar en un estudio de investigación dirigido a trabajadores sanitarios y sociales de centros de mayores de Extremadura (auxiliares de enfermería/auxiliares de clínica, técnicos en atención socio-sanitaria, técnicos en atención a personas en situación de dependencia, auxiliares de geriatría, enfermeros, médicos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, psicólogos, y terapeutas ocupacionales) que: a) Tengan 18 o más años de edad; b) Cuenten con más de 1 año de experiencia laboral; c) se encuentren motivados en participar y; d) den su consentimiento informado. Los objetivos del estudio son:

- **Objetivo principal:** Determinar la prevalencia de fatiga de la compasión entre los profesionales de la salud y sociales que trabajan en centros de mayores de Extremadura.

- **Objetivos secundarios:** Analizar las relaciones existentes entre la fatiga de la compasión de los profesionales citados con sus variables sociodemográficas y laborales. Determinar la prevalencia del síndrome de *burnout* en los citados profesionales. Identificar si existe relación entre la fatiga de la compasión y la aparición del síndrome de *burnout* en los mencionados profesionales. Determinar la relación entre la satisfacción de la compasión y la prevalencia de fatiga de la compasión y/o síndrome de *burnout*.

PROCEDIMIENTOS Y DURACIÓN DEL ESTUDIO.

El único procedimiento al que será sometido/a será a la lectura de la carta de presentación, lectura del presente modelo de consentimiento informado y su posterior firma si desea participar, junto con la cumplimentación de tres cuestionarios autoadministrados: 1) Cuestionario de variables sociodemográficas, laborales y recursos personales. 2) Escala sobre la calidad de vida profesional (ProQOL versión 5). 3) *Maslach Burnout Inventory* (MBI). La duración total del proyecto se ha estimado en 23 meses. El tiempo de recogida de datos durará en total 3 meses, durante los cuales usted nos autoriza a poder pasarle los citados cuestionarios, que serán analizados estadísticamente en una fase posterior. Los cuestionarios rellenos serán utilizados exclusivamente con finalidad de investigación sin ánimo de lucro.

RESULTADOS DEL ESTUDIO.

Al finalizar el estudio se le informará del resultado global del mismo si usted lo desea, pero NO de su resultado personal, que se tratará con total confidencialidad de acuerdo con la Declaración de Helsinki y la Ley 14/2007, de Investigación biomédica.

RIESGOS DERIVADOS DE LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO.

No existen riesgos asociados a la cumplimentación de los cuestionarios.

BENEFICIOS.

La participación en el proyecto no será recompensada económicamente. Aparte de lo comentado anteriormente, se estima que el desarrollo del estudio en el que participará, comportará beneficios a medio plazo en la prevención de la fatiga de la compasión y el síndrome de *burnout* en centros de mayores, al permitir el conocimiento sobre la etiología de dichos fenómenos así como de los factores de riesgo susceptibles de ser modificados, lo que puede redundar en una mejora de la calidad de vida de los usuarios/pacientes, de los profesionales asistenciales y por ende, de la calidad de la atención sanitaria.

COSTES.

Su participación en el estudio cumplimentando los cuestionarios no le supondrá ningún coste.

La investigadora principal, Rocío Campos Méndez, puede ser contactada en cualquier momento en el siguiente teléfono, a fin de recabar información acerca del proyecto y en la siguiente dirección:

Departamento de Terapéutica Médico-Quirúrgica. Facultad de Medicina. 924 28 94 66. Ext. 86150.
Av. de Elvas, s/n. 06071 Badajoz

CONFIDENCIALIDAD DE SU MUESTRA.

De acuerdo con la normativa legal vigente, los resultados de los cuestionarios se tratarán con total confidencialidad. El protocolo de recogida de datos será archivado, y a cada participante se le asignará una clave de tal modo que no pueda relacionarse el cuestionario e información obtenida con la identidad del sujeto. Los cuestionarios serán anonimizados, asegurando la imposibilidad de inferir su identidad, para su estudio y potencial análisis ulterior.

