Universidad de Santiago de Compostela

Facultad de Enfermería

Departamento de Enfermería

"Determinantes del Estrés Laboral Asistencial del Personal de Enfermería con Enfermos Gerontológicos Terminales"

Cristina Gómez Cantorna

Santiago de Compostela, 2013

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Universidad de Santiago de Compostela

Facultad de Enfermería

Departamento de Enfermería

TESIS DOCTORAL:

"Determinantes del Estrés Laboral Asistencial del Personal de Enfermería con Enfermos Gerontológicos Terminales"

Tesis presentada para la obtención del grado de doctor por:

Cristina Gómez Cantorna

Director

Manuel Gandoy Crego

Santiago de Compostela 2013

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Universidad de Santiago de Compostela

Facultad de Enfermería

Departamento de Enfermería

El Dr. Manuel Gandoy Crego, Profesor Titular de Universidad de la Facultad de Enfermería de Santiago de Compostela, en el Departamento de Enfermería de la Universidad de Santiago de Compostela, hace constar:

Que el presente trabajo titulado “Determinantes del Estrés Laboral Asistencial del Personal de Enfermería, con Enfermos Gerontológicos Terminales”, elaborado para optar al grado de Doctor, presentado por Cristina Gómez Cantorna, ha sido realizado bajo mi supervisión y, considerando que constituye un trabajo de tesis, autorizo su presentación en la Universidad de Santiago de Compostela.

En Santiago de Compostela, Octubre 2013.

Fdo. Prof. Dr. Manuel Gandoy Crego

Profesor Titular de Enfermería

Universidad de Santiago de Compostela

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

A mis padres, a mi hermana y a Sergio

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

AGRADECIMIENTOS

Deseo dejar constancia de mi agradecimiento a Manuel Gandoy Crego, director de este estudio, cuyo interés, orientación, seguimiento continuo, consejo y apoyo constante ha hecho posible la realización del mismo.

A todas aquellas personas y entidades hospitalarias y extra-hospitalarias que, de una u otra forma, han hecho posible la realización de este trabajo, como es el caso de Emilio Fariña, y en particular, a Miguel Clemente, Carlos Pío del Oro, José Luis Sieira y Sara Cantorna, por sus valiosas sugerencias y aportaciones en la utilización de las aplicaciones informáticas necesarias para la presentación de este trabajo.

A mi familia y a mis amigos por haberme apoyado incondicionalmente en este proyecto y en especial a mis padres, a Blanca y a Sergio, por estar ahí siempre.

Cristina Gómez Cantorna

Santiago de Compostela, 2013

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

"Si puedes curar, cura
si no puedes curar, alivia
si no puedes aliviar, consuela
si no podemos dar días a la vida,
proporcionemos vida a los días"
Claude Bernard

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Índice

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

ÍNDICE

Índice de Tablas 19

Índice de Gráficas 23

Abreviaturas 25

Presentación y justificación del estudio. 29

Capítulo 1: Cuidados Paliativos. 37

1.1. Bases y definición. 42

1.2. Enfermería en Cuidados Paliativos. 49

1.3. Organización asistencial. 56

1.4. Repercusiones psicosociales de los Cuidados Paliativos en el personal sanitario. 59

Capítulo 2: Estrés y desgaste profesional en el personal de enfermería. 67

2.1. *Burnout,* el síndrome de estrés laboral asistencial. 74

2.2. Modelos teóricos y manifestaciones del síndrome de estrés laboral asistencial. 78

2.3. Relación entre el estrés asistencial y la personalidad del personal sanitario. 86

Capítulo 3: Objetivos. 95

3.1. Objetivos. 97

3.1.1. Objetivos generales. 97

3.1.2. Objetivos específicos. 98

Capítulo 4: Metodología. 101

4.1. Muestra. 103

4.2. Diseño. 105

4.3. Procedimiento. 105

4.3.1. Realización del estudio. 105

4.3.2. Procedimiento de análisis de los datos. 109

Capítulo 5: Resultados. 111

5.1. Análisis descriptivo univariado general. 113

5.2. Análisis de fiabilidad. 134

5.3. Estadística descriptiva bivariada. Correlaciones. 136

5.4. ANOVAS, Análisis de la Varianza. 144

5.4.1. ANOVA de un factor para los factores de personalidad. 144

5.4.2. ANOVA de un factor para el nivel de satisfacción en el puesto de trabajo. 151

5.4.3. ANOVA de un factor para la ocurrencia de situaciones especiales. 157

5.4.4. ANOVA de un factor para los factores de personalidad con la satisfacción en el puesto de trabajo. 162

Capítulo 6: Discusión. 165

Capítulo 7: Conclusiones. 179

Capítulo 8: Bibliografía. 187

Anexos. 207

Cuestionario de datos Socio demográficos. 211

Maslach Burnout Inventory. 213

Big Five. 215

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Precedentes históricos del movimiento HOSPICE. 40

Tabla 2: Objetivos Generales de la "Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud". 48

Tabla 3: Rasgos y elementos de los factores de personalidad. 92

Tabla 4: Estadísticos. Edad. 115

Tabla 5: Estadísticos. Horas turno y Cada cuanto tiempo (días). 117

Tabla 6: Estadísticos. Años de trabajo y años en centros socio sanitarios. 118

Tabla 7: Salario. 119

Tabla 8: Relaciones con los compañeros. 120

Tabla 9: Relaciones con los superiores. 120

Tabla 10: Relaciones con los pacientes. 121

Tabla 11: Oportunidades de promoción. 121

Tabla 12: Ambiente físico de trabajo. 122

Tabla 13: Capacidad de conciliar trabajo y vida familiar. 122

Tabla 14: Actividad y situación laboral. 122

Taba 15: Estadísticos. 123

Tabla 16: Porcentajes de Ocurrencias de situaciones especiales. 125

Tabla 17: Nivel de *Burnout* de Cansancio Emocional. 126

Tabla 18: Nivel de *Burnout* de Despersonalización. 127

Tabla 19: Nivel de *Burnout* de Realización Personal Reducida. 128

Tabla 20: Estabilidad de situación laboral 129

Tabla 21: Trabaja a turnos. 129

Tabla 22: No tener turno de noche lo considera, bueno o malo. 129

Tabla 23: Existen turnos anti-estrés en su unidad. 130

Tabla 24: Deseo de realizar turnos anti estrés. 130

Tabla 25: Facilidad para realizar cambios de turnos. 130

Tabla 26: Bajas. 131

Tabla 27: Ayuda psicológica en la unidad. 131

Tabla 28: Utilización de la ayuda. 132

Tabla 29: Existencia de temporadas anti estrés. 132

Tabla 30: Extraversión. 132

Tabla 31: Sociabilidad. 133

Tabla 32: Responsabilidad. 133

Tabla 33: Neuroticismo. 133

Tabla 34: Apertura al Cambio. 134

Tabla 35: Estadísticos de Fiabilidad (Satisfacción en el puesto de trabajo). 134

Tabla 36: Estadísticos de Fiabilidad (Situaciones especiales). 135

Tabla 37: Estadísticos de fiabilidad (MBI). 135

Tabla 38: Estadísticos de fiabilidad (*Big Five*). 136

Tabla 39: Correlaciones I. 137

Tabla 40: Correlaciones II. 138

Tabla 41: Correlaciones III. 139

Tabla 42: Correlaciones IV. 140

Tabla 43: Correlaciones V. 140

Tabla 44: Correlaciones VI. 141

Tabla 45: Correlaciones VII. 142

Tabla 46: Correlaciones VIII. 143

Tabla 47: ANOVA, Extraversión. 145

Tabla 48: Comparaciones múltiples. 146

Tabla 49: Despersonalización directa. 146

Tabla 50: ANOVA, Sociabilidad. 147

Tabla 51: Comparaciones múltiples. 147

Tabla 52: Cansancio Emocional directo. 148

Tabla 53: ANOVA, Neuroticismo. 149

Tabla 54: Comparaciones múltiples. 149

Tabla 55: Cansancio Emocional directo. 149

Tabla 56: ANOVA, Apertura al Cambio. 150

Tabla 57: Comparaciones múltiples. 150

Tabla 58: Realización Personal Reducida directa 151

Tabla 59: ANOVA, Salario. 152

Tabla 60: Comparaciones múltiples. 153

Tabla 61: ANOVA, Ambiente. 153

Tabla 62: Cansancio Emocional directo. 154

Tabla 63: ANOVA, Conciliar. 155

Tabla 64: Comparaciones múltiples. 155

Tabla 65: Cansancio Emocional directo. 156

Tabla 66: ANOVA, Situación laboral. 156

Tabla 67: Cansancio Emocional directo. 157

Tabla 68: ANOVA, Discusiones. 158

Tabla 69: Cansancio Emocional directo. 159

Tabla 70: Despersonalización directa. 159

Tabla 71: ANOVA, Reprimendas. 160

Tabla 72: Cansancio Emocional directo. 161

Tabla 73: Despersonalización directa. 161

Tabla 74: ANOVA, Neuroticismo. 162

Tabla 75: Comparaciones múltiples. 163

Tabla 76: Ambiente físico de trabajo. 164

Tabla 77: Actividad y situación laboral. 164

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1: Modelos organizativos de atención a los pacientes oncológicos y de los cuidados paliativos propuesto por la Organización Mundial de la Salud. 44

Gráfica 2: Origen. 113

Gráfica 3: Lugar geográfico. 114

Gráfica 4: Edad. 114

Gráfica 5: Sexo. 115

Gráfica 6: Años en Cuidados Paliativos. 116

Gráfica 7: Años en centros Socio sanitarios. 117

Gráfica 8: Satisfacción en el puesto de trabajo. 119

Gráfica 9: Ocurrencia de situaciones especiales. 124

Gráfica 10: Cansancio Emocional. 126

Gráfica 11: Despersonalización. 127

Gráfica 12: Realización personal. 128

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Abreviaturas

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

ABREVIATURAS

DUES	Diplomados Universitarios en Enfermería.
ANA	American Nurses Association.
ONU	Organización Mundial de la Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud.
SECPAL	Sociedad Española de Cuidados Paliativos.
AJN	American Journal of Nursing.
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos.
URG	Urgencias.
CP	Cuidados Paliativos.
SERGAS	Servicio Gallego de Salud.
SCS	Servicio Canario de Salud.
MBI	Maslach Burnout Inventory.
CE	Cansancio Emocional.
DP	Despersonalización.
RP	Realización Personal.
RPR	Realización Personal Reducida.
ANOVA	Análisis de la Varianza.

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Presentación y Justificación del estudio

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Uno de los retos de la sanidad en el siglo XXI, y de la sociedad en general, es el actual envejecimiento de la población. Dicho envejecimiento poblacional repercute directamente en un incremento de la atención sanitaria.

En el presente trabajo analizaremos la repercusión que tiene en el personal de enfermería la atención a pacientes gerontológicos terminales, es decir, pacientes mayores de 65 años de edad, con enfermedad terminal y que requieren Cuidados Paliativos. Dicho paciente debería permanecer en su domicilio la mayor parte del tiempo, asistido mediante programas de ayuda domiciliaria, hospitalización a domicilio, hospitales de día y, si es necesario, ingresos hospitalarios transitorios[1], sin embargo, existe una tendencia actual a institucionalizar la muerte, quizá en la falsa idea de prolongar la vida gracias a los avances médicos.

Las decisiones de aplicar todos los medios tecnológicos disponibles para prolongar la vida, han contribuido a cambiar el lugar en el que muere la persona, del hogar al hospital o a instalaciones de atención extendida.

A principios del siglo pasado la mayor parte de los fallecimientos ocurrían en el hogar, por ello, la mayoría de las familias pasaban por la experiencia directa de "estar con la muerte en casa", al proporcionar atención a sus familiares hasta el final de la vida y atravesar el proceso de duelo por la pérdida de sus seres queridos.

Cuando el lugar del fallecimiento cambia al hospital, las familias comenzaron a distanciarse de la "experiencia ante la muerte" y, como consecuencia, la carga más emocional, que con anterioridad recaía en las familias, ahora recae sobre el personal médico que está con el enfermo terminal a nivel hospitalario.

Las implicaciones de las medidas tecnológicas al final de la vida son más profundas y afectan la visión social de la muerte. Esta a su vez influye en la forma en que los clínicos atienden a los pacientes; en la manera en que familiares y amigos participan en la atención; en como entienden y eligen, pacientes y familiares, las opciones de atención para el final de la vida; en la forma en que las familias se preparan para la enfermedad terminal y la muerte y en su reacción después del fallecimiento.

Las unidades de Cuidados Paliativos, lejos de dedicarse únicamente a dar soporte a los síntomas de los enfermos moribundos, realizan técnicas de tratamiento específico, con una

visión activa en cada situación. El continuo contacto con el sufrimiento y la muerte se considera un factor de riesgo que causa el agotamiento entre los profesionales de la salud, especialmente el personal de enfermería que trabajan en este tipo de unidades[2].

Los profesionales sanitarios deberían recibir una formación específica hacia este tipo de enfermos ya que en un momento u otro de su vida profesional estarán en contacto con este tipo de pacientes. Peters[3], y su equipo en 2012 comentaron en su artículo que los supervisores y gerentes de las unidades poseen un papel importante a la hora de ofrecer educación y formación al personal de enfermería de cuidados paliativos dando soporte a su desarrollo personal y ayudando a reducir la vulnerabilidad y el impacto del estrés en el lugar de trabajo. En 1989 Nash[4] comentaba que cuidar a pacientes enfermos terminales es estresante y puede llevar al agotamiento (*Burnout*). Sin embargo, con los sistemas de apoyo adecuados en el cuidado paliativo, puede ser gratificante y satisfactorio.

La enfermería tiene una larga historia de atención holística, centrada en el paciente y en la familia. De este modo, la definición ofrecida por la *American Nurses Association* (ANA) destaca el compromiso de la enfermera con el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas a la enfermedad (ANA, 1995)[5].

Una de las realidades más difíciles a las que se enfrentan a los profesionales sanitarios, a pesar de sus mejores esfuerzos, es el fallecimiento de sus pacientes. Es el caso del personal de enfermería objeto de nuestro estudio, debido a que todos los pacientes a los que tratan son paliativos. A pesar de que no se puede cambiar este hecho, es posible ejercer un efecto importante y duradero en la forma en la que los pacientes viven hasta el momento su muerte. Por este motivo constituye un colectivo que ha de hacer frente a tal sobrecarga de tareas laborales y familiares que corre un elevado riesgo de desgaste emocional y de deterioro personal.

El estrés laboral de la enfermería no procede de una única causa, la etiología es el resultado de un cúmulo de factores estresantes asociados al desempeño de su profesión y que sobrepasan los recursos de afrontamiento personales[6]. Por ello se considera uno de los grupos sanitarios profesionales, tanto hospitalarios como extra-hospitalarios, que tienen mayor riesgo para desarrollar este tipo de estrés laboral, al estar en contacto directo con

pacientes que necesitan constantemente sus cuidados y ayuda. Soportan duras condiciones de trabajo respecto a los turnos de sus jornadas laborales, remuneración económica escasa y conflictos a la hora de tratar con las familias de los pacientes, los residentes, compañeros de trabajo, entre otros[7, 8].

Debido a estas situaciones, puede que el personal de enfermería no esté realizando correctamente su trabajo y sería conveniente observar que factor o factores están alterados para poder modificarlos y, de este modo, conseguir que tanto el paciente como el profesional salgan beneficiados de este cambio.

Por este motivo consideramos que es necesario la realización de un estudio que trate de aclarar cuáles son las situaciones que generan una mayor carga de estrés en el personal de enfermería que trabaja en las Unidades de Cuidados Paliativos con pacientes gerontológicos terminales, para evitar caer en el estrés laboral asistencial, debido a que su carga de estrés, desgaste, ansiedad, depresión, cansancio y presión[9-13] aumenta notablemente al estar en contacto continuo tanto con el paciente, como con las necesidades de ayuda psicológica que presenta la familia del mismo.

Para ello hemos creado un instrumento de evaluación que engloba tres cuestionarios: Cuestionario de datos socio demográficos y organizacionales, el *Maslach Burnout Inventory* y el *Big Five*. Otros autores como Terakado y Watanabe[14] en Japón también llevaron a cabo un estudio para crear un cuestionario que midiese el estrés en las enfermeras ligadas a cuidados paliativos. En nuestro estudio el instrumento de evaluación se administró de forma voluntaria al personal de enfermería seleccionado que trabaja en unidades de cuidados paliativos de Galicia y Lanzarote y, de este modo, sabremos cuáles son los factores laborales que influyen en la carga de estrés laboral de cada trabajador. Se analizarán las distintas variables socio demográficas y laborales (el origen hospitalario o residencial del trabajador, la edad, el sexo, tiempo que lleva trabajando en cuidados paliativos, tiempo que lleva trabajando en centros socio sanitarios, si su situación laboral es estable, si se encuentra satisfecho con su puesto de trabajo actual (salario, relaciones con los compañeros, relaciones con los superiores, relaciones con los pacientes, oportunidades de promoción en el puesto de trabajo, ambiente físico de trabajo, capacidad de conciliación del trabajo con la vida familiar y situación laboral actual), número de DUES en la plantilla

de su unidad, de cuantas horas consta cada turno, si trabajan a turnos, si poseen turnos de noche, si consideran bueno o malo el tener turnos de noche, si existen turnos enfermeros anti estrés, si les gustaría realizarlos, si tienen facilidad para cambiar los turnos de trabajo con otros compañeros de trabajo, si ha estado de baja, cuantos días ha estado de baja, si la unidad en la que se encuentra presenta algún tipo de ayuda psicológica para los trabajadores, si existe algún tipo de "temporadas anti estrés", si han tenido alguna vez las siguientes situaciones especiales: discusiones con los pacientes, con los familiares de los pacientes, con los compañeros de trabajo, si ha asistido al fallecimiento de pacientes y si ha recibido reprimendas de los superiores con respecto a su trabajo). También se analizarán los factores de personalidad de cada trabajador (Extraversión, Sociabilidad, Responsabilidad, Neuroticismo y Apertura al Cambio), para ver si existe algún tipo de relación con los diferentes grados de estrés que el personal de enfermería pueda presentar y, si es así, elaborar un perfil de actitud ideal, para que el personal de enfermería pueda desempeñar su trabajo con niveles bajos de estrés en las Unidades de Cuidados Paliativos. En 1995 Vachon[15], comentó en su estudio que el estrés que existe en el cuidado paliativo se debe en gran medida a problemas de la organización y sociales, aunque también se encontraron con la influencia de las variables personales de cada trabajador.

Las enfermeras de cuidados paliativos se encuentran en riesgo de estrés laboral porque su función implica exponerse a frecuentes muertes y a familias que están pasando por el proceso del duelo de su familiar. Se conoce poco su grado de estrés o de si sufren más estrés o *Burnout* que enfermeras de otras disciplinas[3].

El presente trabajo se estructura en los siguientes capítulos:

"Capítulo 1: Cuidados Paliativos". En este apartado se tratarán temas básicos para poder comprender el estudio, tales como las bases y definición de los mismos, el papel que desempeña la enfermería en las unidades de cuidados paliativos, la organización asistencial dentro del sistema sanitario de los cuidados paliativos y las repercusiones psicosociales del personal sanitario puede manifestar al trabajar en este tipo de unidades específicas.

"Capítulo 2: Estrés y desgaste profesional en el personal de enfermería". En este apartado se explicará en qué consiste el *Burnout* o síndrome de estrés laboral asistencial, qué

modelos teóricos existen, las manifestaciones más importantes del síndrome de estrés laboral asistencial y la relación entre el estrés asistencial y la personalidad del personal sanitario.

"Capítulo 3: Objetivos". En este apartado se analizarán los problemas encontrados a la hora de realizar el estudio, los objetivos generales y específicos.

"Capítulo 4: Metodología". Se realizará una descripción de la muestre elegida para el estudio, el diseño, procedimiento y realización del estudio y se explicará el procedimiento de análisis de los datos.

"Capítulo 5: Resultados". Se realizará un análisis de los datos (Análisis descriptivo univariado general, análisis de fiabilidad, estadística descriptiva bivariada y ANOVAS) y se comentarán los resultados obtenidos

"Capítulo 6: Discusión". En este apartado se compararán los resultados alcanzados con los obtenidos en estudios previos.

"Capítulo 7: Conclusiones". En base a los objetivos, se concretarán los resultados.

"Capítulo 8: Bibliografía".

Finalmente se incluye el apartado Anexos: Cuestionario de datos Socio demográficos, *Maslach Burnout Inventory* y *Big Five.*

Nos parece interesante destacar en cuanto a la novedad de nuestro estudio que cuándo se realiza una búsqueda de artículos relacionados con el tema que estamos estudiando, con unas palabras clave bien definidas (Nursing, Burnout, stress, palliative care, gerontology, geriatrics and older people) no se encuentran artículos. Si realizamos diferentes cruces de palabras entre sí, pero eliminado algunas de las palabras claves de nuestro estudio, podemos encontrar que en la mayor parte de los casos las búsquedas no ascienden a más de una treintena de artículos y, en la mayoría de ellos, no existen resultados de los mismos. Todo esto nos lleva a pensar que el presente tema de estudio es novedoso y que no se ha estudiado profundamente en el campo de la enfermería como debiese, para intentar buscar soluciones a los problemas actuales del personal de enfermería de unidades de cuidados paliativos que trabaja con enfermos gerontológicos terminales.

Por todo lo anteriormente citado consideramos que el presente estudio es novedoso con respecto a otro tipo de trabajos ya publicados, porque en nuestro caso en particular se trabaja concretamente con el personal de enfermería que trabaja en unidades de Cuidados Paliativos y con pacientes mayores de 65 años de edad, pacientes gerontológicos. No estamos hablando de manera global de personal sanitario sin más, si no que nos centramos específicamente en un grupo en concreto, el personal de enfermería, sobre el cuál queremos incidir y actuar a posteriori, una vez conocidos los resultados de nuestro estudio. No estamos hablando de unidades específicas como UCI, urgencias u oncología, en las cuáles ya existen estudios donde se indica el grado de estrés de sus trabajadores, porque se sobreentiende que en este tipo de unidades existen grados de estrés de por sí[16]. Creemos que estar en contacto continuo con pacientes que mueren, puede llegar a generar una carga de estrés emocional igual o mayor que en las otras unidades específicas anteriormente citadas.

Capítulo 1: Cuidados Paliativos

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

En las últimas décadas asistimos a profundos cambios en el campo de los cuidados de la salud, justificados fundamentalmente por el aumento de la población de edad avanzada, por el incremento de enfermedades de evolución crónica y de pronóstico grave así como por la aparición de nuevas patologías que ocasionan importante morbilidad y mortalidad[17]. Todo ello hace que el nivel de atención paliativa sanitaria aumente de manera considerable.

El personal sanitario que está más implicado en la atención directa en el cuidado en el paciente paliativo, son los Graduados y Diplomados Universitarios en Enfermería (DUES). El trabajo de los mismos, hace que se conviertan en uno de los eslabones más importantes de la cadena de atención tanto a nivel hospitalario como de los centros gerontológicos.

La enfermería tiene una larga historia de atención holística, centrada en el paciente y en la familia. De este modo, la definición de enfermería ofrecida por la *American Nurses Association* (ANA) destaca el compromiso de la enfermera con el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas a la enfermedad (ANA, 1995)[5].

La educación, la práctica clínica y la investigación relacionadas con la atención para el final de la vida evolucionan de manera continua y, la necesidad de preparar al personal de enfermería y a otros profesionales de la salud para atender a pacientes en fase terminal, se ha vuelto prioritaria.

Los Cuidados Paliativos, el fuerte desarrollo de los mismos y el impulso de los *hospices* modernos se deben al trabajo desarrollado por Cicely Saunders en Inglaterra en la década de los 60 como consecuencia de sus conversaciones con un enfermo agnóstico en fase terminal. Cicely quería estar cerca de los enfermos y decidió que esto podría realizarse al graduarse como trabajadora social sanitaria[18]. Más tarde fundaría el *St. Cristopher´s Hospice*, el cual puede considerarse la cuna del moderno Movimiento *Hospice* y los Cuidados Paliativos[19, 20].

En la Tabla 1 podemos observar algunos precedentes históricos del movimiento *Hospice*[20].

El concepto de hospicio y de cuidados paliativos surgió hace un cuarto de siglo tras el reconocimiento de las necesidades insatisfechas de personas terminales y de los aspectos sociales de los años 60 y 70[21]. Los *Hospices* (Hospicios) son programas coordinados de atención y servicios interdisciplinarios proporcionados, sobretodo en el hogar, a pacientes

con enfermedad terminal y a sus familias y la palabra hospicio proviene de la raíz *hospes*, que significa hospedador.

Tabla 1: Precedentes históricos del movimiento HOSPICE

SIGLO	AÑO	LUGAR	TIPO DE CENTRO	PERSONA
V	400	Ostia	Hospicio en el puerto de Roma	Fabiola, discípula de San Jerónimo
XII		Europa	Hospicios y hospederías medievales	Caballeros hospitalarios
XVII	1625	Francia	Lazaretos y hospicios	San Vicente de Paúl y las Hijas de la Caridad
XIX	1842	Lyon	Hospices o calvaries	Jean Garnier y la Asociación de Mujeres del Calvario
XIX		Prusia	Fundación Kaiserwerth	Pastor Flinder
XIX	1879	Dublín	Our Lady´s Hospice	Madre Mary Aikenhead y las hermanas Irlandesas de la Caridad
XIX	1872	Londres	The Hostel of God (Trinity Hospice), St Luke´s Home y otras protestant Homes	Fundaciones protestantes
XX	1902	Londres	St. Joseph´s Hospice	Hermanas Irlandesas de la Caridad
XX	1967	Londres	St. Chistopher´s Hospice	Cicely Saunders
XX	1975	Montreal	Unidad de Cuidados Paliativos del Royal Victoria Hospital	Balfour Mount

A principios de 1970, cuando en Estados Unidos comenzó a brindarse atención en estos programas, la tecnología se había convertido en la compañera de quienes sufrían una enfermedad grave o terminal[5, 22]. Los hospicios en Estados Unidos no son un lugar, sino un concepto de atención en que se considera el final de la vida como una etapa del desarrollo. En relación a la muerte y los pacientes en estado terminal, Callahan[23] señala que los estadounidenses consideran la muerte como algo que ocurre cuando falla la medicina, lo

que sitúa al estudio de la muerte y la mejoría del proceso agónico fuera del ámbito de la medicina moderna y la atención a la salud.

Las implicaciones de las medidas tecnológicas al final de la vida son aún profundas y afectan la visión social de la muerte. A su vez esta influye en la forma en que los clínicos atienden a los moribundos; en la manera en que familiares y amigos participan en la atención a los mismos; en como entienden y eligen, tanto pacientes como familiares, las opciones de atención para el final de la vida; y en la forma en que las familias se preparan para la enfermedad terminal, la muerte, y en su reacción después del fallecimiento.

El trabajo de Kübler-Ross hizo que se desarrollara un concepto similar de hospicio en Inglaterra, propiciando el reconocimiento de carencias en el sistema de atención a pacientes con enfermedad en etapa terminal[24].

La atención en hospicios surgió como respuesta a las "notables brechas existentes entre:

A. Tratar la enfermedad y tratar a la persona
B. La investigación tecnológica y el apoyo psicosocial
C. La negación general de la muerte de nuestra sociedad y la aceptación de la muerte para aquellos que la enfrentan[22]".

Los principios de los hospicios son los siguientes:

— La aceptación de la muerte.
— La atención total del paciente es manejada de forma más adecuada por un equipo interdisciplinario cuyos miembros se comunican regularmente entre sí.
— El tratamiento del dolor y otros síntomas de la enfermedad terminal.
— La consideración del paciente y su familia como una sola unidad de atención.
— La atención de enfermos terminales en sus casas.
— La atención para el duelo a los miembros de la familia.
— La educación y la investigación deben ser constantes.

Los *Nacional Institutes for Nursing Research*, han asumido el liderazgo en la coordinación de investigaciones relacionadas con la atención para el final de la vida dentro de los

Nacional Institutes for Health[25]. Ningún otro momento en la historia de la enfermería ha sido más propicio para unir investigación, educación y práctica, con el fin de cambiar la cultura de la muerte y producir mejoras necesarias en un tipo de cuidados que es relevante en diferentes ambientes de práctica, grupos de edad y culturales, así como enfermedades.

La *Palliative Care Task Force* de la *Last Acts Campaig*[26], identificó los siguientes principios subyacentes de una aproximación más comprensiva y humana en la atención a los pacientes terminales:

- Respetar las metas, preferencias y elecciones del paciente.
- Atender las necesidades médicas, emocionales, sociales y espirituales del moribundo.
- Utilizar las ventajas de los recursos interdisciplinarios.
- Reconocer y atender las necesidades de los prestadores de cuidados de salud.
- Construir mecanismos y sistemas de apoyo.

1.1. Bases y Definición.

Las bases de los Cuidados Paliativos son la comunicación eficaz, el control de los síntomas, el alivio del sufrimiento y el apoyo a la familia en el marco de un trabajo en equipo. Una buena comunicación, clara y sencilla, es la base de la terapéutica, por lo que es importante que aprendamos y desarrollemos métodos que faciliten la comunicación con el enfermo y la familia, para tener acceso a la realidad de aquél y a sus problemas o anhelos no satisfechos. La enfermedad y la muerte tienen una serie de significados personales y familiares que deben ser bien valorados para poder ser tratados adecuadamente.

Se considera que un enfermo está en Fase Terminal, cuando tras un diagnóstico seguro, se enfrenta con certeza a la proximidad de la muerte en un plazo inferior a 6 meses. En estas circunstancias su tratamiento básico deja de ser curativo para buscar una mayor confortabilidad.

La Atención Paliativa es la atención integral para los pacientes cuya enfermedad no responde a los intentos de curación; la atención también se extiende a sus familiares.

El diagnóstico de enfermos terminales se realiza por exclusión, después de comprobar la falta de respuesta a los tratamientos normalizados y a procesos de rehabilitación, dificultad de comunicación, presencia de estados confusionales y demencia o accidentes cerebrovasculares[27].

Al hablar de Cuidados Paliativos hemos de tener en cuenta en todo momento que nos encontramos ante un paciente que presenta una serie de características propias a este grupo:

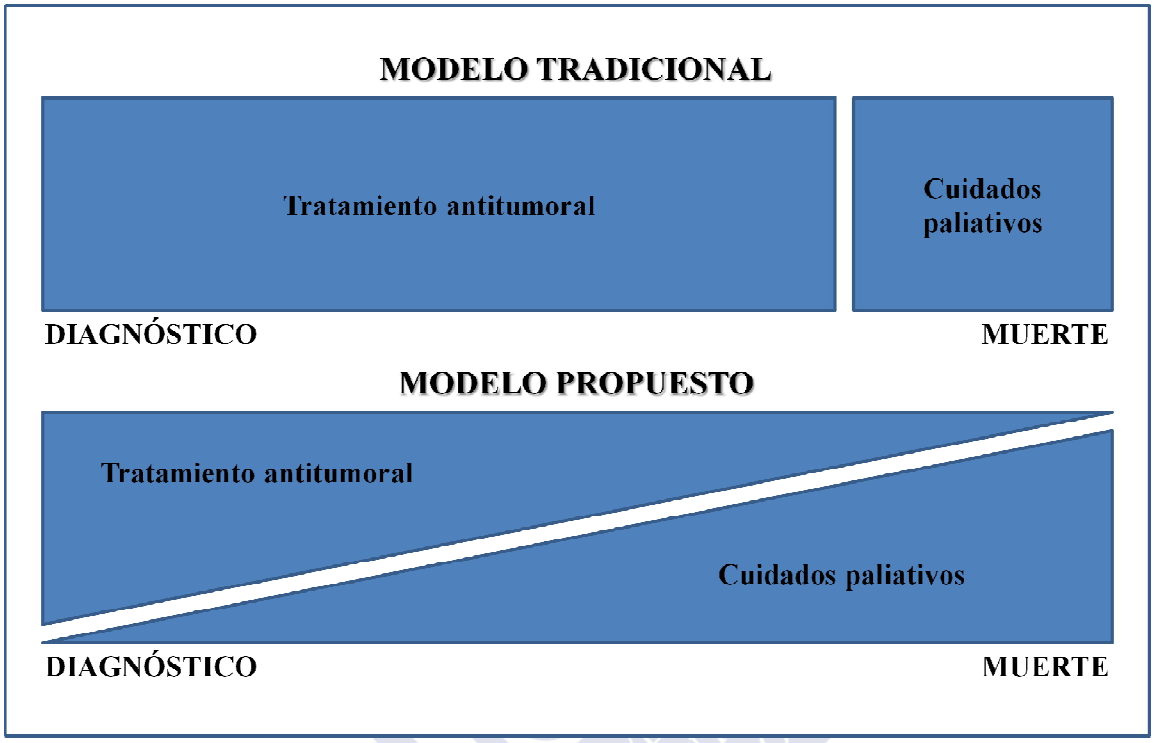
A. Diagnóstico de enfermedad confirmada.
B. Enfermedad que puede ser: avanzada, incurable o progresiva.
C. Falta de respuesta al tratamiento específico
D. Presencia de síntomas: intensos, multifactoriales o cambiantes.
E. Impacto emocional tanto en el paciente como en la familia y en el equipo asistencial.
F. Pronóstico de vida inferior a seis meses[17].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) dedicó su Informe sobre la Salud en el Mundo realizado en el año 2000, a evaluar la calidad de los servicios de salud y como proceder a su mejoría. En el mismo, señalaba que los recursos humanos de un sistema de salud son vitales para un buen funcionamiento de éste y para conseguir que el mismo ofrezca una mejor calidad de los servicios.

Oruezabal, en su publicación de 2005[28], comenta que la OMS, en su análisis técnico serie 804, Ginebra 1990, define "el Cuidado Paliativo como la asistencia activa y total, de los pacientes y de sus familias por un equipo interdisciplinario, cuando la enfermedad del paciente no responde al tratamiento curativo. Así comprende el conjunto de acciones médicas, de enfermería, farmacéuticas, psicológicas, sociales, espirituales, entre otros, que mejoran la calidad de vida de las personas con enfermedad crónica, avanzada, incurable y potencialmente mortal a corto o medio plazo".

Los Cuidados Paliativos no deben limitarse a los últimos días de vida sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades del paciente y de la familia[29]. (Gráfica 1).

Gráfica 1: Modelos organizativos de atención a los pacientes oncológicos y de los cuidados paliativos propuesto por la Organización Mundial de la Salud



Fuente: WorldHealthOrganization. Cancerpainrelief and palliativecare. Ginebra: WHO, 1994. TechnicalReport Series: 804.

Los enfermos no responden a tratamiento curativo, más aún si están en fase avanzada y progresiva. En esta etapa las principales metas serán[30]:

- Proporcionar el alivio y la prevención del sufrimiento.
- Afirmar la vida y considerar la muerte como un proceso normal.
- Integrar los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado de los pacientes.
- Identificar de forma precoz el problema, tratar el dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.
- Colaborar para que el paciente y la familia acepten la realidad.
- Intentar no acelerar ni retrasar la muerte.
- Procurar conseguir la mayor calidad de vida para los enfermos, evitando el uso de medidas desesperadas como el encarnizamiento terapéutico.

Lo anteriormente descrito se conoce también como cuidados intensivos de confort, porque buscan facilitar todo lo que sea capaz de reducir o evitar el sufrimiento al paciente moribundo, bien a través de medios preventivos, curativos o rehabilitadores, e incluso, en ocasiones, de una terapia intervencionista.

En los años ochenta algunos profesionales tomaron conciencia de que existía un modo distinto de atender a los pacientes en fase terminal creando equipos con formación y dedicación específica. En España, personas aisladas buscaron formación y salieron a conocer de cerca los programas de Cuidados Paliativos que ya estaban en marcha en otros países, en este sentido, debemos citar a Jaime Sanz Ortiz, Marcos Gómez Sancho, Juan Manuel Núñez Olarte, Josep Porta, Xabier Gómez y Antonio Pascual entre otros.

La filosofía de los Cuidados Paliativos la incorpora por primera vez en España[19] en noviembre de 1984, por el Dr. Jaime Sanz Ortiz, oncólogo del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander, tras visitar los Hospitales *Royal Marsden, St. Joseph´s Hospice y St. Christopher´s* en Londres[31]. Sanz Ortiz publicó en 1984 el primer artículo que aborda en la literatura española el tema del enfermo terminal.

A raíz de la estancia realizada entre 1986 y 1987 por Josep Porta, especialista en medicina interna y Xabier Gómez, oncólogo, en el *St. Christopher´s Hospice* de Londres, en diciembre de 1987 es reconocida oficialmente la Unidad de Cuidados Paliativos por la dirección del Hospital de Santa Creu de Vic (Barcelona)[20].

Posteriormente, en mayo de 1989, el Dr. Marcos Gómez pone en marcha la Unidad de Medicina Paliativa en el Hospital de Sabinal en las Palmas de Gran Canaria[32] y en diciembre de 1990, se inaugura la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Gregorio Marañón en Madrid. Desde entonces el número de programas que se han desarrollado en España ha experimentado un gran crecimiento añadiéndose cada año una media de 10 nuevos programas[19].

En el año 2001 el Ministerio de Sanidad publicó un documento titulado “Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo” y en marzo de 2007, se aprobó por el Ministerio de Sanidad y el Consejo Interterritorial, la “Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (SNS)”, refrendando el trabajo de consenso entre representantes institucionales y expertos de distintos ámbitos relacionados con la atención en el periodo

final de la vida. El efecto más inmediato desde el inicio de su elaboración ha sido un aumento evidente de la visibilidad de los Cuidados Paliativos en el marco del sistema sanitario español[29].

Un aspecto clave en los programas de Cuidados Paliativos es la puesta en marcha de recursos específicos. Todos los profesionales que atienden a enfermos en fases avanzadas y terminales de la enfermedad, tienen la responsabilidad de aplicar Cuidados Paliativos. Además, en situaciones de complejidad, intervendrán recursos o equipos específicos de Cuidados Paliativos.

La necesidad de la creación de este tipo de Unidades de Cuidados Paliativos en nuestro país se hace patente debido a que en España, según los datos publicados en 2009 por Centeno Cortés y Gómez Sancho en su Manual de Medicina Paliativa[33], anualmente fallecen 380.000 personas, con una tasa media anual de 8.950 por millón de habitantes, pero estas cifras, que son la base para la planificación y respuesta a las necesidades de atención, no deberían difuminar la experiencia única y trascendente de cada ser humano que atraviesa su etapa final.

Se estima que, como mínimo, el 50-65% de las personas que fallecen precisan Cuidados Paliativos. Ello supone entre 4.475-5.800 personas por millón de habitantes y año. De ellas, el 20-25% fallecen por cáncer y el 30-40% por procesos crónicos no oncológicos. A su vez, se calcula que el 60% de los pacientes que fallecen por cáncer y el 30% de los pacientes que lo hacen por procesos crónicos no oncológicos requieren la intervención de equipos específicos de Cuidados Paliativos. De acuerdo con estas estimaciones, entre 1.875-2.415 personas por millón de habitantes y año requerirían la intervención de equipos de Cuidados Paliativos[33].

En España, el número de recursos de Cuidados Paliativos ha aumentado progresivamente desde 1990. En el año 2004 se disponía, según datos del Directorio de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) 2004[21], de 261 programas de Cuidados Paliativos, 139 domiciliarios y 122 hospitalarios. Debe destacarse que existe una gran heterogeneidad en el desarrollo de programas entre las distintas comunidades autónomas. Globalmente, la cifra de recursos es de 6 por millón de habitantes, situándose en onceavo lugar de 22 países de la

Europa Occidental[33]. El número de equipos de soporte es de 1/250.000 habitantes, siendo la tasa recomendada de 1/100.000 habitantes. En cuanto al número de camas de Cuidados Paliativos, se dispone de 25 por millón de habitantes, mientras que existe un amplio consenso sobre la necesidad de un número mínimo de 50 camas por millón de habitantes.

Un análisis crítico de la situación de los Cuidados Paliativos en España muestra como puntos fuertes su progresiva implantación en el sistema sanitario, la existencia de modelos con amplia experiencia de más de 10-15 años, el desarrollo de criterios y políticas de calidad y una valoración muy positiva por parte de los usuarios de la sociedad en general. Entre los puntos débiles y, por tanto áreas de mejora, destacamos la ya referida heterogeneidad entre las distintas comunidades, las intervenciones tardías de los equipos de Cuidados Paliativos, el escaso desarrollo de programas en pacientes no oncológicos y la formación insuficiente en este campo[33].

El modelo actual de Cuidados Paliativos ha de ser aplicado desde el diagnóstico de la enfermedad, atendiendo todas y cada una de sus fases, siendo su objetivo la obtención de la máxima calidad de vida del paciente, previniendo y aliviando el sufrimiento del enfermo y de la familia que está a su cuidado, bajo una concepción integral de la persona enferma, considerando el modelo bio-psico-social como guía para el abordaje terapéutico. Esto condiciona que los elementos esenciales mediante los que han de conseguirse estos objetivos son: adecuado control de síntomas, apoyo emocional, comunicación, soporte espiritual y coordinación de los diferentes niveles asistenciales que intervienen en la atención. La familia del paciente debe ser considerada como un núcleo en la atención, por lo que son la unidad que debemos tratar[34-37].

En la Tabla 2 podemos observar los objetivos generales de la "Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud" establecidos por el Ministerio de Sanidad y Consumo, agrupados en cinco líneas estratégicas: atención integral, organización y coordinación, autonomía del paciente, formación e investigación.

Tabla 2: Objetivos Generales de la "Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud"[29].

Línea estratégica 1: Atención Integral
1. Proporcionar a los pacientes con enfermedad en fase avanzada/terminal y a sus familiares una valoración y atención integral adaptada en cada momento a su situación, en cualquier nivel asistencial y a lo largo de todo su proceso evolutivo.
2. Proporcionar a los pacientes con enfermedad en fase avanzada/terminal una atención basada en las mejores prácticas y evidencias científicas disponibles.
Línea estratégica 2: Organización y coordinación
3. Disponer de un modelo organizativo explícito para que los pacientes reciban Cuidados Paliativos de acuerdo con sus necesidades y en el momento apropiado, adaptado a las distintas situaciones y delimitaciones territoriales.
4. Establecer un sistema organizativo que garantice la coordinación entre los diferentes recursos sanitarios y sociales y promueva acciones integradas.
Línea estratégica 3: Autonomía del paciente
5. Fomentar la aplicación de los principios bioéticos y la participación del paciente en su proceso de acuerdo con los principios, valores y contenidos de la ley de autonomía del paciente y de la legislación vigente en las distintas comunidades autónomas.
Línea estratégica 4: Formación
6. Establecer programas de formación continuada y específica para los profesionales del sistema sanitario a fin de que puedan atender adecuadamente las necesidades de los pacientes con enfermedad en fase avanzada/terminal y su familia.
Línea estratégica 5: Investigación
7. Potenciar la investigación en Cuidados Paliativos.

En base a lo estudiado por Viguria[38], los objetivos de los Cuidados Paliativos Según la OMS son:

- Alivio del dolor y otros síntomas.
- No alargar ni acortar la vida.

- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Reafirmar la importancia de la vida.
- Considerar la muerte como algo normal.
- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y durante el duelo.

Siguiendo las recomendaciones de la SECPAL, las bases de la terapéutica paliativa para pacientes subsidiarios de ella son[31]:

- La Atención integral.
- La unidad a tratar: el enfermo y su familia.
- La promoción de la autonomía y la dignidad.
- La concepción terapéutica activa.

El paciente se enfrenta a una sintomatología multifactorial y cambiante, a un deterioro progresivo y a una incapacidad física que aumenta diariamente, por lo que la dependencia cada día es mayor para los familiares, cuidadores, equipos sanitarios y servicios de urgencias.