El investigador principal del proyecto se compromete a que la confidencialidad de los datos que se puedan obtener en dicho proyecto será escrupulosamente observada, y que los datos personales de los sujetos participantes no serán conocidos por los investigadores del proyecto.

El investigador principal del proyecto se compromete a no utilizar los cuestionarios para otros estudios diferentes a los de este proyecto y a no traspasar los cuestionarios a otros posibles proyectos o equipos de investigación.

Para todo lo no previsto en este documento, se aplicará la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, BOE 274 de 15 de noviembre de 2002; Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; BOE 298 de 14 de diciembre de 1999; Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, BOE 17 de

19 de enero de 2008), sobre investigación biomédica (Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica; BOE 159 de 4 de julio de 2007) y cualquier otra que resultara aplicable.

Los resultados del estudio pueden ser publicados en revistas científicas o publicaciones de carácter general. No obstante, la información concerniente a su participación será mantenida como confidencial.

Recibirá una copia de esta hoja de información y del consentimiento informado firmado por usted.

DECLARACIÓN DEL DONANTE.

He sido informado por el personal relacionado con el proyecto mencionado:

- De las ventajas e inconvenientes de este procedimiento.
- Del fin para el que se utilizarán los cuestionarios que he rellenado.
- He sido informado de que los cuestionarios rellenos serán utilizados exclusivamente con finalidad de investigación sin ánimo de lucro.
- Que mis cuestionarios rellenos serán proporcionadas de forma anónima a los investigadores del proyecto.
- Que en cualquier momento puedo solicitar información genérica sobre los estudios para los que se han utilizado los cuestionarios que he rellenado
- Que he comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Usted tiene derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento.

SE ME HA PROPORCIONADO COPIA DEL PRESENTE DOCUMENTO. ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

Nombre del participante: _____
DNI: _____
Firma:

Declaración del profesional de salud médica de que ha informado debidamente al participante.

Nombre:

DNI:

Firma:

CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, LABORALES Y RECURSOS PERSONALES.

RECOGIDA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS, LABORALES Y RECURSOS PERSONALES

Marque con una **única cruz** (salvo en los ítems en los que se especifique otra indicación) la opción que le identifique o con la que se sienta más identificado/a, siendo lo más sincero/a posible.

<u>Datos sociodemográficos</u>	
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Edad: <input type="checkbox"/> 18-19 <input type="checkbox"/> 40-49 <input type="checkbox"/> 20-29 <input type="checkbox"/> 50-59 <input type="checkbox"/> 30-39 <input type="checkbox"/> 60 ó más
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Sin pareja. <input type="checkbox"/> Con pareja estable. <input type="checkbox"/> Sin pareja estable. <input type="checkbox"/> Casado /a - Pareja de hecho. <input type="checkbox"/> Viudo /a sin pareja (desde hace menos de 2 años).	Nº de hijos conviviendo en domicilio familiar: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Más de 3
Nivel de estudios: <input type="checkbox"/> Secundaria /FP grado Medio <input type="checkbox"/> Bachillerato /FP grado Superior <input type="checkbox"/> Estudios Universitarios	Además de hijos, tiene a su cargo a algún otro miembro familiar en su domicilio: <input type="checkbox"/> Sí, de manera habitual. <input type="checkbox"/> Sí, de manera intermitente. <input type="checkbox"/> No.
Lugar de Residencia: <input type="checkbox"/> Ciudad (provincia de Cáceres) <input type="checkbox"/> Ciudad (provincia de Badajoz) <input type="checkbox"/> Pueblo (provincia de Cáceres) <input type="checkbox"/> Pueblo (provincia de Badajoz)	Lugar de realización de la encuesta: <input type="checkbox"/> Centro de mayores de Cáceres ciudad. <input type="checkbox"/> Centro de mayores de Badajoz ciudad. <input type="checkbox"/> Centro de mayores de Cáceres provincia. <input type="checkbox"/> Centro de mayores de Badajoz provincia.
<u>Datos laborales</u>	
Profesión desempeñada en el centro de trabajo: <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/> Técnico en atención socio-sanitaria <input type="checkbox"/> Técnico en atención a personas en situación de dependencia <input type="checkbox"/> Auxiliar de geriatría <input type="checkbox"/> Supervisor/a del personal auxiliar <input type="checkbox"/> Supervisor/a de enfermería <input type="checkbox"/> Enfermero/a <input type="checkbox"/> Médico/a <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Trabajador/a social <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional <input type="checkbox"/> Otra: _____	Funciones desempeñadas en el centro de trabajo: <input type="checkbox"/> Asistencial <input type="checkbox"/> Administración y gestión <input type="checkbox"/> Ambas Tipo de contrato: <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/> De prácticas <input type="checkbox"/> Por obra y servicio <input type="checkbox"/> Otro: _____

<p>Tiempo de antigüedad desarrollando su profesión (marcada anteriormente)</p> <p><input type="checkbox"/> < 1 año.</p> <p><input type="checkbox"/> De 1 año a < 5 años (especificar): _____ años.</p> <p><input type="checkbox"/> 5-9 años.</p> <p><input type="checkbox"/> 10-19 años.</p> <p><input type="checkbox"/> 20-29 años.</p> <p><input type="checkbox"/> 30 ó más años.</p>	<p>Tiempo de antigüedad en el puesto actual:</p> <p><input type="checkbox"/> < 1 año.</p> <p><input type="checkbox"/> De 1 año a < 5 años (especificar): _____ años.</p> <p><input type="checkbox"/> 5-9 años.</p> <p><input type="checkbox"/> 10-19 años.</p> <p><input type="checkbox"/> 20-29 años.</p> <p><input type="checkbox"/> 30 ó más años.</p>
--	--

<p>Jornada de trabajo:</p> <p><input type="checkbox"/> Jornada continua entre semana (8 horas).</p> <p><input type="checkbox"/> Jornada continua entre semana (8 horas)+ incluye fines de semana o festivos.</p> <p><input type="checkbox"/> Jornada continua entre semana (12 horas).</p> <p><input type="checkbox"/> Jornada continua entre semana (12 horas)+ incluye fines de semana o festivos.</p> <p><input type="checkbox"/> Jornada parcial (mañana y tarde) entre semana.</p> <p><input type="checkbox"/> Jornada parcial (mañana y tarde) entre semana + incluye fines de semana o festivos.</p> <p><input type="checkbox"/> Solo fines de semana y festivos.</p>	<p>¿Realiza guardias?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí:</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 2/mes <input type="checkbox"/> 3/mes <input type="checkbox"/> 4 ó más/mes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>Turno de trabajo:</p> <p><input type="checkbox"/> Mañanas.</p> <p><input type="checkbox"/> Tardes.</p> <p><input type="checkbox"/> Noches.</p> <p><input type="checkbox"/> Rotatorio mañanas-tardes entre semana.</p> <p><input type="checkbox"/> Rotatorio mañanas-tardes-noches entre semana.</p> <p><input type="checkbox"/> Rotatorio mañanas-tardes entre semana + incluye fines de semana o festivos.</p> <p><input type="checkbox"/> Rotatorio mañanas-tardes-noches entre semana + incluye fines de semana o festivos.</p>	<p>¿En qué turno realiza guardias?</p> <p><input type="checkbox"/> De 24 horas entre diario.</p> <p><input type="checkbox"/> De 24 horas en fines de semana o festivos.</p> <p><input type="checkbox"/> De 24 horas entre diario, fines de semana o festivos según corresponda.</p> <p><input type="checkbox"/> De fines de semana jornada partida.</p>
<p>Nº de horas semanales de trabajo:</p> <p><input type="checkbox"/> 35 horas.</p> <p><input type="checkbox"/> 35,5 horas.</p> <p><input type="checkbox"/> 36 horas.</p> <p><input type="checkbox"/> 36,5 horas.</p> <p><input type="checkbox"/> 37 horas.</p> <p><input type="checkbox"/> 37,5 horas.</p> <p><input type="checkbox"/> 38 horas.</p> <p><input type="checkbox"/> 40 horas.</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____.</p>	<p>Área/s geriátrica/s usual/es que tiene asignada (señale una o varias según corresponda):</p> <p><input type="checkbox"/> Usuarios autónomos e independientes.</p> <p><input type="checkbox"/> Pacientes con dependencia moderada.</p> <p><input type="checkbox"/> Pacientes con dependencia severa.</p> <p><input type="checkbox"/> Pacientes con gran dependencia.</p> <p><input type="checkbox"/> Pacientes con gran dependencia tras ictus.</p> <p><input type="checkbox"/> Pacientes con gran dependencia por enfermedad crónica nefrológica.</p> <p><input type="checkbox"/> Pacientes con gran dependencia por enfermedad crónica respiratoria.</p> <p><input type="checkbox"/> Pacientes con gran dependencia y trastorno mental grave.</p> <p><input type="checkbox"/> Pacientes con demencia.</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermos oncológicos.</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermeros en situación de enfermedad terminal.</p>
<p>Nº de horas semanales de atención directa a pacientes/familiares:</p> <p><input type="checkbox"/> _____.</p>	<p>Nº de pacientes con los que trata asistencialmente de manera diaria:</p> <p><input type="checkbox"/> _____.</p>