Los Cuidados Paliativos, por lo tanto, intentan controlar no sólo el dolor y otros síntomas molestos, sino también el sufrimiento para conseguir que estos enfermos vivan con plenitud sus últimos meses o días y tengan una buena muerte.

1.2. Enfermería en Cuidados Paliativos.

Desde Florence Nightingale, que pensaba que el enfermero debe tratar de situar al individuo en las mejores condiciones para que la naturaleza pueda actuar sobre él, a los conceptos actuales, que afirman que la enfermería cubre las necesidades presentes en todos los individuos, se hace patente que su labor es estar junto al que sufre[30].

El campo de acción de enfermería se extiende a todas las edades, desde el nacimiento hasta la muerte y debe adecuarse constantemente a las necesidades de cada grupo. Aunque su papel tradicional ha sido, y es, el cuidado del enfermo recuperable, en los últimos años ha

adquirido un protagonismo especial los Cuidados Paliativos, que procuran una mayor calidad de vida para los enfermos con procedimientos graves y progresivos incurables[39-41].

Cada vez es más habitual considerar que el enfermo terminal debe ser el principal protagonista de cuidados de enfermería por lo que el trabajo profesional, es y será, procurar su mayor calidad de vida. Este planteamiento, no obstante, requiere una mayor implicación personal y, sobre todo, una mayor preparación del terreno técnico y humano de la enfermería[40, 42].

La enfermería junto con el resto del equipo sanitario, centra su trabajo en aliviar los problemas, proporcionar soporte emocional, facilitar los procesos adaptativos, contribuir a la comunicación paciente-familia y colaborar con los diferentes recursos potencialmente implicados[27].

El centro de las preocupaciones del colectivo enfermero será sentirse útil y humano, poder facilitar la comunicación y el cuidado de los aspectos físicos del paciente.

Poder llevar a cabo todo esto no sólo dependerá de una buena formación general, sino también de una formación específica, ya que la problemática con la que deberá enfrentarse, tiene características propias. En este sentido la madurez personal y profesional, junto con la capacidad de tener una visión global de la situación que atiende, serán aspectos que facilitarán la relación del colectivo de enfermería con el enfermo moribundo y su familia. Si tenemos en cuenta que la enfermedad terminal no sólo tiene implicaciones físicas, sino también emocionales, sociales y espirituales, la valoración deberá ser necesariamente global y los cuidados deberán ir encaminados a atender las necesidades del paciente y su familia, pero siempre teniendo presente esa visión global[27].

La enfermería de Cuidados Paliativos desarrolla su actividad en un contexto donde las habilidades y funciones que le son propias, las debe compartir con la exigencia de trabajar integrada en un equipo. Así pues, su trabajo se ve enmarcado en la necesidad de tener una visión global de las necesidades del paciente y de su familia[27].

El personal de enfermería es responsable de instruir a los pacientes sobre las posibilidades y probabilidades inherentes a la evolución de su enfermedad, así como de apoyarlos a la hora de aclarar sus valores, tomar decisiones sobre su tratamiento y a asumir esta nueva etapa.

La única forma de hacer esto de manera efectiva es tratando de apreciar y entender la enfermedad desde el punto de vista del paciente[5]. Al mismo tiempo, deben ser sensibles y conscientes de los aspectos culturales de cada enfermo a la hora de comunicar temas relativos a la muerte. La disposición de examinar de manera abierta temas relacionados con la enfermedad terminal varía ampliamente de una cultura a otra y la comunicación directa con el enfermo sobre estos temas puede llegar a considerarse dañina[43].

Con el fin de brindar una atención efectiva al final de la vida, centrada en el paciente y su familia, el personal de enfermería debe dejar a un lado sus suposiciones y descubrir el tipo y cantidad de información que el paciente desea recibir dentro de su sistema de creencias[5].

El personal de enfermería en unidades de Cuidados Paliativos presenta una serie de características comunes:

- Es el que pasa más tiempo con los pacientes, sobretodo en el ámbito hospitalario.
- El hecho de compartir con el paciente su proceso hasta la muerte, paso a paso, crea unos lazos de unión básicos y un clima de confianza adecuados para llevar a cabo toda la elaboración y ejecución de los cuidados.
- Tiene una labor de coordinación, de nexo con el resto de miembros del equipo y con los diversos servicios de asistencia que se ofrecen al paciente.
- Tiene una mayor proximidad en la comunicación. El personal de enfermería sirve de puente entre el médico y el paciente a la hora de facilitar la comprensión de información (habitualmente si no entiende al médico, se lo pregunta al personal de enfermería).

Existen una serie de problemas en relación con la enfermería que se dedica a este tipo de cuidados que Ferrer[44] distribuye en cinco apartados o áreas:

a. Problemas en la parte técnica.

Los problemas existentes en la parte técnica son, entre otros, los siguientes: gran variabilidad en la presentación de los síntomas y causas multifactoriales; variabilidad de la respuesta a tratamientos; necesidad de aprendizaje de nuevas técnicas y tratamientos farmacológicos; y, el factor tiempo.

Debido a la evolución de los distintos avances técnicos, nutricionales y farmacológicos, se ha producido una mejora en la calidad de vida y funcionalidad de personas con enfermedades avanzadas, logrando de este modo reducir o retrasar algunas de las complicaciones propias de sus patologías.

b. Problemas con la comunicación y atención a las personas.

Una de las bases de la atención a los enfermos es la comunicación y el soporte emocional, debido a la especial vulnerabilidad de los mismos.

Los problemas con la comunicación y atención a las personas pueden ser los siguientes:

- Implicación
- Estrés por situaciones semejantes a la propia
- Atención a la familia
- Aumento de las exigencias emocionales demandadas por el enfermo y la familia
- Trabajo en equipo
- Relación frecuente con la muerte

La comunicación entre personas es un instrumento que sirve para favorecer la relación entre ellas, más aún en el caso de la relación paciente-sanitario. Posee unas instrucciones de manejo que hay que aprender y saber utilizar[45] porque la comunicación, puede favorecer o dificultar extraordinariamente el proceso de atención y la calidad de vida del paciente y de su familia.

c. Problemas por déficit de formación.

Si el personal de enfermería no posee una adecuada formación en su campo, surgirán una serie de problemas que influirán de forma significativa en su trabajo.

- Escasa formación técnica en habilidades y actitudes específicas para tratar a enfermos en fase terminal:
  - Controlar síntomas.

- Abordar aspectos psicosociales de la muerte.
- Duelo.
- Priorizar y crear una flexibilidad organizativa.
- Atender a la familia.

— Autocontrol.

— Manejo del estrés.

— Trabajo en equipo.

Los profesionales que no disponen de formación en Cuidados Paliativos suficiente, o entrenamiento en algunas actividades específicas, tienen mayor riesgo de padecer síndrome de estrés laboral asistencial (*Burnout*). En la actualidad, muchos profesionales de enfermería no cuentan con conocimientos especializados en esta área y, aun así, los pacientes reciben una adecuada asistencia por parte de dichos profesionales. Dado que los programas de formación en medicina o enfermería son deficientes en estos aspectos sería conveniente desarrollarlos en el futuro para que no se produzcan este tipo de situaciones. La educación, la práctica clínica y la investigación relacionadas con la atención al final de la vida evolucionan de manera continua y la necesidad de preparar al personal sanitario se ha vuelto prioritaria. En este sentido el hecho de que la OMS en la definición de los Cuidados Paliativos haya pasado de "especialidad" a "estrategia"[46], indica un avance en la necesidad de lograr una mejor práctica clínica o especialidad.

d. Problemas relacionados con la madurez o recursos personales.

El personal de enfermería, al igual que el resto del equipo médico, cuentan con factores personales que actuarán como favorecedores o como estresantes en el desarrollo de su profesión, tales como: la edad, los años de experiencia, la situación familiar, la motivación, los valores personales, los estilos de afrontamiento, el carácter, las experiencias previas, la salud, la formación y las habilidades de comunicación. Problemas también relacionados son, entre otros, las expectativas de la profesión, la vivencia del fracaso ante la muerte, el carácter "muy" perfeccionista y la existencia de antecedentes de enfermedad psiquiátrica.

e. Problemas con relación al modelo de atención.

> El modelo de atención debe ser claro y aplicable, en caso contrario pueden surgir diversos problemas: organizativos; de recursos humanos y materiales; entre los profesionales que componen el equipo; la falta de definición del rol profesional; la participación en la toma de decisiones y el ambiente de trabajo. Existen otros factores que aumentan la incertidumbre profesional, como la dependencia de otros estamentos, la falta de autonomía y la dificultad para tomar decisiones[47].

Además de los problemas técnico-laborales anteriormente citados, hemos de tener en mente, que el tipo de enfermedad que presenta el paciente, la evolución de la misma y/o la relación con la familia puede ser fuente de malestar para el trabajador. Para evitar de algún modo dicha situación, Borrel[47] en 1998 especificó un modelo de atención para enfermos de Cuidados Paliativos, donde los principales objetivos son los siguientes:

- Acompañar a los profesionales jóvenes o con poca experiencia.
- Trabajar realmente en equipo: definir el rol ocupacional y las competencias de cada trabajador; buscar una dinámica funcional con espacios y tiempos; realizar un modelo participativo de trabajo y utilizar una metodología apropiada en la toma de decisiones y sesiones clínicas.
- Posibilitar la expresión de dudas, angustias, sufrimiento y revisión de situaciones difíciles.
- Generar buen ambiente de trabajo.
- Seleccionar el personal con un perfil profesional adecuado.
- Formación paliativa específica.

Es necesario hacer hincapié en el último de los objetivos enumerados, la formación paliativa específica. Existe un documento elaborado por la SECPAL[31] donde se recomienda que la formación en Cuidados Paliativos debe contemplar y adquirir una amplia base de conocimientos específicos, desarrollar habilidades en la aplicación de los conocimientos y demostrar actitudes que reflejen los atributos humanos y éticos de la práctica. Una buena

formación ayuda a los profesionales de enfermería a trabajar con seguridad, les da confianza y sirve para disminuir algunas dificultades que conlleva la atención de estos pacientes en fase terminal. Algunas de las áreas recomendadas de formación por la SECPAL son la capacitación técnica, la formación en habilidades de comunicación y la formación en trabajo en equipo.

Si tenemos en cuenta la problemática descrita, el personal de enfermería, puede llegar a una situación de agotamiento emocional, produciéndose, un distanciamiento con el enfermo o por el contrario, una identificación con sus problemas, repercutiendo en un deterioro de la relación interpersonal, con consecuencias negativas, tanto para el enfermo como para el cuidador[27]. Así, debido a las condiciones de trabajo el personal de enfermería puede llegar a padecer ansiedad, palabra que deriva del latín *anxietas* que significa inquietud o zozobra del ánimo con sentimiento de incapacidad e inseguridad ante la anticipación de un peligro futuro. La ansiedad es un estado emocional desagradable, caracterizado por la vivencia del temor difuso y por varias sensaciones somáticas activadas por la percepción de riesgo[6].

Ferrer[44] nos recuerda que también existen factores personales que dependen únicamente del propio individuo y sobre los cuales no se puede incidir, pero el ambiente y la organización pueden actuar como facilitadores de otros positivos tales como: la madurez, los recursos personales, el auto cuidado, generar un buen ambiente de trabajo, la autoestima, el humor, las actividades lúdicas y la busca intereses fuera del trabajo, para intentar reducir el posible estrés.

Estudios psicológicos y sociológicos realizados en la actualidad, muestran que las profesiones sanitarias son estresantes. En 2007 Raggio B. y Malacarne P.[48], observaron la presencia de *Burnout* en trabajadores de Unidades Especiales, existiendo para ellos una gran carga de estrés. Las tensiones relacionadas con el trabajo desarrollado en el medio hospitalario, así como las tensiones en la vida cotidiana siguen fundamentalmente dos vías, una psicológica y otra fisiológica. La tensión laboral que surge en el trabajo clínico está relacionada con factores tales como: la complejidad del trabajo, la cantidad de pacientes por atender, los problemas con los familiares, el choque del sistema o fricciones con los compañeros de trabajo, entre otros. Estas tensiones pueden producir consecuencias que se traducen en conductas desfavorables como absentismo laboral, desempeño alterado de la

profesión, inhibición, apatía, falta de energía, tristeza, frustración y angustia. Todas estas manifestaciones forman parte del espectro de consecuencias del desgaste profesional, las cuales convierten a estos profesionales en un grupo de riesgo para las enfermedades crónicas[32, 48].

Los profesionales sanitarios tienen unas tasas de morbilidad psicológica superiores a las de la población en general[49] y, dentro del colectivo sanitario, los profesionales de enfermería, serán los que más directamente sufrirán y vivirán esta situación tensa que genera la muerte a corto plazo, debido a que hace que la enfermera tome conciencia de su propia finitud y de las pérdidas que ha sufrido a lo largo de la vida y porque es el colectivo que más horas pasa al lado del enfermo y de su familia. Todo esto lo han plasmado en 2009 Martínez[50] y su equipo en un artículo sobre el síndrome de *Burnout* en profesionales de enfermería de Cuidados Paliativos del País Vasco, afirmando que el personal de enfermería posee estrés en este tipo de unidades específicas en comparación con la población en general.

Por otro lado, existen muchas personas que, a pesar de sufrir diariamente estrés, nunca llegarán a enfermar. Esto se debe a que pueden desarrollar diferentes recursos adaptativos eficaces para hacer frente a las dificultades que les plantea la vida, es este caso una situación estresante en su puesto de trabajo[6]. Es debido a que el perfil de actitud de dicho trabajador favorece el desarrollo del trabajo en este tipo de centros y minimiza el nivel de estrés.

1.3. Organización asistencial.

El modelo de atención compartida requiere la coordinación entre los distintos niveles de los sistemas de servicios sociales y del sistema sanitario con el objetivo de garantizar una atención integral, así como la colaboración entre el sector público y el sector privado[51].

La red asistencial está integrada por el paciente y su familia como unidad básica, atención primaria, unidades de atención domiciliaria, unidades de hospitalización a domicilio, atención especializada y servicios sociales[52, 53].

1. Paciente y familia:

Ambos, paciente y familia, deben ser valorados como una unidad, de hecho, la familia constituye el principal apoyo social de los pacientes en nuestro país. El soporte familiar permitirá crear un ambiente de tranquilidad facilitando al paciente aceptar la enfermedad, el tratamiento y las posibles complicaciones.

2. Atención primaria:

En el ámbito de la atención primaria, el personal sanitario provee el cuidado personal, comprensivo, coordinado y continuo al paciente y familia, estando en una posición ideal de proporcionar apoyo en el proceso de morir.

3. Atención especializada:

Se caracteriza por una asistencia altamente tecnificada preparada para la resolución de síntomas especialmente complejos y que actúan de apoyo a las unidades de Cuidados Paliativos. Este sería el caso, entre otras, de la colocación de prótesis, ostomías, antibioterapia endovenosa y nutrición parenteral.

4. Atención domiciliaria:

La atención domiciliaria dirigida a los pacientes con cáncer en situación terminal se ha ido incluyendo como parte de la cartera de los centros de salud españoles. Mantienen la continuidad de la atención, sin que la asistencia quede fragmentada por el grado de afectación o de incapacidad del paciente. El equipo es responsable del paciente a lo largo de toda su vida, no sólo en ciertos episodios concretos de manera aislada. Por ello la atención domiciliaria ha sido incluida como una actividad más a desarrollar por los equipos de atención primaria.

5. Hospitalización a domicilio:

La hospitalización a domicilio podría definirse como un servicio en el que se dispensa atención médica y cuidados en el domicilio del paciente, con una intensidad y frecuencia comparable a la que se le habría proporcionado en el marco de una hospitalización convencional. Los pacientes atendidos por estas unidades han de presentar una situación de estabilidad clínica y generalmente se excluyen aquellos pacientes que presentan un elevado riesgo de padecer una complicación, no considerando una complicación el posible

fallecimiento del paciente ya que se considera un proceso natural de evolución de la enfermedad.

6. Servicios Sociales:

El desarrollo de los servicios sociales formales comunitarios e institucionales de ayuda a la asistencia domiciliaria han sido, fundamentalmente, para personas con discapacidad y ancianos. No se dispone de diseños particulares para la atención a personas con enfermedades en fase terminal.

Algunos de los recursos sociales para la asistencia a domicilio son los centros de día, los servicios de tele asistencia, servicios de ayuda a domicilio y programas de adaptación a domicilio.

La organización asistencial en Cuidados Paliativos surge como una respuesta a la situación de inadecuada asistencia que sufren las personas con enfermedades terminales. De hecho, algunas razones que explican esta situación son:

- Insuficiente formación de profesionales en los distintos aspectos de la atención paliativa, tales como control de síntomas, comunicación eficaz y prevención del duelo.
- Falta de desarrollo de un sistema de hospitalización de uso sub-agudo o crónico coordinado con los equipos de atención domiciliaria para garantizar la continuidad de los cuidados.
- Falta de trabajo en red entre los distintos sistemas implicados en la atención paliativa. Entre otros, oncología, atención primaria, asistencia a domicilio y sistema social.
- Problemas en la aceptabilidad a los opioides, principales medicamentos del tratamiento de dolor por cáncer[28].

Los equipos de asistencia domiciliaria para enfermos terminales están compuestos por profesionales de distintas áreas. Como mínimo debe contar con un médico, un DUE y un trabajador social y sería aconsejable el apoyo de un psicólogo y, según la situación del paciente, de otros especialistas. Este equipo debe ser el encargado de formar a la familia en

los cuidados que necesitará el paciente. La estructura del equipo debe ser horizontal y con un responsable, tomando las decisiones de mutuo acuerdo. Los distintos equipos domiciliarios deben estar integrados en una estructura que les permita trabajar con un programa común y de forma coordinada[19].

1.4. Repercusiones psicosociales de los cuidados paliativos en el personal sanitario.

El origen de la formación de grupos surge de la necesidad de lograr resultados u objetivos que difícilmente se podrían conseguir individualmente. Lo que forma un equipo es el hecho de hacer las cosas juntos.

La colaboración interdisciplinaria se distingue de la práctica multidisciplinaria en que la primera se basa en la comunicación y cooperación entre varias disciplinas y, en la segunda, cada miembro del equipo contribuye a un solo plan de atención a las necesidades del enfermo y de su familia.

El equipo multidisciplinar debe dar respuesta a la variedad de necesidades de los enfermos; al nivel de control de síntomas físicos, de problemas psicológicos, sociales y espirituales y de las necesidades de sus familiares y seres queridos, que a veces perduran más allá de la muerte del enfermo. Es preciso que haya un conjunto de profesionales con los conocimientos y competencias diversificadas.

Ayudar a la persona con una corta esperanza de vida, requiere un conjunto de habilidades y conocimientos profesionales tan amplio que el abordaje debe realizarse desde un equipo interdisciplinar de facultativos, médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos… y, de esta manera, se intentará conseguir la mejor calidad de vida tanto para el enfermo como para su familia.

Cada uno de los miembros del equipo ejerce una acción dentro de su área de competencia, muchas veces sin grandes interacciones entre ellos, sin embargo esta interacción es indispensable. Hablar de trabajo en equipo implica una buena comunicación entre las personas que lo componen.

Existen conocimientos y habilidades específicas, en función de los integrantes del equipo interdisciplinario:

— El médico piensa más en la medicación

— El personal de enfermería atiende el modo de aplicar el tratamiento y, al mismo tiempo, piensa en medidas no farmacológicas que pueden ayudar al paciente

— El psicólogo explica cómo controlar la repercusión emocional del síntoma y sugiere medidas para disminuir la ansiedad

— El trabajador social se ocupa de la atención a la familia, detección de problemas y búsqueda de soluciones para los mismos[33].

Como miembro del equipo interdisciplinario que cuida del paciente al final de su vida, el personal de enfermería desempeña un papel importante para facilitar la comprensión de los valores y preferencias del enfermo, sobre la dinámica familiar relacionada con la toma de decisiones y sobre la respuesta de la persona y sus familiares al tratamiento y al cambio en el estado de salud. Muchos dilemas relacionados con la atención del paciente al final de la vida se deben a una comunicación deficiente entre los miembros del equipo, el paciente y familiares[5].

El personal sanitario que atenderá a los pacientes terminales debe cumplir un determinado perfil[30]:

— Calidad humana, capacidad para escuchar y empatizar con los enfermos y sus familiares.
— Competencia profesional para llevar a cabo su labor paliativa con la mayor eficacia posible.
— Cualidades para realizar un trabajo en equipo. En especial, respeto hacia las opiniones de los demás miembros del mismo y apoyo sincero y afectivo hacia la labor profesional positiva que desarrolle cada uno de ellos.

El equipo de asistencia domiciliaria desarrolla su actividad dentro de la medicina paliativa, actuando como un conjunto dentro de otro conjunto, por lo tanto, debe interactuar y realizar una serie de actividades en común[19]:

— Mantener una fluida vía de comunicación, que facilite el trabajo con el resto del equipo.

- Informar a los familiares del riesgo de acudir a los servicios de guardia.
- Facilitar la labor de los posibles ingresos hospitalarios.
- Revisar los criterios de inclusión en el programa domiciliario ajustándolos a las necesidades de los pacientes, para evitar la sobrecarga del equipo domiciliario.
- Informar al resto del equipo del nivel de pacientes que podemos asumir en cada situación.
- Facilitar la información clínica del paciente, en caso de cambios en la situación clínica y familiar del enfermo, de consultas externas a hospitalización a domicilio y viceversa.

El cuidado continuo con enfermos en etapa terminal con dolor y sufrimiento es, sin duda, una de las mayores fuentes de estrés[32], especialmente para aquellos profesionales que no están familiarizados con un enfoque realista en este trabajo, debido a la cantidad de emociones experimentadas tanto entre los pacientes, como entre quienes les cuidan.

La muerte es particularmente estresante para el personal de enfermería de Cuidados Paliativos cuando el paciente es joven o se ha establecido una relación muy cercana con él, o cuando se suceden varias muertes en un breve espacio de tiempo (véase la publicación de Vargas-Caza ER, et al.[54]).