<p>¿Compatibiliza su profesión con otro/s trabajos fuera del centro de mayores?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, de manera habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, ocasionalmente.</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p>	<p>¿Ha estado de baja laboral en el último año por motivos laborales?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, en 1 ocasión.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, en 2 ocasiones.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, en 3 ocasiones ó más.</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, pero por motivos personales.</p> <p>Nº de días totales de baja en el último año:</p> <p>_____</p>
<p>En los últimos 2 años, ¿ha estado en situación de paro?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí.</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p>	<p>¿Cuándo fue la última vez que solicitó vacaciones en el trabajo?</p> <p><input type="checkbox"/> Hace _____.</p>
<p>¿Cuánto tiempo estuvo en el paro en los 2 últimos años?</p> <p><input type="checkbox"/> _____.</p>	<p>¿Cuánto tiempo estuvo de vacaciones?</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de 1 semana.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 semana.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 semanas.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 semanas.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 mes.</p> <p><input type="checkbox"/> Más de 1 mes.</p>
<p>¿Comparte profesión (no necesariamente mismo lugar de trabajo) con su pareja?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí.</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p>	
<p>En el último año, ¿ha pensado seriamente en abandonar su trabajo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí.</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p>	<p>En el último año, ¿ha iniciado la búsqueda de otro trabajo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí.</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p>
<p>¿Mantiene la misma ilusión por su trabajo que cuando comenzó?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí.</p> <p><input type="checkbox"/> No, ha aumentado.</p> <p><input type="checkbox"/> No, ha disminuido.</p>	<p>¿Frecuentemente toma psicofármacos recetados médicamente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí.</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p>
<p>A nivel laboral, ¿se siente valorado:</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Los pacientes a los que cuido/trato?</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Los familiares de los pacientes a los que cuido/trato?</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Por mis compañeros/as de trabajo?</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Por mi supervisor/a de enfermería?</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Por el/a director/a de mi centro?</p>	<p>En el último año, ¿ha consultado con algún profesional para tratar alguna dolencia relacionada con su trabajo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, con el médico de cabecera.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, con un médico especialista.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, con un psicólogo.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, con un fisioterapeuta.</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p>