El sentimiento de sobrecarga y la presión asistencial, junto con su efecto en la vida familiar, son importantes factores que contribuyen al estrés de los profesionales en Cuidados Paliativos.

Trabajar en equipo implica un mayor contacto e interacción con otros profesionales, lo cual unas veces resulta satisfactorio y otras genera roces, malestar o conflictos personales[33].

La existencia de un grupo o equipo, no asegura que el trabajo se esté realizando en equipo. El personal de enfermería sigue siendo un subgrupo de alto riesgo y debe ser especialmente considerado porque[30]:

- Pasa mucho tiempo con los pacientes y sus familiares.
- Está sometido a elevadas demandas físicas y emocionales.
- Se involucra en el cuidado del enfermo con un alto nivel de intimidad.

— Está en contacto frecuente con el sufrimiento, el dolor, la angustia y la inminente muerte.
— Carece de tiempo para la realización de las tareas.
— No siempre recibe el apoyo que necesita.
— La falta de comunicación con los compañeros a nivel vertical y horizontal provoca agotamiento emocional.

Con frecuencia, el personal sanitario se implica demasiado con algunos pacientes y, cuando se produce la muerte, el impacto emocional es verdaderamente fuerte. Durante el proceso sufren con la familia, lloran con ella y cuando llega la muerte siguen sufriendo. Si este hecho se repite a diario, repercute en el estado de ánimo del equipo. Por ello, estos profesionales deben desarrollar mecanismos de protección individual y en equipo para superar esta situación. En los ambientes hospitalarios, donde la muerte, el duelo y la pérdida son resultados esperados de la atención al paciente, los profesionales interdisciplinarios cuentan con sus colegas para obtener apoyo. Utilizan las reuniones para expresar frustración, ira, tristeza y otras emociones y, de este modo, aprender habilidades de afrontamiento, para poder hablar sobre la forma en que le han afectado las defunciones acaecidas desde la última reunión.

Puede ser conveniente cambiar de paciente cuando el trabajador sienta que va a implicarse demasiado. Es un mecanismo de defensa pensar, y hacer partícipe a la familia, que el proceso de la muerte se ha cuidado, que el paciente no ha sufrido y la familia ha recibido los cuidados demandados. Otra experiencia positiva es tener la sensación de haber participado con la familia en estos momentos tan importantes y de haber ayudado, en la medida de lo posible, a resolver sus preocupaciones o, por lo menos, haberlo acompañado[9]. Así, en determinados ambientes, los miembros del personal organizan o asisten a los servicios funerarios para apoyar a los familiares y a cuidadores, aunque en otros se considera que es contraproducente ya que al haber una mayor implicación también puede aumentar el estrés.

Para evitar el estrés y ansiedad en el trabajo es necesario que el personal se comporte de forma natural, marcarse un objetivo realista y alcanzable, diversificar las actividades que realiza y, en el momento que surja un problema, tratar de afrontarlo.

Las principales causas del síndrome de agotamiento en los sanitarios, debido al trabajo con enfermos terminales, son las siguientes:

- Proporcionar cuidados a pacientes terminales.
- Mantener un contacto continuo con el sufrimiento humano.
- Apoyar a familias y enfermos exigentes y conflictivos.
- Carecer de preparación para resolver problemas médicos y espirituales de los pacientes.
- Trabajar en nuevos servicios.
- Contar con medios de trabajo insuficientes, tanto materiales como humanos.
- Afrontar situaciones de emergencia y sobrecarga en el trabajo cotidiano.
- Ausencia o descoordinación del trabajo en equipo.
- Existencia de conflictos con algún compañero.
- Disparidad de la situación laboral de los profesionales implicados.
- Falta de innovación laboral e indefinición de tareas.
- Establecimiento de objetivos inalcanzables y poco realistas.
- Percibir un control excesivo por parte de los superiores.
- Falta de reconocimiento o indiferencia del trabajo realizado por parte de los pacientes, los superiores y los compañeros.

El personal de enfermería que atiende a los pacientes terminales es más proclive a sufrir, con el tiempo, desencanto o falta de estímulo en su trabajo, en particular los que tienen estándares personales muy altos, los más autocríticos y los que trabajan por la noche donde deben asumir mayores responsabilidades. Estos problemas se agravan si existe incomprensión de la administración hospitalaria hacia las diversas circunstancias de desgaste emocional a las que están expuestos.

Algunos miembros del personal de enfermería encuentra difícil manejar las peticiones del paciente para continuar con el tratamiento activo, al no aceptar que está falleciendo, mientras que otros experimentan frustración ante un mal control de los síntomas.

Según Flórez[55], varias investigaciones demuestran que este fenómeno tiene antecedentes en la profunda y temprana insatisfacción de los profesionales sanitarios desde sus años de estudio, que ven la profesión médica y de enfermería cada vez menos atrayentes. El

servicio nocturno, el trabajo en los fines de semana, los turnos fijos y largos, el trabajo duro, los bajos salarios en comparación con la alta responsabilidad y el esfuerzo realizado, son algunos de los factores conducentes al estrés en los profesionales. Ante tales sentimientos de insatisfacción, el profesional sanitario reacciona con tres actitudes bien definidas: permanecer callado, continuar en la institución protestando o dejar el puesto de trabajo, dejando huellas psicológicas de resentimiento, agresividad y frustración. Como prueba de ello observamos que ha sido estudiado por Quiroz y Saco[56] en 2000, donde a mayor satisfacción laboral menor presencia de indicadores de *Burnout*. Otros muchos autores[57-60] llegaron a la misma conclusión donde existe una clara relación entre el grado de satisfacción laboral y el *Burnout.*

Para ser más eficaces y sentirse satisfechos con la atención que proporcionan, el personal de enfermería necesita atender sus propias respuestas emocionales a las pérdidas que se presentan a diario. Antes de que el trabajador exhiba signos de estrés o Agotamiento Emocional, debe reconocer la dificultad de afrontar el dolor de los demás de manera cotidiana, y recurrir a prácticas de salud que le resguardaran de dicho agotamiento. Para intentar prevenirlo existen una serie de hábitos personales saludables, que incluyen una dieta adecuada, ejercicio, actividades para reducir el estrés (yoga, taichí, meditación,…) y un sueño reparador que valen de ayuda.

En muchos casos las tensiones, frustraciones laborales y personales, convergen dando lugar a una especie de claudicación adaptativa que dificulta enormemente la calidad de vida tanto del profesional como del paciente que es atendido por él[61].

El modelo formulado en el trabajo de Yates, Tennstedt y Chang[62], parten de la consideración de que el número de horas de cuidado al paciente, unido al efecto de otras variables contextuales, llevan a la percepción de sobrecarga del cuidador. Finalmente, esta percepción de sobrecarga conduce al estrés y a la depresión[63].

Tanto la psiquiatría como la psicología actual, cuentan con modelos eficaces de intervención para la prevención y control del estrés laboral de los profesionales sanitarios. Centrándonos en el personal de enfermería, sería necesaria la reducción de la sobrecarga de

trabajo, establecer un horario estable y turnos adecuados. Es posible y necesario luchar para mejorar la calidad laboral del trabajador y, ante todo, la satisfacción del enfermo[6].

Dado el actual envejecimiento de la población, el futuro profesional de la enfermería tendrá que atender a un elevado número de personas ancianas en su proceso de morir[64]. En varios estudios citados por Neimeyer[65], se pone de manifiesto que el personal de enfermería no está motivado para trabajar con este tipo de enfermos gerontológicos terminales. Este autor sugiere que quizás la actitud hacia la propia muerte puede tener una gran influencia en las actitudes hacia los ancianos. Es decir, las actitudes negativas hacia los ancianos pueden estar mediatizadas por la ansiedad hacia la muerte[27].

Sin embargo, aún cuando nuestros condicionamientos culturales sean fuertes, es posible aprender a recibir la muerte con serenidad, sin miedos[66] ya que morir no tiene que ser, necesariamente, un hecho desgraciado.

La actitud de los clínicos hacia las personas con enfermedad terminal y que se encuentran agonizando sigue siendo la principal barrera para mejorar la atención al final de la vida.

Kübler-Ross[67] atendió las preocupaciones de los enfermos graves y moribundos en su trabajo original *On Death and Dying,* publicado en 1969. En esta época era común que se ocultara información a los pacientes sobre los diagnósticos sobre enfermedades que amenazaban la vida, sobretodo el cáncer, y que el equipo médico y de enfermería evitaran hablar con el paciente sobre la muerte y la agonía[68].

La renuncia de los clínicos a hablar abiertamente de la enfermedad y de la muerte con sus pacientes se deriva de sus propias preocupaciones sobre la misma, así como de interpretaciones erróneas sobre qué y cuánto quieren saber los pacientes sobre sus enfermedades.

En un estudio temprano sobre las personas que agonizan en un ambiente nosocomial, los sociólogos Glaser y Strauss[69], descubrieron que los profesionales de la atención a la salud en dicho ámbito evitan la comunicación directa sobre la muerte con la esperanza de que el enfermo lo descubra por sí mismo. Identificaron cuatro “contextos de toma de conciencia”, descritos como la toma de conciencia del paciente, del médico, la familia y otros profesionales de la salud, sobre el estado del enfermo y su reconocimiento de la toma de conciencia de los demás:

— **Toma de conciencia cerrada**: el paciente no conoce su estado terminal, pero otros sí están al tanto de su situación. Puede que esto se deba a una "conspiración" entre la familia y entre los profesionales para no comentarle nada al enfermo, por miedo a que este último no sea capaz de enfrentarse al conocimiento total de la situación.

— **Toma de conciencia bajo sospecha**: el enfermo sospecha lo que saben los demás e intenta descubrirlo.

— **Toma de conciencia con simulación mutua**: el paciente, la familia y los profesionales de la salud son conscientes de que el paciente se está muriendo, pero fingen que no es así.

— **Toma de conciencia abierta**: todos son conscientes de que el individuo está muriendo y son capaces de reconocer esta realidad de forma abierta.

Glasser y Strauss[69] también identificaron un patrón de conducta clínica en aquellos que temían hablar sobre la muerte o se sentían incómodos al hacerlo; estas personas desarrollaban "mitologías personales" para valorar el nivel de información que el paciente deseaba saber en realidad. Un ejemplo de ello, podía ser: los clínicos evitaban la comunicación directa con los enfermos sobre la gravedad de su padecimiento con base en sus creencias de que el paciente ya sabía la verdad y haría preguntas cuando de verdad quisiera saber algo; o bien el paciente perdería toda esperanza, se rendiría o sufriría daños psicológicos como consecuencia directa de conocer su estado.

Los hallazgos de Glasser y Strauss se publicaron hace más de 35 años, sin embargo, sus observaciones son válidas aún en la actualidad. Aunque un número cada vez mayor de proveedores de atención a la salud se siente más cómodo con la valoración de las necesidades de información del paciente y de la familia, y con la comunicación de información honesta sobre la gravedad del enfermo, muchos evitan todavía el tema de la muerte con la esperanza de que el paciente indague y que lo descubra por sí mismo. A pesar de los avances en muchos frentes de atención a la salud, quienes trabajan con moribundos han identificado la persistencia de una "conspiración de silencio" sobre la muerte[70].

Capítulo 2: Estrés y desgaste profesional en el personal de enfermería

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Un concepto clave que debemos considerar para entender el *Burnout* es el "estrés", la palabra en sí no tiene más de 60 años, pero a pesar de esto nos encontramos que acompaña al ser humano desde sus orígenes. Según el diccionario terminológico de Ciencias Médicas el estrés se define como la agresión contra un organismo vivo o, también, el conjunto de reacciones biológicas y psicológicas que se desencadenan en el organismo cuando se enfrenta de forma brusca con un agente nocivo, cualquiera que sea su naturaleza[71]. El estrés en el trabajo se puede definir como un conjunto de reacciones nocivas, tanto físicas como emocionales, que ocurren cuando las exigencias del trabajo superan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador, pudiendo provocar tanto enfermedades físicas como psíquicas[72].

Otras definiciones serían:

- Esfuerzo agotador para mantener las funciones esenciales al nivel requerido.
- Frustración y amenaza, que no pueden reducirse.
- Situaciones nuevas e intensas rápidamente cambiantes e inesperadas[17].

El término estrés hace referencia a tres cosas a la vez. Se puede considerar como un estímulo estresante (sobrecarga de trabajo), como una respuesta de estrés (aumento de la tensión arterial) o como una transacción o relación interpersonal estresante (conflictos interpersonales[6]).

Existen una serie de agentes estresantes:

1. Agentes Físicos, por ejemplo, ruido elevado.
2. Agentes Bioquímicos, por ejemplo, infección vírica.
3. Agentes Psicosociales, por ejemplo, situaciones novedosas, incertidumbre, falta de control sobre la situación, desempleo y falta de contactos sociales[6].

El desgaste profesional que sufre el personal de enfermería, se caracteriza por la “pérdida progresiva del idealismo, la energía y el propósito, experimentado por personas dedicadas a las profesiones de ayuda, como consecuencia de las condiciones de su trabajo[73]". La causa raíz del desgaste profesional estriba en la necesidad de las personas de creer que su vida tiene un significado y que las cosas que hacen son importantes y significativas[49].

El estrés y el desgaste profesional han sido asuntos de interés desde el principio en los Cuidados Paliativos[15]. La *European Agency for Safety and Health at Work*[74] afirmó que, "hay un consenso creciente sobre la definición de estrés relacionado con el trabajo por las "interacciones" entre los empleados en su ambiente de trabajo. Dentro de este modelo puede decirse que el estrés se experimenta cuando las exigencias procedentes del ambiente de trabajo superan la capacidad del empleado para hacerles frente, o controlarlas[49]".

Los componentes del modelo secuencial estrés-respuesta-consecuencia son los siguientes:

- Los estresores, son factores activadores y determinantes, internos o externos, capaces de cambiar el estado presente de un individuo y producir notables reacciones físicas y/o psicosociales.
- Las Reacciones, son respuestas individuales biológicas o psicosociales ante un estresor.
- Las Consecuencias, son secuelas de las reacciones pudiendo ser biológicas, sociales, positivas o negativas.
- Los Mediadores, son características personales o ambientales que modifican la secuencia estrés-reacción-consecuencia. Pueden servir como protección en cada paso del proceso.

Son tantos los estresores diarios que sufre el personal de enfermería, todos ellos inherentes al desarrollo de su actividad, que no sólo es una de las profesiones con mayor estrés laboral, sino la profesión con un mayor índice de deserción y abandono[75, 76].

El estrés es un fenómeno multicausal presente de forma constante en la práctica clínica y sus consecuencias no tienen por qué ser negativas, sino ser fuente de mayor apoyo[17]. Surge a través de los intercambios de la persona con el ambiente. Es en esa relación individual donde los mismos estímulos pueden tener una respuesta positiva o negativa, un mismo agente estresante puede tener repercusiones positivas para un individuo y negativas para otro, por ejemplo, lo que para un trabajador es sinónimo de estrés, ser nuevo en una unidad, puede ser entendido por otro como una fuente de desarrollo profesional. El estrés como fenómeno negativo se produce cuando las personas han de afrontar situaciones de presión y

demandas excesivas, sin tener los recursos adecuados o sin saber muy bien como encontrarlos[77].

El estrés es inherente al personal de enfermería y especialmente en la oncología y en los Cuidados Paliativos. Los pacientes que "queman más" son[78]:

- Pacientes terminales.
- Pacientes de oncología, anoréxicos y de psiquiatría.
- Pacientes de UCI, los cuales necesitan estar conectados a multitud de aparatos para su recuperación.

La asistencia en Cuidados Paliativos y oncología requiere un trabajo personal y profesional constante en la búsqueda del equilibrio entre las demandas y los recursos. Aún así, podemos señalar que algunos aspectos de la enfermedad avanzada y terminal, como el sufrimiento y la muerte, pueden permanecer a pesar de disponer del apoyo.

La muerte es una consecuencia natural de la vida, pero algunos profesionales de la salud la siguen viendo como un fracaso. La pérdida del paciente puede ser más llevadera cuando[17]:

- El personal de enfermería alivió al paciente de sus síntomas, tanto como se lo permitían sus conocimientos y habilidades.
- El paciente tuvo la oportunidad de finalizar los asuntos pendientes con sus personas queridas.
- El paciente muere de la forma más natural.

En los Cuidados Paliativos el equipo multidisciplinar juega un papel primordial para poder planificar cuidados de calidad mediante la visión del paciente y la familia como un núcleo receptor de esos cuidados, en sus diferentes aspectos físicos, psicológicos y sociales.

Arranz[79] y sus colaboradores señalan algunos de los aspectos que pueden incidir en el síndrome de estar quemado: presión asistencial excesiva; gran responsabilidad en la toma de decisiones; continuo contacto con la enfermedad, el dolor y la muerte; poca formación para el manejo de los aspectos emocionales de la persona que sufre y muere; y dificultades de comunicación con pacientes y familiares, sobretodo en relación a la comunicación de malas noticias[27].

Siguiendo esta línea, sobre el estrés ocupacional en Cuidados Paliativos, Schröder[80], recoge los factores estresantes que genera estar día a día con la muerte. En relación con la enfermería, las causas de estrés de su trabajo, con enfermos terminales, se deben: en primer lugar, a los problemas derivados de la comunicación con otros miembros del equipo; en segundo lugar, a la escasez de formación continuada y, finalmente, a la falta de recursos. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, uno de los elementos más útiles es sentirse parte del equipo "experto" que sabe lo que está haciendo y que apoya a sus miembros.

El personal capaz de acompañar emocionalmente al enfermo moribundo es la mejor forma de ayudar al enfermo y a su familia. Pero para ello es imprescindible que el personal sanitario, y concretamente el colectivo de enfermería, por su gran implicación, esté preparado emocionalmente para ello[27].

Aunque existen situaciones estresantes en el puesto de trabajo, éstas no pueden llegar a eliminarse por completo, debido a que forman parte del mismo. Por este motivo es necesario intentar mejorarlas de la forma más adecuada, tanto para el trabajador como para el paciente[6]. Existen una serie de factores que incrementar de forma considerable esas situaciones insostenibles del personal sanitario:

- Personal cuidador 24h/día.
- Presencia de turnos.
- Excesiva carga de trabajo.
- Pacientes terminales.
- Difícil comunicación con el resto de personal sanitario.
- Dolores músculo-esqueléticos.
- Problemas cardiovasculares, gastrointestinales y neurológicos.
- Riesgo de contagio de enfermedades.
- Accidentes.
- Dolores de espalda y cansancio de piernas al estar muchas horas de pie.

Los turnos son uno de los principales factores de estrés en el ámbito hospitalario debido a la imposibilidad de conciliar la vida familiar con la profesional. El personal de enfermería que trabaja con turnos de noche, o rotatorios, no fijos, desarrollan su actividad profesional y personal en horarios opuestos, duermen de día cuando los demás están trabajando y

trabajan cuando el resto está durmiendo; sus días libres no coinciden con los de la mayoría de la población; trabajan cuando la sociedad se divierte y libran cuando el resto está trabajando.

Este tipo de situaciones hace que el personal de enfermería altere su forma de vida y su manera de diversión con respecto al resto de la población, provocándole un sentimiento de aislamiento social desencadenando, en muchos casos, problemas de ansiedad o estrés.

Si nos centramos en la importancia del "cuidado del cuidador", observaremos que tiene un triple beneficio[51]:

1. Garantiza una mejor atención al enfermo.
2. Descarga de trabajo adicional (el que supone su claudicación).
3. Genera tranquilidad.

Los principios básicos que el cuidador debe realizar para no caer en el agotamiento laboral son:

- Debe cuidarse para poder cuidar.
- Debe desterrar la culpa.
- Debe aceptar la situación actual, ya que no se puede modificar ni el pasado ni en presente ni el futuro.
- Debe respetar la dignidad del enfermo y tomar en consideración sus opiniones.

A continuación explicaremos generalidades y consejos que los cuidadores de enfermos gerontológicos terminales deben tener en cuenta, para mejorar su refuerzo psicológico, ante una situación terminal[51].

- Evitar compañías pesimistas, que contaminen el estado de ánimo.
- No siempre se pueden controlar los factores estresantes de nuestro alrededor.
- Evitar tener miedo ya que cuando nuestro pensamiento es negativo (o positivo) se trasmite a nuestro comportamiento, y viceversa.
- Los obstáculos son oportunidades para crecer, o excusas para no avanzar.
- Ante un conflicto lo más inteligente es perdonar.
- El personal de enfermería es responsable de sus decisiones, pero no pueden controlar los resultados que produzcan.
- Tratar de no abordar muchas tareas a la vez, hacer pocas y bien organizadas.

— Conocer las propias limitaciones y saber hasta dónde se puede llegar como cuidador.

— Reconocer lo que es imprescindible y diferenciarlo de lo que es necesario.

— Trabajar en equipo (familia, cuidadores e instituciones) que todos colaboren en el cuidado de la persona mayor para evitar cargar de tareas a una sola persona.

— Preocuparse por la propia salud física y psíquica en primer lugar, de lo contrario, la cantidad y calidad de los cuidados disminuirá.

— Buscar tiempo libre y tener momentos de reposo y relajación.

— Hablar con los demás, si es necesario, de nuestros sentimientos, miedos y problemas.

— Por último, recordar que todo pasa, lo bueno y lo malo.

2.1. *Burnout,* el síndrome de estrés laboral asistencial.

En el ámbito de la organización, se producen los denominados "síntomas organizacionales" del estrés laboral: absentismo, baja productividad o alta tasa de rotación, entre otros, lo que puede ser entendido como *Burnout*, o en español Síndrome de estrés laboral asistencial.

El término *Burnout* fue utilizado originariamente en el lenguaje anglosajón dentro de la jerga de los atletas o deportistas para describir una situación en la que, en contra de las expectativas de la persona, ésta no lograba obtener los resultados esperados por más que se hubiera entrenado afondo para conseguirlos[81, 82].

Freudenberger[81], lo definió por primera vez en 1974 como "El agotamiento de energía experimentado por los profesionales cuando se sienten sobrepasados por los problemas de los demás", para hacer referencia al estado de cansancio emocional y físico resultante de las condiciones de trabajo[78].

En 1976, Christina Maslach[83], psicóloga social, definió el *Burnout* como "Un estrés crónico producido por el contacto con los clientes (clientes, pacientes o usuarios) que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con los clientes en su trabajo" y, en 1982, amplía la definición a "un síndrome de agotamiento, de cansancio emocional, que se manifiesta a través de tres dimensiones:

1. Agotamiento emocional: reducción de los recursos emocionales y el sentimiento de que no tenemos nada que ofrecer a los demás psicológicamente.

2. Despersonalización: desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los receptores de nuestros servicios y nuestros compañeros que pueden ser fuente de nuestros problemas.
3. Disminución del rendimiento: porque han desaparecido los logros en el trabajo unido junto a sentimientos de fracaso y baja autoestima".

Maslach y Jackson definen el *Burnout* como: "Síndrome de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal Reducida, que puede desarrollarse en personas que desempeñan actividades que tienen como objeto el trabajo con otras personas[6, 84]". Las tres dimensiones anteriormente enumeradas sirven a la vez para conceptualizar y evaluar el síndrome mediante diversos test psicométricos que se han propuesto[33].

La definición de *Burnout*, más consolidada es la de Maslach y Jackson[82, 84], considerando que es una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son: un agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación hacia los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que han de realizar.

En base a todo esto podemos señalar tres notas definitorias[63]:

— Agotamiento, incluye la fatiga emocional causada por la actividad profesional desarrollada; genera una sensación de no poder dar más de sí; se produce una pérdida de interés y atractivo por las tareas a desempeñar, que se viven con disgusto; se pierde la satisfacción laboral y aparece cierto sentimiento de indefensión como consecuencia de haber intentado modificar las cosas sin haber obtenido ningún resultado positivo.

— Cinismo: refleja indiferencia o actitudes distantes hacia las personas que se cuidan: actitud impersonal y negativa hacia los usuarios. Es la característica nuclear del *Burnout*, consecuencia de la anterior y también un mecanismo de defensa para evitar el aumento de los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. Se manifiesta por falta de interés, objetivización de los problemas, pérdida de empatía humana con las dificultades de los usuarios e incluso culpabilización del estado de necesidad en que se encuentren.

— Falta de eficacia profesional. Consiste en el sentimiento y la creencia de que el trabajo no merece la pena, de que no se pueden cambiar las cosas, de que no compensa intentar mejorar ni personal ni institucionalmente y surgen pensamientos de cambio de ocupación.

El rasgo fundamental del *Burnout*, es el Cansancio Emocional, o la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás. De este modo el sujeto trata de aislarse de los otros desarrollando una actitud impersonal hacia los pacientes y los miembros del equipo, mostrándose cínico, distanciado, tratando de hacer culpables a los demás de sus frustraciones y disminuyendo su compromiso profesional.

Otro rasgo esencial es el sentimiento de complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo, que surge al comprobar que las demandas que se le hacen, exceden su capacidad para atenderlas debidamente[61].

El instrumento de medida más utilizado en todo el mundo para evaluar el *Burnout*, es el cuestionario creado por Maslach y Jackson[85] en 1981, el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) con una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0.9. Este cuestionario mide la frecuencia e intensidad del *Burnout.* Consta de 22 ítems en total, en el que podemos diferenciar tres sub-escalas, que miden a su vez, los tres factores o dimensiones que conforman el síndrome[85-87].

— El cansancio/agotamiento emocional, ocurre cuando la fuerza del trabajador se va consumiendo.

— Despersonalización o deshumanización, apareciendo de este modo unos sentimientos y actitudes negativas y cínicas a cerca de del sujeto o paciente con el que se está trabajando. Este proceso puede llegar a deshumanizar el trato del personal con los sujetos o pacientes, pudiendo llegar a considerar que esas personas son merecedoras de sus problemas.

— Falta de realización personal, o reducción del sentimiento de logro personal, implicando de este modo la tendencia a evaluarse negativamente, sintiéndose infeliz, descontento consigo mismo y con su trabajo.

El Cansancio/Agotamiento Emocional hace referencia a un desgaste de los recursos emocionales de la persona, así como al sentimiento de que uno ya no puede dar más de sí mismo a nivel afectivo. La persona se siente vacía, le falta energía para afrontar un nuevo día y sus recursos emocionales están exhaustos sin que exista una fuente de recarga. La persona en sí se encuentra sobrepasada por el contacto con sus compañeros de trabajo y por sus excesivas demandas emocionales y psicológicas. Para intentar disminuir esta carga emocional, sería necesario reducir el contacto con la gente al mínimo indispensable para realizar su trabajo. Esta actitud llevará a la Despersonalización.

La Despersonalización es una respuesta casi siempre desapercibida, que conduce a la aparición de sentimientos, actitudes negativas y cínicas hacia las personas del trabajo, llevando consigo a una deshumanización de los profesionales. De este modo los profesionales tienden a considerar que estas personas son responsables e incluso merecedoras de sus problemas. El desarrollo de la Despersonalización aparece relacionado con la experiencia de Agotamiento Emocional. El individuo va mostrando una reacción cada vez más negativa hacia las personas con las que trabaja, en diferentes manifestaciones, llegando incluso a ignorar sus necesidades y solicitudes.

El sentimiento de escasa Realización Personal provoca que la persona tienda a evaluarse a sí misma negativamente. Esta situación hace que experimente un sentimiento de inadecuación, de no estar realizando adecuadamente su trabajo, y una sensación de fracaso, sintiéndose de ese modo infeliz y descontento consigo mismo y con su labor, llegando a desarrollar una baja autoestima[33].

Como el *Burnout* se considera un proceso continuo, su aparición no surge de manera súbita sino que emerge de forma paulatina, larvada e incluso, con un progresivo incremento en la severidad.

Estados sucesivos del Burnout[61]:

1. Primera fase: estrés laboral (discrepancia entre demandas y recursos).
2. Segunda fase: sobreesfuerzo (tensión, fatiga, irritabilidad…).
3. Tercera fase: enfrentamiento defensivo (distanciamiento emocional, retirada, cinismo).

El *Burnout* aparecerá en la fase final y vendrá a ser una respuesta a una situación laboral intolerable[61, 88-89].

Existe una sintomatología asociada a dicho síndrome[30, 90-92]:

- — Factores Psicosomáticos: entre otros, fatiga crónica, dolor de cabeza frecuente, problemas de sueño, úlceras, pérdida de peso, hipertensión, asma, dolores musculares de espalda y cuello y, en las mujeres, pérdida de ciclos menstruales.
- — Factores Conductuales: absentismo laboral, abuso de drogas, aumento de la conducta violenta y comportamientos de alto riesgo.
- — Factores Emocionales: distanciamiento afectivo, irritabilidad, recelos, incapacidad para concentrarse, baja autoestima, deseo de abandonar el trabajo e ideas suicidas.
- — Factores Defensivos: negación de las emociones, atención selectiva, ironía, racionalización y desplazamientos afectivos.

2.2. Modelos teóricos y manifestaciones del síndrome de estrés laboral asistencial.

No existe una única teoría que explique el fenómeno de desgaste profesional, por ello a continuación se expondrá brevemente acercamientos teóricos que sirven de base a las diferentes investigaciones de este fenómeno[61]:

- — La teoría Ecológica del desarrollo humano: según esta perspectiva el *Burnout* es un desajuste psicológico entre los distintos ambientes en los que, de manera directa o indirecta, la persona participa. Cada uno de estos contextos tiene su propio código de relaciones, normas y exigencias que, en ocasiones, interfieren entre sí. Las tendencias culturales, políticas y económicas, han evolucionado hasta nuestros días, hacia una valoración excesiva del éxito en el trabajo y la productividad, sin tener muy en cuenta el factor humano.
- — La teoría Cognitiva: el sujeto actúa como filtro de sus propias percepciones por lo que los mismos hechos no son estresantes para todos los individuos[93]. El que un profesional se “queme” va a depender de su forma de entender la relación con los pacientes

receptores del servicio. Lo ideal sería "un interés distante", donde la persona debería mantener un equilibrio entre la objetividad y el acercamiento emocional.

— La Teoría Social y de las Organizaciones[94]: el *Burnout* es el resultado de una falta de acuerdo entre los intereses de la empresa y las necesidades de los trabajadores. Los profesionales de los servicios humanos, necesitan superar las dificultades que surgen entre los miembros del equipo antes de pretender prestar una atención adecuada a los pacientes.

Las variables más significativas del *Burnout*[61] son las siguientes:

Edad: cuanta más edad, adquirimos mayor nivel de seguridad en las tareas y menor vulnerabilidad en la tensión laboral[92, 95]. No sólo los profesionales adquieren habilidades de desempeño en su trabajo, sino que con el tiempo, van adquiriendo puestos de trabajo menos estresantes.

Sexo y variables familiares: según los estudios de Freudenberguer[96], las mujeres sobrellevan mejor que los hombres las situaciones tensas en el trabajo. Teniendo en cuenta las variables familiares, parece ser que la estabilidad afectiva y el ser padre, mejora el equilibrio que se requiere para solucionar situaciones conflictivas[97].

Personalidad: las excesivas demandas emocionales pueden ser una importante causa de agotamiento profesional en las personalidades emotivas que son las que, por otra parte, predominan en los servicios humanos.

Entrenamiento profesional: los autores coinciden en que la falta de formación práctica en centros Universitarios, es deficitaria para el comienzo del ejercicio de una profesión[61]:

— Excesivos conocimientos teóricos.
— Escaso entrenamiento en habilidades prácticas.
— Inexistencia del aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional y manejo de la propia ansiedad.
— Falta de formación sobre el funcionamiento de las organizaciones en las que van a desarrollar su trabajo.

Estudios actuales confirman que las variables descritas a continuación, pueden provocar *Burnout* en los profesionales sanitarios[30, 63, 98-100]:

- Motivos ideológicos que impulsaron a elegir la profesión.
- Trabajo relacionado con el trato directo con los pacientes y sus familiares.
- Naturaleza de la enfermedad de los pacientes, lo que conlleva en ocasiones a enfrentarse con un fracaso terapéutico o con un mal pronóstico a la vez que les sensibiliza ante la muerte.
- Volumen de trabajo y presión para realizarlo.
- Falta de información sobre el cometido que se ha de realizar.
- Apoyo laboral.
- Incremento en la responsabilidad de recuperación de los pacientes genera sujetos más vulnerables.
- Mayor dificultad de aprendizaje.
- Efectos negativos en la prestación de cuidados.
- Disminución en la capacidad para atender las situaciones urgentes.
- Menor interés por las cuestiones laborales.
- Tendencia al incremento de conflictos laborales.
- Aumento de accidentes laborales.

Entre los síntomas detectados a estos profesionales está el abuso de fármacos, alcohol y tabaco, desarrollo de enfermedades coronarias y tentativas de suicidio[61].

El *Burnout* aparece como una respuesta al estrés laboral crónico[101]. Con este término se intenta describir el estado en el que, en contra de las expectativas del profesional, éste no obtiene los resultados esperados a pesar de que se esfuerce en conseguirlos. Se considera característico de las profesiones de ayuda y de aquellas actividades que tiene relación directa con el público.

¿De qué manera se puede manifestar en un trabajador sanitario el síndrome de *Burnout*? Siguiendo las indicaciones de Oruezabal[28] podemos diferenciar cuatro tipos de índices: emocionales, actitudinales, conductuales y psicosomáticos que, a su vez se manifiestan de la siguiente manera:

Índices emocionales:

- Sentimientos de soledad.
- Sentimientos de alienación.
- Ansiedad.
- Sentimientos de impotencia.
- Sentimientos de omnipotencia.

Índices actitudinales:

- No verbalizar.
- Cinismo.
- Apatía.
- Hostilidad.
- Suspicacia.

Índices conductuales:

- Agresividad.
- Aislamiento del sujeto.
- Cambios bruscos de humor.
- Enfado frecuente.
- Irritabilidad.

Índices psicosomáticos:

- Dolor precordial.
- Hipertensión.
- Crisis asmáticas.
- Catarros frecuentes.
- Mayor frecuencia de infecciones.
- Alergias.
- Dolores cervicales y de espalda.
- Fatiga.
- Alteraciones menstruales.
- Úlcera gastroduodenal.
- Diarrea.
- Jaquecas.

— Insomnio.

Existen distintos motivos para explicar el menor nivel de *Burnout* entre los profesionales de paliativos:

— Existen autores que afirman que solo eligen trabajar en unidades de Cuidados Paliativos los profesionales a los que les genera menor ansiedad los aspectos relacionados con la muerte y el morir.

— Otros comentan que los profesionales que trabajando en Cuidados Paliativos experimentan altos niveles de ansiedad, habrían dejado su trabajo y sólo quedarían los más estables o tranquilos.

— También puede suceder que la constante exposición a un tipo de actividad, como la que se lleva a cabo en Cuidados Paliativos, con unos pacientes y una filosofía de trabajo propios, junto con la formación y el entrenamiento específicos que han recibido, disminuya su ansiedad ante la situación terminal y proteja del desgaste profesional[33].

Aún cuando existen numerosos factores determinantes del Síndrome de *Burnout*, podemos simplificar los cinco más representativos en Cuidados Paliativos:

1. Trabajo con enfermos terminales.
2. Organización diferente del trabajo asistencial.
3. Necesidad de trabajar en equipo.
4. Formación insuficiente.
5. Falta de habilidades específicas.

Según Elizalde[102], "evitar que el quemamiento en el trabajo es necesario que sea usted mismo, no trate de parecer una persona diferente, sepa a donde va, qué quiere hacer de su vida, márquese un objetivo realista y factible que esté al alcance de la mano, diversifique sus actividades para estimularse y, en el momento que surja el obstáculo, trate de esquivarlo en vez de estrellarse una y otra vez contra él". Encontró que las enfermeras de Cuidados Paliativos estaban más satisfechas que las de otras especialidades y muy pocas habían pensado en la posibilidad de dejar su trabajo. Los motivos principales de esta situación son

la buena relación que se establece con pacientes y familiares y la organización del trabajo según el sistema de los Cuidados Paliativos.

Los profesionales de Cuidados Paliativos que expresen mayor satisfacción laboral, presentarán una menor presencia de indicadores de *Burnout*, tal como se pone de manifiesto en los artículos de Quiroz y Saco[56], Greenglass, Burke y Fiksenbaum[10.3] y Roth y Pinto[104].

Los profesionales de Cuidados Paliativos, en comparación con el resto de profesionales de la salud, pueden referir menos estrés por aspectos derivados de la comunicación, en situaciones difíciles, con los pacientes y sus familias.

Conocer de antemano el tipo de pacientes que se va a tratar (sin cura posible), supone en sí mismo una protección contra el riesgo de sentir la muerte como un fracaso. Se puede identificar como fuentes significativas de estrés el tener que tratar con familiares estresados, enfadados o culpabilizadores, o tener que dar malas noticias a los familiares y pacientes.

Los profesionales dedicados a paliativos, conscientes de ser grupo de riesgo, promueven el auto cuidado y la detección precoz del *Burnout*. Este aspecto debe formar parte de los objetivos de los programas de Cuidados Paliativos, proponiendo mantener a los profesionales en condiciones óptimas de trabajo y prevenir su desgaste[33].

Los aspectos salariales no parecen ser un factor desencadenante de *Burnout*, según un estudio publicado entre profesionales, aunque habrá que comprobarlo con los datos finales de nuestro estudio[33].

Vachon[15] explica que los menores índices de estrés entre profesionales de Cuidados Paliativos pueden estar relacionados con el reconocimiento precoz de los factores potencialmente estresantes y el desarrollo de estrategias de afrontamiento apropiadas tanto a nivel personal como organizativo. En una encuesta realizada a mil oncólogos americanos[19] se observó que realizar Cuidados Paliativos a pacientes terminales suponía un factor importante para desarrollar *Burnout.* Situación similar ocurre con el personal de enfermería que trabaja con enfermos que fallecen en unidades “no específicas”, es decir, el personal que atiende a pacientes en hospitales de agudos, servicios de oncología, o enfermos de SIDA, con fines curativos, si se produce el fallecimiento manifiesta una situación de estrés mayor que la observada entre el personal de Cuidados Paliativos. Dicho

personal experimenta unos niveles de ansiedad y depresión similares a los de otros profesionales de la salud, pero con menores índices de Burnout[33]. Witt en 2004[105] en una revisión bibliográfica publicada en AJN (*American Journal of Nursing)* encuentra que los profesionales que trabajan en Cuidados Paliativos tienen menos estrés porque su labor con los moribundos queda recompensada por la satisfacción de haber conseguido un buen control de síntomas.

Sin embargo, los resultados obtenidos en los estudios de Martínez[50], Raggio, Malacarne[48] y Vargas-Caza[54], ponen de manifiesto que los trabajadores de Unidades de Cuidados Paliativos sí que experimentan índices de *Burnout* elevados.

Aun cuando algunos autores consideren que el estrés y el desgaste profesional no son tan significativos en los Cuidados Paliativos como en otras especialidades, existe la preocupación de que estos síntomas aumenten con las cargas de trabajo actuales y aunque el desgaste profesional se asocia con algunas características personales, este se aprecia mejor dentro de un modelo pluridimensional que afecta al contexto social y a un marco interpersonal[49].

En el ámbito residencial se han realizado investigaciones sobre los factores que facilitan la aparición del *Burnout* en los profesionales, poniendo de manifiesto que el clima de la organización y ciertas características del puesto de trabajo, son predictoras de *Burnout*[106]. Vachon[15] en 1995, tras una revisión de la literatura existente sobre los factores estresantes de los profesionales de las unidades de Cuidados Paliativos, aporta el modelo de estrés ocupacional persona-ambiente, donde se interrelacionan los factores personales con los ambientales y organizativos.

Como señalan Maslach, Schaufeli y Leiter[107], las condiciones adversas de una organización pueden ser cruciales en la aparición del *Burnout.* Los cuidadores más resistentes tienen mayor capacidad de utilización de su energía e implicación laboral para sobreponerse a las dificultades, adaptarse mejor y experimentar emociones positivas, mientras que los menos resistentes tienen predisposición a las emociones negativas, a sobrevalorar el riesgo e incrementar su efecto con cansancio e indiferencia en el trabajo[63, 108].

Los profesionales de enfermería, se encuentran sometidos a tal diversidad y multiplicidad de riesgos que hacen que la actividad sanitaria se diferencie claramente de otros sectores por el desgaste emocional y físico del trabajo desarrollado. En este sentido, se considera que entre el 10-20% del personal sanitario sufre *Burnout*[30] y, sus efectos, sobrepasan los límites profesionales afectando a las relaciones familiares y de amistad así como a la imagen que uno tiene de sí mismo[109].

El aumento del número de muertes en las residencias socio sanitarias y la carencia de actuaciones protocolizadas puede entorpecer los cuidados del paciente terminal y alargar de este modo la agonía y muerte en el anciano.

Es conocido por todos que el trabajo profesional con personas mayores dependientes, genera no sólo una sobrecarga física, sino también psíquica y emocional, siendo muy importante el manejo de dicha sobrecarga y de los potenciales signos y/o síntomas de alerta. El profesional se puede preparar previamente, mediante entrevistas o encuestas de salud laboral[110].

Una investigación reciente de Maslach y sus colaboradores[111], se ha centrado en el grado de ajuste o desajuste entre la persona y seis dominios del trabajo: carga de trabajo, control, recompensa, comunidad, equidad y valores. Cuanto mayor es la brecha o desajuste entre la persona y su ambiente, mayor es el desgaste. Los desajustes se originan cuando el proceso de establecer un contrato psicológico deja sin resolver aspectos críticos o cuando la relación laboral cambia y pasa a ser inaceptable.

Las creencias del personal pueden influir en la forma de afrontar la muerte. Ser religioso se asocia con un menor desgaste profesional en el personal de oncología[112]. Puede definirse la "espiritualidad" como "tener afectado o implicado el espíritu en cuestiones morales más elevadas" y la necesidad de que los cuidadores experimenten sus propias profundidades íntimas cuando cuidan un paciente que experimenta dolor espiritual[113].

En Cuidados Paliativos, los servicios, los pacientes y sus familias, los trabajadores, las necesidades y los criterios de valoración, son complejos[74]. Un estudio del Servicio de Salud Laboral del Gregorio Marañón[114], "*Burnout* en profesionales de los servicios de paliativos, intensivos y urgencias de un gran hospital", selecciona distintos servicios y compara el grado de estrés de cada uno, según la propuesta de Maslach, dándonos una concepción

multifactorial del *Burnout* y detectando Cansancio Emocional, Despersonalización y falta de Realización Personal, como resultado de estrés crónico, con un denominador común, la pérdida de energía. Así, se encontró, en Cansancio Emocional, un grado medio en UCI (Cuidados Intensivos) y URG (Urgencias) y un grado bajo CP (Cuidados Paliativos); en Despersonalización, un grado medio URG y bajo UCI y CP; y en la falta de realización personal, en un grado medio para las tres unidades.

2.3. Relación entre el estrés asistencial y la personalidad del personal sanitario.

La personalidad de cada trabajador influirá de distinto modo a la hora de afrontar las situaciones laborales. Llegados a este punto nos interesa saber de qué manera influye el poseer un determinado tipo de personalidad en el personal de enfermería de cuidados paliativos, para poder comprobar si poseer un determinado tipo de personalidad influye en el nivel de estrés laboral del trabajador.

Existen muchas definiciones de personalidad, las cuales dependen del modelo teórico del cual surgen, Pervin[115] contempla, que la definición debe ajustarse a los criterios científicos antes que a los filosóficos o anecdóticos. La psicología de la personalidad ha intentado contextualizar el concepto de personalidad dentro de la investigación científica[116], sin embargo aún está vigente la siguiente afirmación de Allport[117, 118]: "La personalidad es una de las palabras más abstractas de nuestro lenguaje y, como cualquier otra palabra abstracta que sufre un uso excesivo, permite un amplio abanico de connotaciones a pesar de su significado denotativo. Prácticamente ninguna otra palabra es más versátil".