<u>Datos recursos personales.</u>	
<p>¿Padece alguna enfermedad crónica?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí.</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p>	<p>¿Realiza alguna actividad de manera consciente para evadirse de su trabajo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí.</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p>
<p>En el último mes, ¿ha practicado alguna de las siguientes acciones? Señala 1 ó varias si es así:</p> <p><input type="checkbox"/> Relajación.</p> <p><input type="checkbox"/> Minimeditación.</p> <p><input type="checkbox"/> Identificación de emociones.</p> <p><input type="checkbox"/> Gestión de emociones.</p> <p><input type="checkbox"/> Escritura reflexiva.</p> <p><input type="checkbox"/> Actividades de autocuidado.</p> <p><input type="checkbox"/> Actividades de formación continua de manera voluntaria.</p> <p><input type="checkbox"/> Retiros especializados.</p> <p><input type="checkbox"/> Talleres de autocuidado.</p> <p><input type="checkbox"/> Talleres de intervención de equipo.</p> <p><input type="checkbox"/> Escapada de viaje.</p> <p><input type="checkbox"/> Queda con amigos no relacionados con mi trabajo.</p> <p><input type="checkbox"/> Quedada con familiares.</p>	<p>En caso afirmativo, ¿qué actividad/es? (Se incluyen actividades de ocio)</p> <p><input type="checkbox"/> _____.</p> <p><input type="checkbox"/> _____.</p> <p><input type="checkbox"/> _____.</p> <p><input type="checkbox"/> _____.</p>
<p>Con respecto a la pregunta anterior, ¿con qué frecuencia a la semana?</p> <p><input type="checkbox"/> Lo hice de manera aislada.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 hora semanal.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 horas/semana.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 horas/semana.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 horas/semana.</p> <p><input type="checkbox"/> 5 horas/semana.</p> <p><input type="checkbox"/> Más 5 horas/semana.</p>	<p>¿Con qué frecuencia a la semana?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 hora semanal.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 horas/semana.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 horas/semana.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 horas/semana.</p> <p><input type="checkbox"/> 5 horas/semana.</p> <p><input type="checkbox"/> Más de 5 horas/semana.</p>

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Marque en cada frase con una cruz, siendo lo más sincero/a posible, el valor que refleje con mayor precisión la frecuencia con la que usted ha experimentado/está experimentado las siguientes situaciones:

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez por semana	Algunas veces por semana	Todos los días

	0	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2. Al final de la jornada me siento agotado.							
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8. Me siento "quemado" por el trabajo.							
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros							
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me encuentro con mucha vitalidad.							
13. Me siento frustrado por mi trabajo.							
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18. Me encuentro animado después de trabajar con los pacientes.							
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21. Siento que sé tratar de forma adecuado los problemas emocionales en el trabajo.							
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

Fuente: Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. 2ª ed. Palo Alto (California): Consulting Psychologists Press; 1981.

ESCALA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL (ProQOL)

Satisfacción de la Compasión y Fatiga de la Compasión (ProQOL) Versión 5 (2009)

[Ayudar] a otros le sitúa en contacto directo con sus vidas. Como usted habrá podido descubrir, su compasión por aquellos a los que [ayuda] puede afectarle de manera positiva y negativa. A continuación, quisiéramos hacerle varias preguntas acerca de sus experiencias, tanto positivas como negativas, como [profesional asistencial que se dedica al cuidado de personas]. Considere cada una de las siguientes preguntas planteadas, referidas a usted y a su situación profesional actual. Marque en cada frase, siendo lo más sincero/a posible, el valor que refleje con qué frecuencia ha experimentado tales aspectos en los últimos 30 días.

	1= Nunca	2=Rara vez	3=A veces	4=Frecuentemente	5=Muy frecuentemente
1					Soy Feliz.
2					Estoy preocupado/a por más de una persona a la que [ayudo o he ayudado].
3					Me satisface ser capaz de [ayudar] a la gente.
4					Me siento vinculado/a otras personas (con ocasión de mi trabajo).
5					Me sobresaltan los sonidos inesperados.
6					Me siento fortalecido/a después de trabajar con las personas a las que [ayudo/ he ayudado].
7					Me cuesta separar mi vida personal de mi vida profesional.
8					Mi productividad en el trabajo disminuye debido a que pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que [ayudo o he ayudado].
9					Creo que puedo estar afectado/a por el estrés traumático de las personas a las que [ayudo o he ayudado].
10					Me siento atrapado/a por mi trabajo.
11					Debido a mi profesión, me he sentido "al límite" con respecto a diversas cosas.
12					Me gusta trabajar [ayudando] a las personas.
13					Me siento deprimido/a debido a las experiencias traumáticas de las personas a las que [ayudo].
14					Me siento como si estuviera viviendo el trauma de alguien a quien [he ayudado].
15					Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional.
16					Estoy satisfecho/a por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia.
17					Soy la persona que siempre he querido ser.
18					Mi trabajo me hace sentirme satisfecho/a.
19					Me siento agotado/a como consecuencia de mi trabajo.
20					Tengo pensamientos y sentimientos de satisfacción acerca de las personas a las que [ayudo/he ayudado] y cómo he podido ayudarlas.
21					Me siento abrumado/a porque la carga de los casos [de mi trabajo] parece no tener fin.
22					Creo que puedo cambiar cosas gracias a mi trabajo.
23					Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de personas a las que [ayudo/he ayudado].
24					Me siento orgulloso/a de lo que puedo hacer para [ayudar] gracias a mi trabajo.
25					Como resultado de mi trabajo, tengo pensamientos molestos, repentinos, indeseados.
26					Me siento "estancada" por el sistema.
27					Considero que soy un/a buen/a profesional.
28					No puedo recordar partes importantes de mi trabajo con víctimas de trauma.
29					Soy una persona muy solícita de cara a ayudar a la gente.
30					Soy feliz por haber elegido esta profesión.