Podemos definir de este modo el concepto de personalidad, como el conjunto de características o rasgos biológicos y de aprendizaje que se reflejan en la forma de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de cada individuo[119]. La mayoría de las definiciones de personalidad coinciden en admitir que es aquello que permite prever las tendencias estables de una persona a comportarse de una determinada manera en diferentes situaciones.

El estudio de la personalidad se ha beneficiado con la Teoría de los Rasgos, iniciada por Allport[117] al fundamentar su modelo en la presencia de rasgos centrales y secundarios, y el trabajo estadístico de Catell que identifica dieciséis rasgos fuentes básicos, sugiriendo a la vez, que subyacían a éstos otros rasgos denominados superficiales[120].

A continuación realizaremos una breve reseña histórica sobre las primeras investigaciones sobre los rasgos de la personalidad.

Sir Francis Galton fue el primer científico en reconocer lo que hoy en día es conocida como la Teoría Léxica. Esta es la idea de que las diferencias en personalidad más relevantes socialmente están codificadas en el lenguaje mediante un adjetivo que las designe.

En 1936, Allport[117] y Odbert pusieron esta hipótesis en práctica[121]. Buscaron en dos de los más importantes diccionarios de la lengua inglesa y extrajeron 17.953 palabras que describían la personalidad. Después redujeron esta gigantesca lista a 4.504 adjetivos que describían rasgos observables y relativamente permanentes.

En 1940, Cattell utilizó la lista de Allport-Odbert e introdujo términos obtenidos de una investigación psicológica, eliminando todos los sinónimos y reduciendo la lista a un total de 171 palabras[122]. A continuación encuestó a sujetos para que evaluaran, a personas conocidas, con la lista de adjetivos y analizó los resultados obtenidos. Cattell[123] identificó 35 rasgos de personalidad a los cuales se refirió como la "esfera de personalidad". Él y sus colaboradores construyeron tests de personalidad para estos rasgos. Los datos obtenidos de estos tests fueron analizados con la emergente tecnología de la informática combinado con el método estadístico del análisis factorial. El resultado fueron 16 grandes rasgos de personalidad, con los cuales confeccionó un test el “Cuestionario de Personalidad 16PF”.

En 1961, dos investigadores de las Fuerzas Aéreas, Tupes y Christal, utilizaron las medidas de rasgos de Cattell[123] y encontraron 5 factores recurrentes (Insurgencia, Amabilidad, Confiabilidad, Estabilidad emocional y Cultura). Este trabajo fue replicado por Norman[124] que también encontró que 5 grandes factores eran suficientes para explicar muchos tipos de personalidad. A estos factores Norman los denominó Insurgencia, Afabilidad, escrupulosidad, Estabilidad Emocional y La Cultura[125].

El modelo inicial fue presentado por Tupes y Cristal en 1961[126], pero no lograron llegar a un público académico hasta la década de los 80. Estos cinco factores proporcionan un

marco conceptual rico para la integración de todos los resultados de la investigación y la teoría en la psicología de la personalidad. A los cinco grandes rasgos también se les conoce como "Modelo de los cinco factores[109]", o como "Los factores globales de la personalidad[127]".

Por lo menos cuatro grupos de investigadores han trabajado de forma independiente desde hace décadas en este problema y han identificado, generalmente, los mismos cinco grandes factores. Tupes y Cristal en las fuerzas aéreas, Goldberg[128] en el Instituto de Investigación de Oregón[129-133], Cattell de la Universidad de Illinois[122, 134-136] y Costa y McCrae[137], de los Institutos Nacionales de Salud[137, 138-140]. Estos cuatro grupos de investigación utilizaron metodología diferente en la búsqueda de los cinco grandes rasgos, por lo que cada conjunto de cinco grandes factores tienen nombres y definiciones algo diferentes. Sin embargo todos están altamente intercorrelacionados y analíticamente alineados[141-145].

Después de varias controversias sobre la personalidad (entre 1950-1980), surgió una nueva corriente de investigación, los *Big Five*, o cinco factores de la personalidad, que ha evolucionado a lo largo de los años.

Los años 80 supusieron un nuevo avance con Costa y McCrae[146], al editar un instrumento de medida, el NEO-PI, considerado como el mejor indicador de medida del modelo *Big Five*. La identificación de los rasgos y la estructura de la personalidad humana ha sido uno de los objetivos fundamentales del estudio de la psicología. Los estudios de Digman[147] y de Costa y McCrae[146, 148] establecieron, después de exhaustivos análisis estadísticos, la predominancia de cinco rasgos básicos, conocidos como los cinco grandes: Apertura al Cambio, Responsabilidad, Extraversión, Sociabilidad y Neuroticismo, denominados *Big Five*. A partir de aquí el modelo entró en una fase de desarrollo, al ser utilizado en diversos estudios transculturales para probar su universalidad.

Dado que los cinco grandes rasgos son amplios y completos, no son altamente predictivos para explicar el comportamiento real de cómo son los rasgos más numerosos del nivel inferior. Muchos estudios han confirmado que la predicción del comportamiento real o los rasgos de nivel primario son mucho más eficaces.

En la retroalimentación individual estos rasgos se presentan, con frecuencia, como percentiles. Por ejemplo, una calificación de Responsabilidad en el percentil 80 indica un sentido relativamente fuerte de la Responsabilidad y el orden de esa persona, mientras que un índice de Extraversión en el percentil 5 indica una necesidad excepcional de soledad y silencio. Aunque estos grupos son rasgos estadísticos, pueden existir excepciones en los perfiles de la personalidad individual. En general, las personas que registren alta puntuación en la Apertura al Cambio, son intelectualmente curiosos, abiertos a descubrir nuevas emociones, interesados en el arte y están dispuestos a probar nuevas experiencias. Sin embargo, un individuo, en particular, aun teniendo alta puntuación general en la Apertura al Cambio y estar interesado en aprender y explorar nuevas culturas, puede no presentar gran interés por el arte o la poesía.

Para las DUES de nuestro estudio se ha utilizado como instrumento de evaluación de la personalidad el Cuestionario de la Personalidad *Big Five*[149].

En la psicología contemporánea, el test de Personalidad *Big Five* analiza las cinco grandes dimensiones de la personalidad humana.

Los cinco rasgos o factores principales se suelen denominar tradicionalmente como: factor O (*Openness* o apertura a nuevas experiencias), factor C (*Conscientiousness* o Responsabilidad), factor E (*Extraversión* o Extroversión), factor A (*Agreeableness* o Amabilidad) y factor N (*Neuroticism* o Inestabilidad emocional), los cinco forman el acrónimo nemotécnico "OCEAN". Existe cierta discusión sobre el factor O, que a veces se denomina "Intelecto". Cada uno de estos factores consiste en un conjunto más específico de rasgos[150].

Los rasgos característicos del *Big Five* se pueden resumir como:

Apertura al cambio: apreciación por el arte, emociones, aventuras, ideas inusuales, curiosidades y variedad de experiencias.

Responsabilidad: tendencia a mostrar autodisciplina, a actuar de una manera leal y el objetivo de alcanzar un comportamiento espontáneo.

Extraversión: energía, emociones positivas y tendencia a buscar la compañía de otros.

Sociabilidad: tendencia a ser compasivo y cooperativo con los demás, en vez de suspicaz y antagónico hacia ellos.

Neuroticismo: tendencia de experimentar emociones desagradables con facilidad, como ira, ansiedad, depresión o vulnerabilidad.

1. Apertura al cambio.

Es la dimensión que ha originado más confusiones y desacuerdos del modelo de los cinco factores. Sus elementos constituyentes son la imaginación activa, la sensibilidad estética, la atención a las vivencias internas, el gusto por la variedad, el arte, la emoción, la aventura, la curiosidad intelectual y la independencia de juicio. El individuo abierto es original, curioso creativo, con mayor conciencia de sus sentimientos y propenso a tener creencias no convencionales.

Las personas con puntuaciones bajas en la Apertura al Cambio, tienden a ser más convencionales en su conducta y apariencia, social y políticamente conservadores, con intereses más tradicionales y prefieren ser claros, directos y sutiles. Pueden llegar a considerar carentes de interés las artes y las ciencias.

2. Responsabilidad.

La Responsabilidad es una tendencia a mostrar autodisciplina y actuar de forma leal. El rasgo principal de este factor es la preferencia por lo planeado, en vez de un comportamiento espontáneo, lo cual influye en la forma en que podemos controlar, regular y dirigir nuestros impulsos. Esta dimensión tiene sus bases en el auto-control, no sólo de impulsos sino también en la planificación, organización y ejecución de tareas. Implica una planificación cuidadosa y persistente en sus metas. Está asociado además con la responsabilidad, confiabilidad, puntualidad y escrupulosidad. La persona responsable es voluntariosa y determinada, de propósitos claros. En el polo opuesto es las personas tienden a un comportamiento más laxo, informal y descuidado en sus principios morales.

3. Extraversión

La Extraversión se caracteriza por la alta sociabilidad, tendencia a la compañía de otros y a evitar la soledad. Las personas suelen experimentar emociones positivas tales como alegría, satisfacción y excitación, son habladoras y necesitan sensaciones nuevas. Su característica fundamental está marcada por el compromiso declarado con el mundo exterior. A las personas extrovertidas les gusta estar con la gente, y con frecuencia se perciben como llenos de energía. Suelen ser entusiastas, son personas propensas a decir "¡Sí!" o "¡Vamos!", a las oportunidades para el entretenimiento. En los grupos, son personas a las que les gusta hablar, hacen valer sus derechos y suelen llamar la atención.

En el polo opuesto, las personas introvertidas suelen ser reservadas, aparentemente antipáticas, poco dependientes de los demás y prefieren lo conocido y habitual, lo cual no significa que sean introspectivos e infelices. En determinadas situaciones, tales como círculos cerrados de amigos, pueden desenvolverse de forma animada y ser tan habladores como los extrovertidos.

4. Sociabilidad

La Sociabilidad es la tendencia a ser compasivo y cooperativo hacia los demás. El rasgo principal es la preocupación general por la armonía social. Por lo general son personas amables, consideradas con los demás, generosas, serviciales, agradables y que tienen una visión optimista de la naturaleza humana. Consideran que la gente es básicamente honesta, decente y digna de confianza.

5. Neuroticismo

El Neuroticismo es la tendencia a experimentar emociones negativas, como la ira, la ansiedad o la depresión. A veces se le llama inestabilidad emocional. Aquellos que puntúan alto en el neuroticismo son emocionalmente reactivos y vulnerables al estrés, son propensos a interpretar situaciones ordinarias como una amenaza, y las frustraciones de menor importancia como irremediablemente difíciles. Sus reacciones emocionales negativas tienden a persistir durante periodos de tiempo inusualmente largos, lo que significa que están a menudo de mal humor. Estos problemas en la regulación emocional pueden disminuir la capacidad de una persona, con una puntuación elevada, en pensar con claridad, tomar decisiones y afrontar eficazmente el estrés.

En el otro extremo de la escala, los individuos que puntúan bajo en el Neuroticismo presentan un mayor malestar emocional, son menos reactivos, tienden a estar en calma, están emocionalmente estables y libres de la presencia de sentimientos negativos. La libertad de los sentimientos negativos no significa que puntuaciones bajas experimenten una gran cantidad de sentimientos positivos.

En la tabla 3 se ven reflejados los rasgos y elementos de cada uno de los ítems del *Big Five*.

Tabla 3: Rasgos y elementos de los factores de personalidad

Factores de la personalidad	**Rasgos**	**Elementos**
Apertura al Cambio	Sociabilidad Asertividad estética Sentimientos Actividad Búsqueda de excitación Emociones positivas	Suelen tener vocabulario rico Tienen imaginación viva Tienen buenas ideas Entienden con facilidad lo que se les explica Pueden utilizar palabras difíciles Reflexionan sobre las cosas Tienen múltiples ideas No les interesa la abstracción No tienen una buena imaginación Tienen dificultades para comprender ideas abstractas
Responsabilidad	Competencia Orden Sentido del deber Necesidad de éxito Autodisciplina Deliberación	Siempre están preparados Prestan atención a los detalles Prefieren hacer las cosas inmediatamente Les gusta el orden No siguen un horario Son exigentes en su trabajo
Extraversión	Rasgos positivos:	Suelen ser “el alma de la fiesta”

	Cordialidad Amabilidad Gregarismo Asertividad Actividad Búsqueda de emociones Emociones positivas Rasgos negativos: Ansiedad Depresión Hostilidad Ansiedad social Impulsividad Vulnerabilidad	No les importa ser el centro de atención Se sienten cómodos con la gente Inician conversaciones Pueden integrarse fácilmente en actos sociales
Sociabilidad	Confianza Franqueza Altruismo Modestia Sensibilidad hacia los demás Actitud conciliadora	Están interesados por otras personas Se solidarizan con los sentimientos de los demás Tienen un buen corazón Se toman tiempo para los demás Desean que la gente se sienta a gusto
Neuroticismo	Ansiedad Depresión Impulsividad Vulnerabilidad Inseguridad Emociones negativas	Se alteran, irritan, estresan y enojan con facilidad Pueden cambiar mucho de estado de ánimo Tienen frecuentes cambios de humor Se preocupan por las cosas

Tabla de elaboración propia en base a información obtenida de la IPIP[141].

Diversos autores, tales como Raiziene y Endriulaitiene[151], Hawkins, Howard y Oyebode[152] y Ghorpadem, Lackritz y Singh[153], afirman que existe una clara relación entre los factores

de personalidad y los diferentes niveles de *Burnout.* Siendo, por lo tanto, un punto clave de interés para nuestro estudio.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Capítulo 3: Objetivos

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Existe una problemática actual, donde nos encontramos con que el personal sanitario se encuentra sobrepasado por el trabajo que debe desempeñar a diario en sus puestos de trabajo.

Nos parece interesante analizar qué grado de estrés o *Burnout* puede presentar el personal de enfermería que trabaja en unidades de cuidados paliativos con pacientes gerontológicos terminales. Este personal está en contacto continuo con pacientes que fallecen en un periodo de tiempo muy corto. Debido al proceso continuo y de evolución crónica de su enfermedad, el personal que está a su lado tanto a nivel familiar como sanitario, crea lazos de unión fuertes, tanto con el paciente como con su familia.

Existen numerosos estudios que abordan la situación de angustia y estrés de la familia que se encarga del cuidado del enfermo hasta el fallecimiento del mismo proporcionando soluciones para estas familias. Creemos que llegados a este punto es necesario estudiar y analizar qué es lo que pasa con el personal sanitario que se encuentra a diario con multitud de pacientes paliativos y con sus respectivas familias.

3.1. Objetivos.

3.1.1. Objetivos generales.

Como objetivos generales del estudio nos interesará conocer el nivel de estrés laboral que el personal de enfermería puede tener al desarrollar su puesto de trabajo en unidades de cuidados paliativos con pacientes gerontológicos terminales.

Queremos observar si el poseer un determinado tipo de personalidad influye en este estrés laboral asistencial o *Burnout,* que un profesional de enfermería puede presentar en esas unidades de cuidados paliativos con pacientes gerontológicos terminales.

El objetivo final de la Tesis Doctoral es comenzar a conocer la situación de este personal de enfermería de unidades de cuidados paliativos que trabajan con pacientes gerontológicos terminales. Se pretende dar paso a una futura intervención que prevenga, palíe o remedie el estrés y sus consecuencias, de modo que estos DUES, continúen ofreciendo un adecuado nivel asistencial en su puesto de trabajo, evitando abandonos laborales y consecuentes gastos de formación, reemplazo de personal y bajas innecesarias, entre otros.

3.1.2. Objetivos específicos.

Los objetivos específicos de este estudio serán los siguientes:

1. Primer Objetivo del estudio: En base a la literatura que hemos estudiado y analizado, se ha observado que existen situaciones de estrés laboral o *Burnout* en el personal sanitario. Nos interesaría conocer por lo tanto el grado de *Burnout* del personal de enfermería tanto en las unidades hospitalarias de cuidados paliativos, hospitalización a domicilio, unidades de equipos de soporte… como en centros residenciales gerontológicos, que trabajan a su vez con pacientes gerontológicos terminales.

De este modo analizaremos si existe *Burnout* en alguna de sus tres dimensiones analizadas, como se explica en el *Capítulo 2: Estrés y desgaste profesional en el personal de enfermería:*

- Cansancio Emocional (CE)
- Despersonalización (DP)
- Realización Personal Reducida (RPR)

2. Segundo Objetivo del estudio: El segundo objetivo a alcanzar sería conocer la relación existente entre el estrés que puede presentar un trabajador y la relación que pueden tener entre sí las diversas variables estudiadas del instrumento de evaluación que se les facilitó a los entrevistados para cumplimentar.

De este modo conoceremos lo siguiente: el origen hospitalario o residencial de ese trabajador, la edad, el sexo, tiempo que lleva trabajando en cuidados paliativos, tiempo que lleva trabajando en centros socio sanitarios, si su situación laboral es estable, si se encuentra satisfecho con su puesto de trabajo actual (salario, relaciones con los compañeros, relaciones con los superiores, relaciones con los pacientes, oportunidades de promoción en el puesto de trabajo, ambiente físico de trabajo, capacidad de conciliación del trabajo con la vida familiar y situación laboral actual), número de DUES en la plantilla de su unidad, de cuantas horas consta cada turno, si trabajan a turnos, si poseen turnos de noche, si consideran bueno o malo el tener turnos de noche, si existen turnos enfermeros anti estrés, si les gustaría realizarlos, si tienen facilidad para cambiar los turnos de trabajo

con otros compañeros de trabajo, si ha estado de baja, cuantos días ha estado de baja, si la unidad en la que se encuentra presenta algún tipo de ayuda psicológica para los trabajadores, si existe algún tipo de "temporadas anti estrés", si han tenido alguna vez las siguientes situaciones especiales: discusiones con los pacientes, con los familiares de los pacientes, con los compañeros de trabajo, si ha asistido al fallecimiento de pacientes y si ha recibido reprimendas de los superiores con respecto a su trabajo.

En base a lo anteriormente citado analizaremos la relación existente con las tres dimensiones evaluadas del *Maslach Burnout Inventory* (Cansancio Emocional, Despersonalización, Realización Personal Reducida) y con las cinco dimensiones evaluadas del *Big Five* (Extraversión, Sociabilidad, Responsabilidad, Neuroticismo y Apertura al cambio), y veremos si la relación existente entre ellas posee coherencia para nuestro estudio.

3. Tercer Objetivo de estudio: El tercer objetivo sería relacionar de qué manera influye la personalidad del personal de enfermería de cuidados paliativos que trabaja con enfermos gerontológicos terminales, con el grado de estrés de *Burnout* de dicho trabajador (Cansancio Emocional, Despersonalización, Realización Personal Reducida), y observar si el poseer un determinado tipo de personalidad influye de manera positiva o negativamente en el grado de estrés laboral.

4. Cuarto Objetivo del estudio: Por último en base a lo anteriormente analizado nos gustaría elaborar un perfil de actitud laboral ideal, para trabajar tanto en unidades de cuidados paliativos hospitalarias, extra hospitalarias y centros gerontológicos residenciales, sin sufrir un estrés laboral considerable. De este modo favoreceríamos el desarrollo de trabajo de estos profesionales en los centros y evitaríamos situaciones incómodas, descontento laboral, bajas innecesarias, y problemas psíquicos y físicos de nuestros trabajadores, entre otros.

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Capítulo 4: Metodología

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

4.1. Muestra.

El estudio se ha realizado de la siguiente forma:

Se han seleccionado el total de Hospitales de la Comunidad Autónoma de Galicia, en los cuales existen unidades de cuidados paliativos, hospitalización a domicilio y equipos de soporte de cuidados paliativos. También se han seleccionado todos los Hospitales de la isla de Lanzarote, aprovechando una estancia predoctoral realizada en la misma.

Una vez seleccionados los hospitales con sus unidades, se llamó a todos los supervisores del personal de enfermería de las unidades paliativas para solicitarles permiso para mandar el instrumento de evaluación creado. Una vez que obtenido el permiso se les entregaron, en mano o por correo ordinario, las cartas de presentación explicándose el procedimiento de cumplimentación de los cuestionarios, junto con los cuestionarios para el personal de enfermería de cada unidad. En todo momento el proceso fue anónimo y voluntario para el personal de enfermería de dichas unidades paliativas que trabajan específicamente con pacientes gerontológicos terminales. Una vez cubiertos los cuestionarios fueron entregados de nuevo a los supervisores de las unidades y posteriormente recogidos para el análisis de los datos obtenidos.

Por otro lado hemos seleccionado a modo de muestra siete centros gerontológicos residenciales gallegos, que presentan más de 150 residentes. Se llamó por teléfono a los directores de los centros y se les preguntó si se le podían pasar los cuestionarios al personal de enfermería que estuviese en contacto con pacientes gerontológicos terminales. Se les facilito en mano los cuestionarios para el personal y una vez cumplimentados se recogieron en cada uno de los centros residenciales.

El estudio en total lo han formado 162 profesionales de enfermería de las unidades anteriormente citadas.

Las unidades se encuentran en los siguientes Complejos Hospitalarios del Servicio Gallego de Salud (SERGAS):

- Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Hospital Gil Casares, A Coruña.

- Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos de Ferrol, A Coruña.
- Fundación Pública Hospital Virxe da Xunqueira, Cee, A Coruña.
- Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, Hospital Juan Canalejo Marítimo de Oza, A Coruña.
- Complejo Hospitalario de Pontevedra, Hospital Montecelo, Pontevedra.
- Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Hospital do Meixoeiro, Vigo, Pontevedra.
- Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Hospital Nicolás Peña, Vigo, Pontevedra.
- Povisa Vigo, Pontevedra.
- Hospital comarcal do Salnés Vilagarcía de Arousa, Pontevedra.
- Hospital comarcal de Valdeorras, Ourense.
- Complejo Hospitalario Cristal Piñor, Ourense.
- Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo.
- Hospital da Costa Burela, Lugo.
- Hospital comarcal de Monforte, Lugo.

Del Servicio Canario de Salud (SCS) en Lanzarote, Gran Canaria:

- Hospital General Dr. José Molina Orosa.
- Hospital Insular de Lanzarote.

A nivel residencial también han participado los siguientes centros:

- Residencia MAPFRE Quavitae Santiago de Compostela (Actualmente Grupo Sar Quavitae Santiago, consta de 156 plazas residenciales).
- Residencia MAPFRE Coruña (Actualmente Grupo Sar Quavitae Concepción arenal Coruña, consta de 150 plazas residenciales).
- Residencia Geriatros Oleiros (Consta de 154 plazas).
- Residencia MAPFRE Meixoeiro Vigo (Actualmente Grupo Sar Quavitae Vigo, consta de 150 plazas).

- Residencia MAPFRE Lugo (Actualmente Grupo Sar Quavitae Castro de Ribeiras do Lea, consta de 172 plazas).
- Residencia del mayor Vigo-Meixoeiro (Consta de 160 plazas).
- Residencia de ancianos Centro Gerontológico EUXA, Narón (Actualmente Geriatros Narón, consta de 150 plazas).

4.2. Diseño.

El estudio es de diseño transversal, ya que permite obtener información sobre aspectos clínicos y describir las relaciones existentes entre un conjunto de variables en un momento determinado. El diseño es univariado-multivariado y de medida única.

4.3. Procedimiento.

4.3.1. Realización del estudio.

Se entrevistó a los profesionales de modo voluntario y anónimo, con un cuestionario autoadministrado (Anexo), en el que se recogían los siguientes factores:

A. Cuestionario de datos socio demográficos y organizacionales.

Elaborado para conocer la situación general sobre los problemas de trabajo que pueden llegar a sufrir el personal de enfermería. Consta de 22 preguntas en las que nos explican un poco como se encuentra su situación laboral y su relación con los compañeros y pacientes (origen hospitalario o residencial del trabajador, edad, sexo, tiempo trabajado en cuidados paliativos, tiempo trabajado en centros socio sanitarios, si su situación laboral es estable, si se encuentra satisfecho con su puesto de trabajo actual (salario, relaciones con los compañeros, relaciones con los superiores, relaciones con los pacientes, oportunidades de promoción en el puesto de trabajo, ambiente físico de trabajo, capacidad de conciliación del trabajo con la vida familiar y situación laboral actual), número de DUES en la plantilla de su unidad, de cuantas horas consta cada turno, si trabajan a turnos, si poseen turnos de noche, si consideran bueno o malo el tener turnos de noche, si existen turnos enfermeros anti estrés, si les gustaría realizarlos, si tienen facilidad para cambiar los turnos de trabajo

con otros compañeros de trabajo, si ha estado de baja, cuantos días ha estado de baja, si la unidad en la que se encuentra presenta algún tipo de ayuda psicológica para los trabajadores, si existe algún tipo de "temporadas anti estrés", si han tenido alguna vez las siguientes situaciones especiales: discusiones con los pacientes, con los familiares de los pacientes, con los compañeros de trabajo, si ha asistido al fallecimiento de pacientes y si ha recibido reprimendas de los superiores con respecto a su trabajo).

B. *Maslach Burnout Inventory*.

Mide el grado de *Burnout* de los profesionales. Se trata de un inventario autoadministrado constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes/residentes. Está formado por tres dimensiones, Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (DP) y Realización Personal Reducida (RP).

Cansancio Emocional: consta de 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) valora la vivencia de estar exhausto a nivel emocional por las demandas del trabajo.

Despersonalización: está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22) mide el grado en el que pueden reconocerse en uno mismo actitudes de frialdad y de distanciamiento relacional. La escala de Despersonalización sólo puede utilizarse para valorar la relación del paciente/residente o usuario del servicio y no es válida para evaluar las actitudes hacia los compañeros o colaboradores del trabajo.

Realización Personal: se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) evalúa los sentimientos de auto eficacia y de realización personal en el trabajo.

Los grados de intensidad son:

0= Nunca.

1= Pocas veces al año.

2= Una vez al mes o menos.

3= Unas pocas veces al mes.

4= Una vez a la semana.

5= Pocas veces a la semana.

6= Todos los días.

Como puntos de corte tenemos los siguientes:

Cansancio Emocional: puntuaciones de 27 o superiores son indicativas de un alto nivel de *Burnout.* El intervalo de 19-26 correspondería a puntuaciones intermedias, siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de *Burnout* bajos o muy bajos.

Despersonalización: puntuaciones superiores a 10 serían de nivel alto, 6-9 medio y menos de 6 bajo grado de Despersonalización.

En contrapartida, la escala Realización Personal funciona en sentido opuesto al anterior: 0-33 puntos indicarían baja Realización, 34-39 intermedia y más de 40 alta sensación de logro.

C. Cuestionario de personalidad "*Big Five*".

En un intento de reducir los diversos factores que conforman la personalidad y, con una intención evaluadora, se llegó a un consenso sobre cinco grandes factores. La idea de este cuestionario, es crear un instrumento de evaluación que defina la personalidad en función de un número pequeño de factores. Así, nos encontramos ante una posición intermedia entre modelos que definen la personalidad en torno a muy pocas dimensiones[154].

Las cinco dimensiones evaluadas por este cuestionario de personalidad son: Extraversión, Sociabilidad, Responsabilidad, Neuroticismo y Apertura al Cambio.

Extraversión: consta de 8 ítems (1, 6, 11, 16, 21, 26, 31 y 36), resume conductas relacionadas con la actividad y energía, autoridad, sociabilidad, expresividad y emociones positivas.

Sociabilidad: presenta de 9 ítems (2, 7, 12, 17, 22, 27, 32, 37 y 42), serían orientación pro social, altruismo y afectividad.

Responsabilidad: está formado por 9 ítems (3, 8, 13, 18, 23, 28, 33, 38 y 43), controla el impulso y facilita fijar los objetivos del comportamiento.

Neuroticismo: consta de 8 ítems (4, 9, 14, 19, 24, 29, 34 y 39), serían ansiedad, tristeza, irritabilidad y tensión nerviosa.

Apertura al cambio: está formado por 10 ítems (5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 41 y 44), amplitud y profundidad de la experiencia de vida del individuo.

El cuestionario consta de 44 ítems con respuestas graduadas de 1 a 5, esta graduación va de "Muy en desacuerdo" a "Muy de acuerdo".

1= Muy en desacuerdo.

2= Ligeramente desacuerdo.

3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo.

4= Ligeramente de acuerdo.

5= Muy de acuerdo.

Cuando se anotan los resultados de cada individuo para la retroalimentación individual, estos rasgos se presentan con frecuencia como percentiles. Por ejemplo, una calificación de escrupulosidad en el percentil 80 indica un sentido relativamente fuerte de la Responsabilidad y el orden, mientras que un índice de Extraversión en el percentil 5 indica una necesidad excepcional de la soledad y el silencio. Aunque estos grupos son rasgos agregados estadísticos, pueden existir excepción es en los perfiles de la personalidad individual. En promedio, las personas que se registren "altas" en la Apertura son intelectualmente curiosas, abiertas a la emoción, interesadas en el arte y están dispuestas a probar cosas nuevas. Un individuo en particular, sin embargo, puede tener una alta puntuación general en la Apertura y estar interesado en aprender y explorar nuevas culturas, pero no tiene gran interés en el arte o la poesía.

Para minimizar los sesgos de test, a la hora de aplicarlo a los sujetos debemos tener en cuenta que debe mantenerse la privacidad ante todo, porque las respuestas pueden verse modificadas si el sujeto habla con otros trabajadores; es importantes que el sujeto se sienta cómodo a la hora de expresar sus sentimientos por lo que tenemos que preservar ante todo la confidencialidad y debemos evitar la sensibilización al *Burnout*, los entrevistados no deben conocer que están contestando a un cuestionario sobre el estrés profesional.

4.3.2. Procedimiento y análisis de los datos.

El tratamiento y análisis de datos se ha llevado a cabo mediante el programa PASW Statistics 18, para Windows y los análisis estadísticos han sido:

- Análisis descriptivo univariado general.
- Análisis de Fiabilidad.
- Estadística descriptiva bivariada. Correlaciones.
- ANOVAS, Análisis de la Varianza.

En el siguiente capítulo se comentarán los resultados obtenidos.

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Capítulo 5: Resultados

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

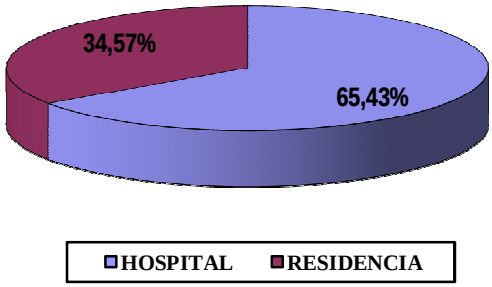
5.1. Análisis descriptivo univariado general.

A continuación se realizará una descripción de las variables demográficas y clínicas. Se realizará un análisis para determinar los principales estadísticos de tendencia central (media, mediana, porcentajes…) y de dispersión (desviación típica, varianza…).

La muestra elegida es de 162 individuos del personal de enfermería del Servicio Gallego de Salud (SERGAS) y Servicio Canario de Salud (SCS), de unidades de Cuidados Paliativos, Hospitales de Día u Hospitalización a Domicilio de distintas áreas y Centros Residenciales Gallegos.

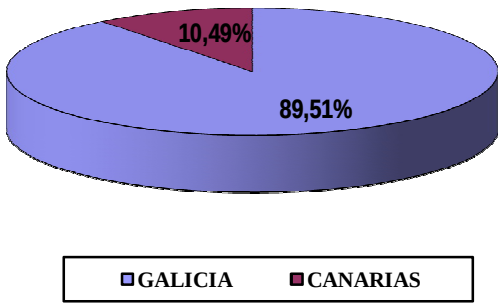
Si nos centramos en la relación de encuestados en el ámbito hospitalario o residencial, podemos observar que hay una clara mayoría de DUES hospitalarios, con un 65% frente al 35% de los de centros residenciales (Gráfica 2).

Gráfica 2: ORIGEN



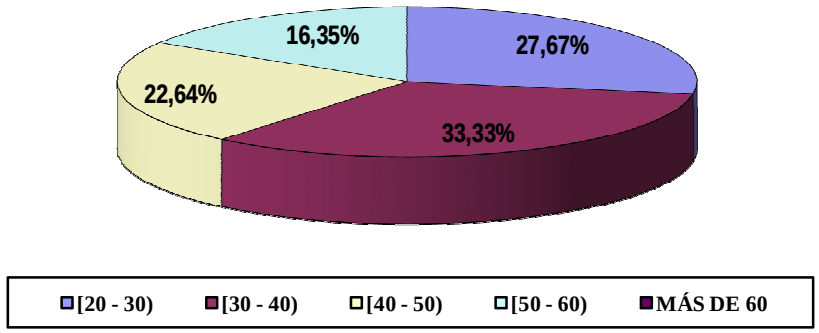
La mayor parte del estudio, un 90%, se ha llevado a cabo en la Comunidad Autónoma de Galicia, frente a un 10% en las Islas Canarias (Gráfica 3).

Gráfica 3: LUGAR GEOGRÁFICO



Los sujetos estudiados tenían una edad media de 37 años. La muestra se encuentra distribuida del mismo modo para los grupos de edades que hemos seleccionado. Aunque el mayor grupo de enfermeras que han realizado dicho cuestionario se encuentra entre el grupo de edad de 30-40 años, 33% de la muestra (Gráfica 4).

Gráfica 4: EDAD



Analizando los datos obtenidos podemos resaltar que un 25% de la muestra posee una edad por debajo de 28 años y un 25% una edad superior a 45 años, por lo que podemos sacar en

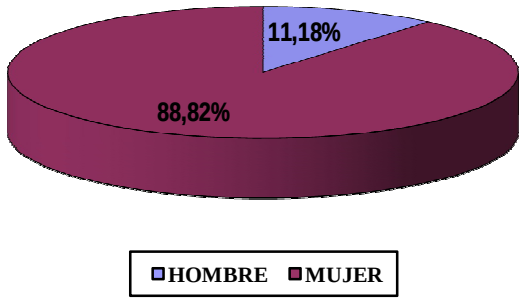
conclusión que los entrevistados son DUES jóvenes. Nos encontramos que el DUE más joven de la muestra tiene 21 años mientras que el de mayor edad es de 58 años (Tabla 4).

Tabla 4: Estadísticos. Edad

Estadísticos		Edad
N	Válidos	159
Media		**36,97**
Mediana		**35,00**
Moda		**32**
Desviación. típica		9,847
Mínimo		**21**
Máximo		**58**
Percentiles		
25		**28,00**
50		**35,00**
75		**45,00**

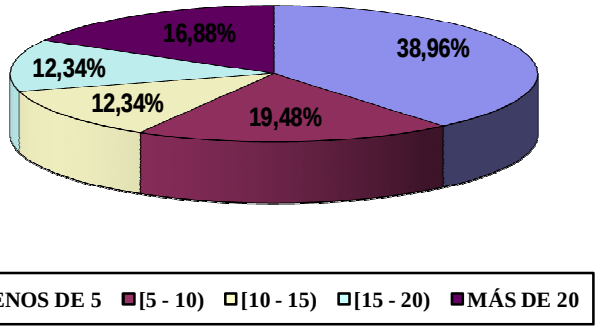
En cuanto al sexo de la muestra, hemos de destacar que la mayoría de las entrevistadas han sido las mujeres, con un 89%, frente a los hombres con un 11% (Gráfica 5).

Gráfica 5: SEXO



En relación a los años que los entrevistados llevan trabajando en Cuidados Paliativos, hemos de tener en cuenta que la mayor parte, un 39%, llevan menos de 5 años trabajando en este tipo de unidades, el segundo porcentaje lo localizamos entre 5-10 años de trabajo, con un 20% (Gráfica 6).

Gráfica 6: AÑOS EN CUIDADOS PALIATIVOS

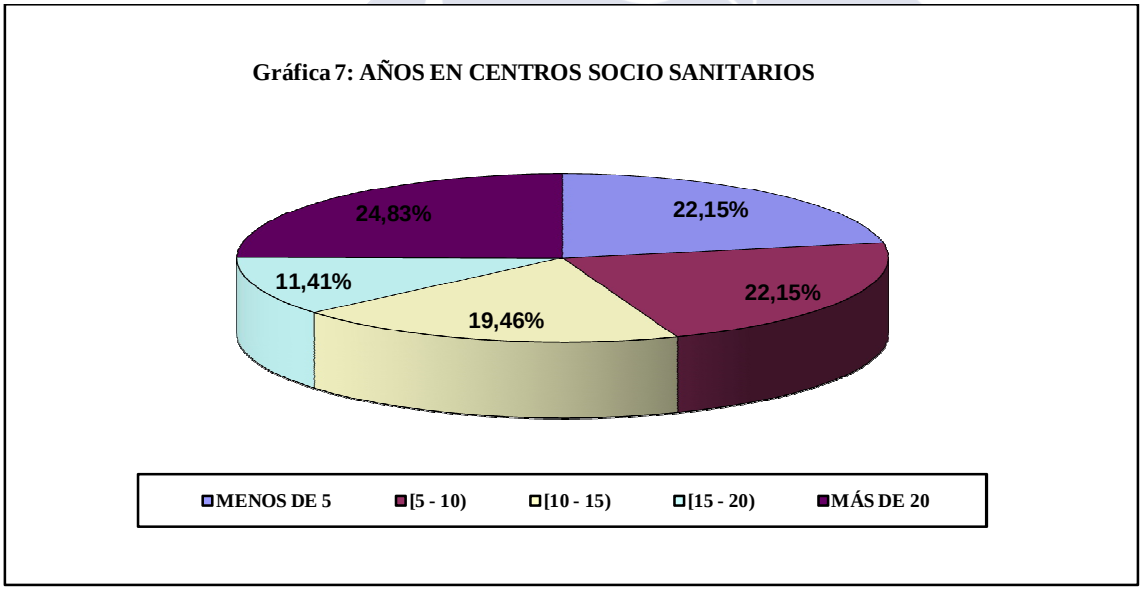


La media de horas de cada turno de los DUES es de 7,11 horas y los realizan cada 2,46 días (Tabla 5).

Si observamos el número de años que llevan trabajando en centros socio sanitarios, encontramos que un 22% de la muestra lleva menos de cinco años trabajando en dichos centros y un 25% lleva más de 20 años (Gráfica 7).

Tabla 5. Estadísticas. Horas turno y Cada cuanto tiempo (días)

Estadísticos			
		Horas Turno	Cada Cuanto tiempo (días)
N	Válidos	162	162
Media		**7,11**	**2,46**
Mediana		7,00	,00
Moda		7	0
Desviación típica		,693	5,326
Varianza		,480	28,362
Rango		8	30
Percentiles	25	7,00	,00
	50	7,00	,00
	75	7,00	,00



En la Tabla 6 hemos analizado las frecuencias de los siguientes estadísticos tanto para el número de años que los entrevistados han estado en centros de Cuidados Paliativos, como para el número total de años en centros socio sanitarios.

Tabla 6: Estadísticos. Años de trabajo y años en centros socio sanitarios

Estadísticos		
	Años de trabajo en CP	Años en centros socio sanitario
N Válidos	162	162
Media	**9,13**	**11,65**
Mediana	**7,00**	**10,00**
Moda	**1**	**0**
Desviación típica	8,728	9,620
Rango	34	37
Mínimo	**0**	**0**
Máximo	**34**	**37**

La media de años de trabajo en centros de Cuidados Paliativos en de 9,13 mientras que en centros socio sanitarios es de 11,65. El tiempo máximo de trabajo en unidades de Cuidados Paliativos es de 34 años, mientras que el máximo de años de trabajo en centros socio sanitarios es de 37 años.

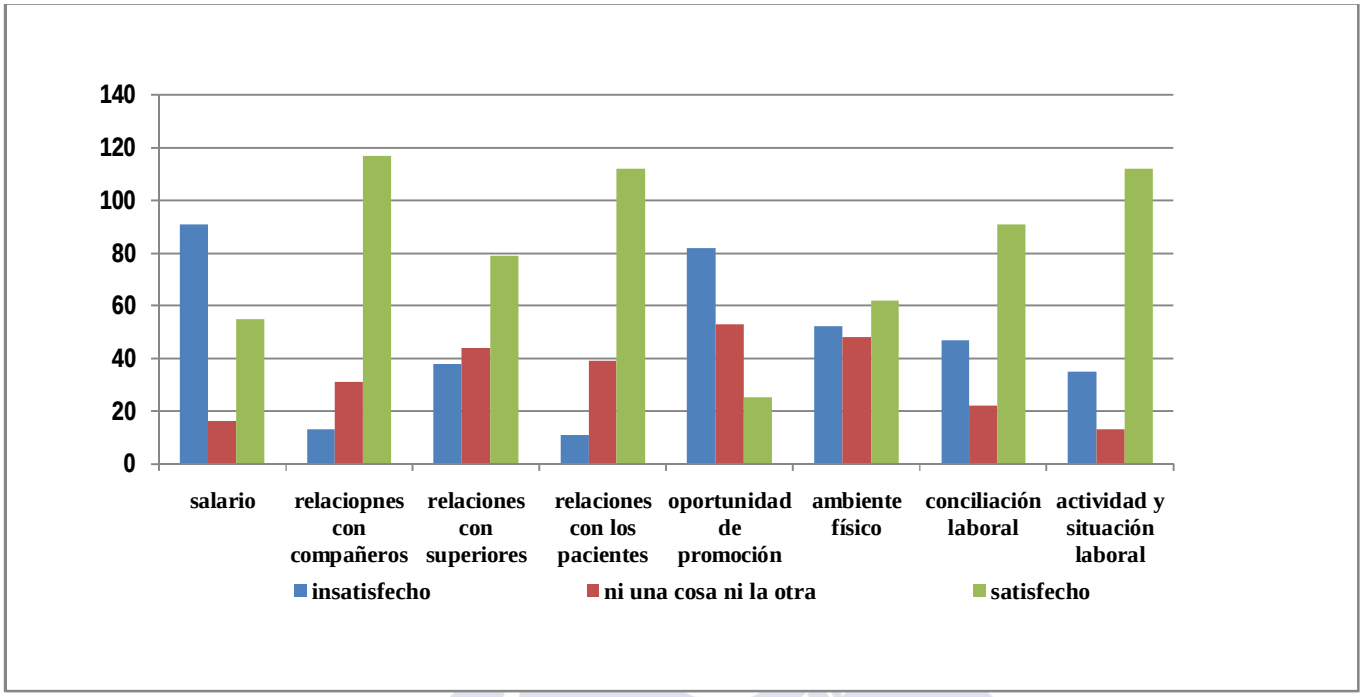
En la Gráfica 8, satisfacción en el puesto de trabajo nos encontramos con distintos ítems, que debemos analizar por separado (lo más cercano a 1 sería estar insatisfecho, el 2 ni una cosa ni la otra y el 3 satisfecho):

Los entrevistados se encuentran insatisfechos en relación al salario que reciben en su puesto de trabajo y en las oportunidades de promoción que pueden tener dentro de la empresa.

Mantienen una postura indiferente en relación al ambiente físico en el trabajo.

Poseen una sensación satisfactoria en la relación que tienen con los compañeros, con los superiores, con los pacientes, con la posibilidad de conciliar el trabajo con la vida familiar y con la situación y actividad laboral actual.

Gráfica 8: Satisfacción en el puesto de trabajo



En la Tabla 7, grado de satisfacción del ítem salario en el puesto de trabajo, un 56% de los entrevistados afirma estar insatisfecho con el salario que recibe actualmente, frente un 34% que afirma estar satisfecho.

Tabla 7: Salario

Salario			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Insatisfecho	91	**56,2**
	Ni satisfecho ni insatisfecho	16	**9,9**
	Satisfecho	55	**34,0**
	Total	162	100,0

Analizando el grado de satisfacción de los profesionales con las relaciones que poseen con los compañeros de trabajo, la gran mayoría, un 72,7% de los entrevistados, tienen un grado de satisfacción elevado, frente a un 8,1% de los mismos, que afirman que las relaciones no son buenas (Tabla 8).