© B. Hudnall Stamm, 2009. *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue (ProQOL)*. <http://www.isu.edu/~bhstamm>. This test may be freely copied as long as (a) author is credited, (b) no changes are made, and (c) it is not sold. This version 5 has been translated into Spanish **having as reference** the version IV translated by **María Eugenia Morante Benadero***, **Bernardo Moreno Jiménez***, **Alfredo Rodríguez Muñoz***. *Universidad Autónoma de Madrid, Spain. So, the version 5 has been translated respecting the general basis of the version IV by their original translators, **María Eugenia Morante Benadero***, **Bernardo Moreno Jiménez***, **Alfredo Rodríguez Muñoz*** and by Rocío Campos Méndez**, Juan Rodríguez Mansilla**, Luis Espejo Antúnez**. **Universidad de Extremadura, Spain.

ANEXO III: CRONOGRAMA

	2013											
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Búsqueda bibliográfica												
Selección, análisis, interpretación y síntesis documental de antecedentes												
Diseño de cuestionarios												
Elaboración Memoria-Proyecto de Tesis Doctoral												
Envío de documentación y permisos Comité de Ética UEX												
Inicio de la investigación: información, selección de la muestra y entrega de documentación para recogida de datos												
Recopilación de datos: tratamiento y ordenación de datos obtenidos												
Análisis estadístico de los datos												
Interpretación de los resultados												
Redacción final de la investigación y extracción de conclusiones												

	2014										
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov
Búsqueda bibliográfica											
Selección, análisis, interpretación y síntesis documental de antecedentes											
Diseño de cuestionarios											
Elaboración Memoria-Proyecto de Tesis Doctoral											
Envío de documentación y permisos Comité de Ética UEX											
Inicio de la investigación: información, selección de la muestra y entrega de documentación para recogida de datos											
Recopilación de datos: tratamiento y ordenación de datos obtenidos											
Análisis estadístico de los datos											
Interpretación de los resultados											
Redacción final de la investigación y extracción de conclusiones											

ANEXO IV: PERMISO PARA USAR EL ProQOL

Permission for Use of the ProQOL (Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue) www.proqol.org

Accompanied by the email to you, this document grants you permission to use for your study or project

The ProQOL (Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue) www.ProQOL.org

Prior to beginning your project and at the time of any publications, please verify that you are using the latest version by checking the website. All revisions are posted there. If you began project with an earlier version, please reference both to avoid confusion for readers of your work.

This permission covers non-profit, non-commercial uses and includes permission to reformat the questions into a version that is appropriate for your use. This may include computerizing the measure.

Please print the following reference or credit line in all documents that include results gathered from the use of the ProQOL.

Stamm, B. H. (2010). The ProQOL (*Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue*). Pocatello, ID: ProQOL.org. retrieved [date] www.proqol.org

Permission granted by
Beth Hudnall Stamm, PhD
Author, ProQOL
ProQOL.org
info@proqol.org

Help us help all of us. Please consider donating a copy of your raw data to the data bank. You can find more about the data bank and how you can donate at www.proqol.org and www.proqol.org/Donate_Data.html. Data donated to the ProQOL Data Bank allow us to advance the theory of compassion satisfaction and compassion fatigue and to improve and norm the measure itself.

ANEXO V: CONSIDERACIONES PARA REIMPRIMIR EL ProQOL EN LA TESIS

Regarding Permission to Reprint in the Print or Electronic Media Using the ProQOL (Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue) www.proqol.org

The ProQOL is a publically available measure that is free for non-commercial use. If you wish to publish the ProQOL in a print or electronic media outlet, you will need what is called *permission to reprint*.^{*} Obtaining permission is usually a simple process because we work with you to make the ProQOL available to as many people as possible.

- *Examples of media outlets we can generally give permission for reprint without any special permission:*
 - Print Media: newspapers, newsletters, books, journals and similar venues
 - Electronic Media: non-commercial online use that does not return data to the end user, podcast, webinars, books on tape, news media and similar venues
- *Examples of media outlets that require special negotiated permission:*
 - Films, videos, website forms other than research program, particularly if they return automated scoring, commercial online training courses, commercial training programs in which the ProQOL could be interpreted as adding to the monetary value of the class and other similar uses.

Prior to any *permission to reprint in print or electronic media*, you need the *permission to use the ProQOL*. You likely have that permission but for your convenience, we are attaching it to this email.

The following reference or credit line must appear in all documents that use or include results from the use of the ProQOL. For some electronic media credit will be given verbally.

Stamm, B. H. (2010). The ProQOL (Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue). Whitefish, MT: ProQOL.org. retrieved [date] www.proqol.org.

You need to verify that you are using the most current version of the ProQOL. We require that some type of statement be made directing people to the website for current information. Here is an example:

Please see www.ProQOL.org for the most current information.

In most cases, publishers will have their own forms for us to sign. Take this document and talk with your media publisher and they will guide you as to how to proceed.

Again, thank you for helping us make the ProQOL available to others. If you need additional assistance in your reprint process, please do write to us at proqolorg@gmail.com.

Permission granted by
Beth Hudnall Stamm, PhD
Author, ProQOL
ProQOL.org
proqolorg@gmail.com

Help us help all of us. Please consider donating a copy of your raw data to the data bank. You can find more about the data bank and how you can donate at www.proqol.org and www.proqol.org/Donate_Data.html. Data donated to the ProQOL Data Bank allow us to advance the theory of compassion satisfaction and compassion fatigue and to improve and norm the measure itself.

ANEXO VI: PERMISO PARA TRADUCIR EL ProQOL ÚLTIMA VERSIÓN 5

Permission for Translation of the ProQOL (Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue) www.proqol.org

Accompanied by the email to you, this document grants you permission to translate the ProQOL.

The ProQOL (Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue) www.ProQOL.org.

We ask that you do two things in regard to your translation:

1. Let us help you as you work on your translation. While we may not be able to find someone with expertise in your particular language, we can discuss with you what words might mean and how best to translate them.
2. That you provide us with a copy of your translated ProQOL so that we may share it with others.

The ProQOL website has a page to recognize the contributions that people have made to the development of the measure. The like includes people's names and if they like, their organization and country. If you would like to be recognized for your contribution to the ProQOL, please send us your name as you would like it posted on the website. Include your organization and country if you like.

Prior to beginning your project and at the time of any publications, please verify that you are using the latest version by checking the website. All revisions are posted there. If you began project with an earlier version, please reference both to avoid confusion for readers of your work.

This permission covers non-profit, non-commercial uses and includes permission to reformat the questions into a version that is appropriate for your use. This may include computerizing the measure.

Please print the following reference or credit line in all documents that include results gathered from the use of the ProQOL.

Stamm, B. H. (2010). The ProQOL (*Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue*). Pocatello, ID: ProQOL.org. retrieved [date] www.proqol.org

Permission granted by
Beth Hudnall Stamm, PhD
Author, ProQOL
ProQOL.org
info@proqol.org

Help us help all of us. Please consider donating a copy of your raw data to the data bank. You can find more about the data bank and how you can donate at www.proqol.org and www.proqol.org/Donate_Data.html. Data donated to the ProQOL Data Bank allow us to advance the theory of compassion satisfaction and compassion fatigue and to improve and norm the measure itself.