Tabla 8: Relaciones con los compañeros

Relaciones con los compañeros			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Insatisfecho	13	**8,1**
	Ni satisfecho ni insatisfecho	31	**19,3**
	Satisfecho	117	**72,7**
	Total	161	100,0

En el grado de satisfacción de los profesionales con las relaciones que poseen con los superiores en el trabajo, observamos que un número elevado de los entrevistados, el 49,1%, poseen un grado de satisfacción alto, frente a un 27,3% de los mismos, que afirman que las relaciones con los superiores son normales (ni satisfecho, ni insatisfecho). Con un porcentaje muy similar, 23,6%, nos encontramos a los entrevistados insatisfechos con esta situación (Tabla 9).

Tabla 9: Relaciones con los superiores

Relaciones con los superiores			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Insatisfecho	38	**23,6**
	Ni satisfecho ni insatisfecho	44	**27,3**
	Satisfecho	79	**49,1**
	Total	161	100,0

En la Tabla 10 hemos analizando el grado de satisfacción de los profesionales con las relaciones que poseen con los pacientes en el trabajo, y observamos que la gran mayoría un 69,1% poseen un grado de satisfacción elevado, frente a un 24,1% de los mismos, que afirman que las relaciones con los superiores son normales, ni satisfecho, ni insatisfecho.

Tabla 10: Relaciones con los pacientes

Relaciones con los pacientes			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Insatisfecho	11	**6,8**
	Ni satisfecho ni insatisfecho	39	**24,1**
	Satisfecho	112	**69,1**
	Total	162	100,0

En la satisfacción de los profesionales en relación con las oportunidades de promoción en el trabajo, la mayoría de los entrevistados, un 51,2%, presentan un grado de insatisfacción elevado, frente a un 33,1% de los mismos, que afirman que las oportunidades de promoción son normales, ni satisfecho, ni insatisfecho (Tabla 11).

Tabla 11: Oportunidades de promoción

Oportunidades de promoción			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Insatisfecho	82	**51,2**
	Ni satisfecho ni insatisfecho	53	**33,1**
	Satisfecho	25	**15,6**
	Total	160	100,0

En relación al grado de satisfacción de los profesionales con el ambiente físico en el puesto de trabajo, observamos resultados similares en las tres categorías de satisfacción: un 38,3% de los entrevistados manifiestan estar satisfechos, un 29,6%, afirman que el ambiente físico en el trabajo es normal (ni satisfecho, ni insatisfecho), y un 32,1% afirman estar insatisfechos con esta situación (Tabla 12).

Tabla 12: Ambiente físico de trabajo

Ambiente físico de trabajo			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Insatisfecho	52	**32,1**
	Ni satisfecho ni insatisfecho	48	**29,6**
	Satisfecho	62	**38,3**
	Total	162	100,0

Al analizar el grado de satisfacción de los profesionales en relación con la capacidad para conciliar el trabajo con la vida familiar, se observa que la mayoría, un 56,9%, poseen un grado de satisfacción muy elevado, frente a un 29,4% de los mismos, que afirman que la capacidad de conciliación de ambas cosas no son posibles (Tabla 13).

Tabla 13: Capacidad de conciliar trabajo y vida familiar

Capacidad de conciliar trabajo y vida familiar			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Insatisfecho	47	**29,4**
	Ni satisfecho ni insatisfecho	22	**13,8**
	Satisfecho	91	**56,9**
	Total	160	100,0

En relación con la actividad y situación laboral actual si analizamos el grado de satisfacción de los profesionales, un 70% afirma tener un grado de satisfacción elevado, frente un 21,9% que afirma estar insatisfecho (Tabla 14).

Tabla 14: Actividad y situación laboral

Actividad y situación laboral			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Insatisfecho	35	**21,9**
	Ni satisfecho ni insatisfecho	13	**8,1**
	Satisfecho	112	**70,0**
	Total	160	100,0

A continuación describiremos la tabla de frecuencias de los distintos parámetros analizados. Se expondrá variable por variable. Lo más cercano a 1sería estar insatisfecho, 2 ni una cosa ni la otra y 3 satisfecho (Tabla 15).

Si observamos los datos de la media de los parámetros tanto el salario, como las oportunidades de promoción en el trabajo poseen valores de 1, por lo que su grado de satisfacción es negativo.

El ítem ambiente físico en el trabajo posee valores de 2, por lo que su nivel de satisfacción se encuentra estancado.

Los ítems relación con los compañeros, relación con los superiores, relación con los pacientes, conciliación con la vida familiar y la actividad y situación laboral actual afirman estar algo más satisfechos que ni una cosa ni la otra y la tendencia es a que estén satisfechos con estas situaciones.

Tabla 15: Estadísticos

Estadísticos								
	Salario	Relación comp.	Relación superiores	Relación pacientes	Oportunidad de promoción	Ambiente físico	Conciliación vida familiar	Activ. ySit. laboral
N Válidos	162	161	161	162	160	162	160	160
Media	**1,78**	**2,65**	**2,25**	**2,62**	**1,64**	**2,06**	**2,28**	**2,48**
Mediana	1,00	3,00	2,00	3,00	1,00	2,00	3,00	3,00
Moda	1	3	3	3	1	3	3	3
Desv. típ.	,926	,627	,816	,611	,738	,839	,890	,832
Rango	2	2	2	2	2	2	2	2
Mínimo	1	1	1	1	1	1	1	1
Máximo	3	3	3	3	3	3	3	3
Percentiles 25	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00
50	1,00	3,00	2,00	3,00	1,00	2,00	3,00	3,00
75	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	3,00	3,00	3,00

En la Gráfica 9, Ocurrencia de situaciones especiales obtenemos:

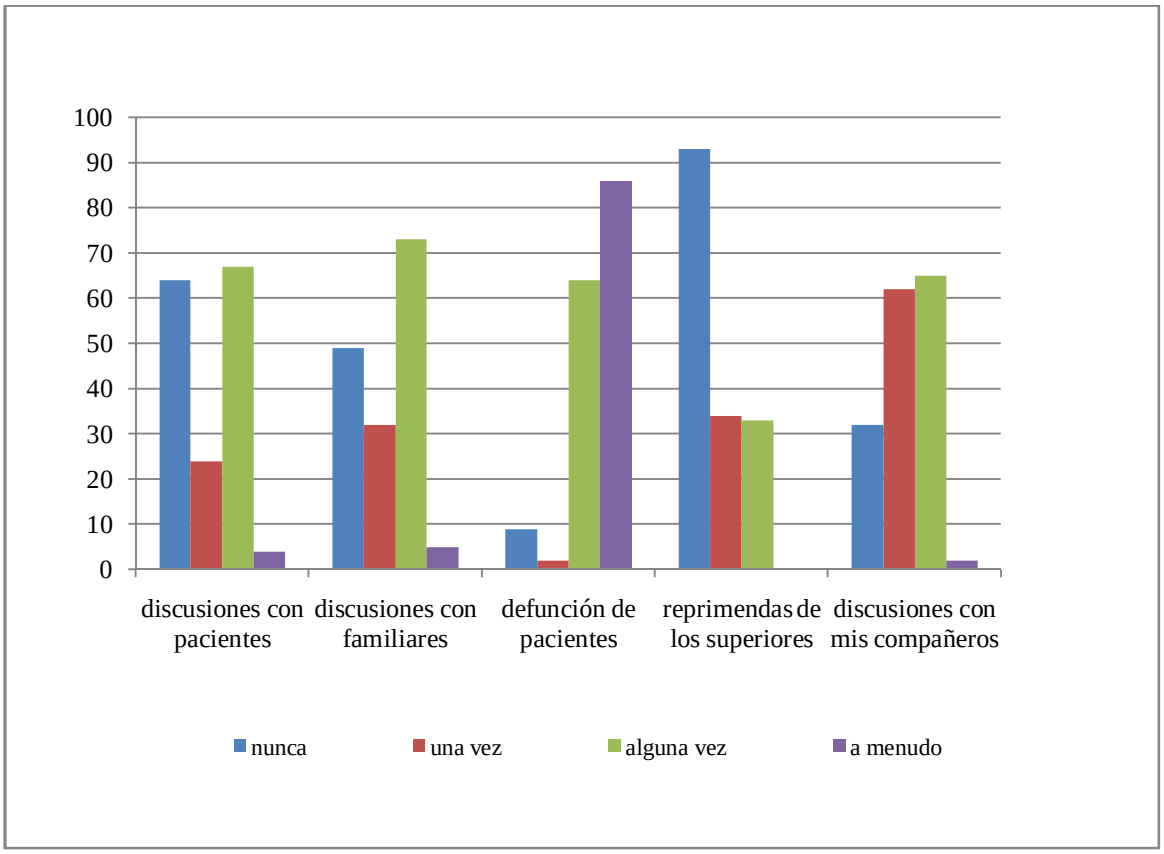
En las discusiones con pacientes y con familiares, podemos observar que existen "alguna vez".

En relación con el ítem defunción de pacientes, al estar hablando de profesionales que están en contacto con pacientes terminales, existen "a menudo".

Si nos centramos ahora en las reprimendas de los superiores, observamos que la mayoría responden que "nunca" las tienen.

Finalmente, el relación al ítem, discusiones con los compañeros, la mayoría responde "alguna vez" y con un valor próximo "una vez".

Gráfica 9: Ocurrencia de situaciones especiales



A continuación se analizan los datos obtenidos en el apartado de situaciones especiales de los trabajadores obteniendo los siguientes resultados (Tabla 16).

En las discusiones con pacientes un 41,4% de los entrevistados afirma que las tiene "algunas veces" y un 39,5% "nunca".

En las discusiones con familiares de los pacientes un 45,1% de los entrevistados afirma que las tiene "algunas veces" y un 30,2% "nunca".

En el ítem, ha asistido al fallecimiento de pacientes, un 53,1% contestan que "a menudo".

En el ítem, reprimendas de los superiores, un 57,4% contesta que "nunca" y la respuesta "a menudo" no se ve reflejada.

En las discusiones con los compañeros de trabajo un 40,1% afirma que las tiene "algunas veces" y un 38,3% "nunca".

Tabla 16: Porcentajes de Ocurrencias de situaciones especiales.

	Nunca	Una vez	Algunas veces	A menudo	No contestan
Discusiones con pacientes	39,5%	14,8%	41,4%	2,5%	1,8%
Discusiones con familiares	30,2%	19,8%	45,1%	3,1%	1,8%
Asistido a fallecimiento de pacientes	5,6%	1,2%	39,5%	53,1%	0,6%
Reprimendas de los superiores	57,4%	21%	20,4%		1,2%
Discusión con compañeros de trabajo	38,3%	19,8%	40,1%	1,2%	0,6%

Los datos gráficos obtenidos con el *Maslach Burnout Inventory* son los siguientes:

En el ítem Cansancio Emocional (CE) un 30,4% presenta un nivel elevado de Cansancio Emocional y un 24,22% un Cansancio medio. La suma de estos dos valores supone aproximadamente la mitad de la muestra, frente a un 45,34% de la misma que admite tener un Cansancio Emocional bajo (Gráfica 10 y Tabla 17).

Gráfica 10: CANSANCIO EMOCIONAL

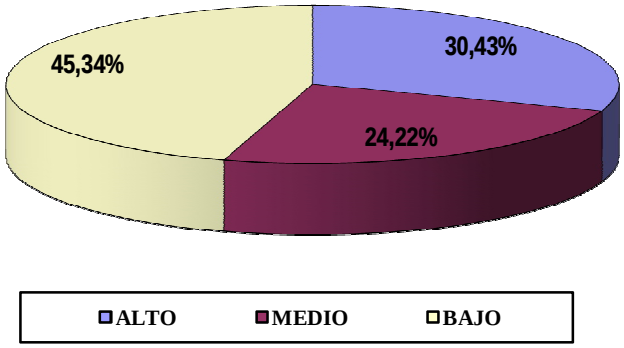


Tabla 17: Nivel de *Burnout* de Cansancio Emocional

Nivel de *Burnout* Cansancio Emocional			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Bajo	73	**45,3**
	Medio	39	**24,2**
	Alto	49	**30,4**
	Total	161	100,0

En la Gráfica 11 y en la Tabla 18, referentes a la Despersonalización (DP), nos encontramos con que el valor mayoritario de la muestra es el 50,93% presenta un nivel bajo de Despersonalización, frente un 23,60% de nivel medio y un 25,47% de nivel elevado.

Gráfica 11: DESPERSONALIZACIÓN

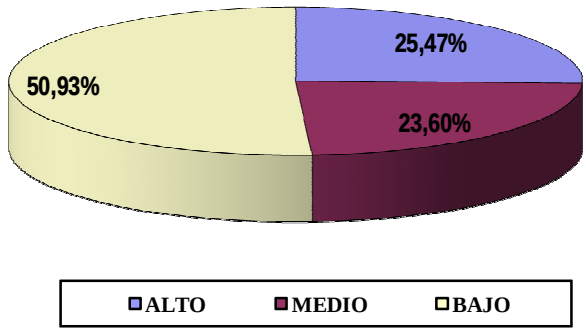


Tabla 18: Nivel de *Burnout* de Despersonalización

Nivel de *Burnout* Despersonalización			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Bajo	82	**50,9**
	Medio	38	**23,6**
	Alto	41	**25,5**
	Total	161	100,0

En el último apartado de MBI nos encontramos con la Realización Personal Reducida (RPR). Observamos datos similares a los anteriores apartados, destacando que el 58,4% de la población presenta una Realización Personal Reducida elevada, frente a un 23,6% que presenta una Realización Personal Reducida baja (Gráfica 12 y Tabla 19).

Gráfica 12: REALIZACIÓN PERSONAL

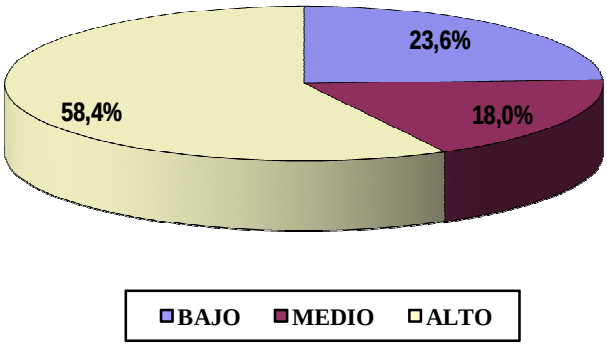


Tabla 19: Nivel de *Burnout* de Realización Personal Reducida

Nivel de *Burnout* Realización Personal Reducida			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Alto	94	**58,4**
	Medio	29	**18,0**
	Bajo	38	**23,6**
	Total	161	100,0

TABLAS DE FRECUENCIA:

Al analizar por separado las distintas tablas de frecuencias de los resultados finales observamos que una gran parte de los entrevistados 118 (el 72,8%), afirma tener una situación laboral estable, frente a 43 entrevistados (el 26,5%) que afirman tener una situación laboral de inestabilidad (Tabla 20).

Tabla 20: Estabilidad de situación laboral

¿Situación Laboral, estable?			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	**43**	**26,5**
	Si	**118**	**72,8**
	Total	162	100,0

Analizando el ítem si el profesional trabaja a turnos, observamos que un 81,5% del total trabaja a turnos, frente un 18,5% que no (Tabla 21).

Tabla 21: Trabaja a turnos

Trabaja a turnos			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	30	**18,5**
	Si	132	**81,5**
	Total	162	100,0

Un 37,7% de los entrevistados opinan que no tener turno de noche es Bueno, frente un 6,8% que opinan que No tener turno de noche lo consideran Malo (Tabla 22).

Tabla 22: No tener turno de noche lo considera, bueno o malo

No tener turno de noche lo considera, bueno o malo			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No contestan	90	**55,6**
	Malo	11	**6,8**
	Bueno	61	**37,7**
	Total	162	100,0

Un 61,1% de los entrevistados no poseen turnos anti estrés en su unidad, frente un 35,8% que afirma tener este tipo de turnos en su unidad (Tabla 23).

Tabla 23: Existen turnos anti estrés en su unidad

Existen Turnos Anti estrés en su unidad			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No contestan	5	**3,1**
	No	99	**61,1**
	Si	58	**35,8**
	Total	162	100,0

Del total de los entrevistados un 54,3% comenta que les gustaría tener en su unidad turnos anti estrés (Tabla 24).

Tabla 24: Deseo de realizar turnos anti estrés

Deseo de realizar Turnos Anti estrés			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No contestan	24	**14,8**
	No	50	**30,9**
	Si	88	**54,3**
	Total	162	100,0

Un 82,1% de los entrevistados afirman que no tienen problema para realizar cambios de turnos con sus compañeros de trabajo (Tabla 25).

Tabla 25: Facilidad para realizar cambios de turnos

Tienen facilidad para realizar cambio de turnos			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No contestan	7	**4,3**
	No	22	**13,6**
	Si	133	**82,1**
	Total	162	100,0

Haciendo referencia al número de bajas un 64,8% de los entrevistados afirma que no ha estado de baja, frente un 34,0% que sí admite haber estado de baja (Tabla 26).

Tabla 26: Bajas

Ha estado de Baja			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No contestan	2	**1,2**
	No	105	**64,8**
	Si	55	**34,0**
	Total	162	100,0

El 90,6% de los entrevistados comenta que no existe ningún tipo de ayuda psicológica en la Unidad de Cuidados Paliativos en donde trabajan (Tabla 27).

Tabla 27: Ayuda psicológica en la unidad

La unidad presenta algún tipo de ayuda psicológica			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No contestan	3	**1,9**
	No	144	**90,6**
	Si	12	**7,5**
	Total	159	100,0

Del total de los cuestionarios tan sólo 12 de los entrevistados contestaron que en su centro de trabajo existía una unidad de ayuda psicológica en caso de sobrecarga de trabajo. De estos, sólo un 8,3% la han utilizado.

Podemos hacer una segunda lectura de estos datos, indicando que existe por lo tanto un 91,7% de la población que no poseen este tipo de unidades psicológicas, y quizá debieran existir (Tabla 28).

Tabla 28: Utilización de la ayuda

Uso Ayuda			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No usó la ayuda	11	**91,7**
	Sí usó la ayuda	1	**8,3**
	Total	12	100,0

El 95,1% de los casos entrevistados, no poseen temporadas anti estrés (Tabla 29).

Tabla 29: Existencia de temporadas anti estrés

Existencia de temporadas anti estrés			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No contestan	4	**2,5**
	No	154	**95,1**
	Si	4	**2,5**
	Total	162	100,0

Las tablas de frecuencia con respecto a los ítems de Personalidad son las siguientes:

Un 39% de los entrevistados afirma tener un grado de Extraversión de su personalidad alto, frente a un 27% de la muestra que afirma tenerlo bajo (Tabla 30).

Tabla 30: Extraversión

Extraversión			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Bajo	43	**27,0**
	Medio	54	**34,0**
	Alto	62	**39,0**
	Total	159	100,0

De la muestra estudiada un 45% afirma tener un grado de Sociabilidad de su personalidad alta, frente a un 32,7% que afirma que esta es baja (Tabla 31).

Tabla 31: Sociabilidad

Sociabilidad			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Bajo	52	**32,7**
	Medio	35	**22,0**
	Alto	72	**45,3**
	Total	159	100,0

En el caso del factor de personalidad Responsabilidad, obtenemos resultados muy parecidos para las tres opciones, tanto nivel bajo, nivel medio o nivel alto (Tabla 32).

Tabla 32: Responsabilidad

Responsabilidad			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Bajo	53	**33,3**
	Medio	50	**31,4**
	Alto	56	**35,2**
	Total	159	100,0

En el factor de personalidad Neuroticismo, observamos que tanto el nivel alto como el medio poseen resultados similares con un 34,6% y un 36,5%, frente a un 28,9% que afirma tener un grado de Neuroticismo bajo en su personalidad. (Tabla 33).

Tabla 33: Neuroticismo

Neuroticismo			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Bajo	46	**28,9**
	Medio	58	**36,5**
	Alto	55	**34,6**
	Total	159	100,0

En el factor de Apertura al Cambio, un 36,5% de los entrevistados afirma tener un grado alto de Apertura al Cambio (Tabla 34).

Tabla 34: Apertura al Cambio

Apertura al cambio			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Bajo	48	**30,2**
	Medio	53	**33,3**
	Alto	58	**36,5**
	Total	159	100,0

5.2. Análisis de fiabilidad.

Los estadísticos de fiabilidad poseen valores por encima de 0,60, por lo que la fiabilidad es buena. Utilizaremos en todos los casos el valor del alfa de Cronbach, no la de los elementos tipificados.

Satisfacción en el puesto de trabajo:

Escala: Todas las Variables.

El valor del alfa de Cronbach de la satisfacción en el puesto de trabajo, tiene un resultado de 0,687 por lo que la fiabilidad es buena (Tabla 35).

Tabla 35: Estadísticos de Fiabilidad (Satisfacción en el puesto de trabajo)

Estadísticos de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,687	,689	8

Situaciones especiales:

Escala: Todas las variables.

En la Tabla 36 observamos que el valor del alfa de Cronbach de las situaciones especiales, da un resultado de 0,630 por lo que la fiabilidad es buena. Posee consistencia interna buena.

Tabla 36: Estadísticos de Fiabilidad (Situaciones especiales)

Estadísticos de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,630	,620	5

***Maslach Burnout Inventory*:**

Escala: Todas las variables.

El valor del alfa de Cronbach del *Maslach Burnout Inventory*, da un resultado de 0,738 por lo que la fiabilidad es buena y consistente en relación a la literatura existente al respecto (Tabla 37).

Tabla 37: Estadísticos de Fiabilidad (MBI)

Resumen del procesamiento de los casos			
		N	%
Casos	Válidos	161	7,9

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,738	22

Se comprobó que preguntas asociadas a los distintos niveles de *Burnout*, tanto en Cansancio Emocional, en Despersonalización como en Realización Personal reducida, tienen una consistencia adecuada, coincidiendo con la literatura, entre otros, Maslach C. "Burned-out" (1976)[83], Maslach C, Jackson SE. *"Maslach Burnout Inventory"* (1981)[85].

***Big Five*:**

Escala: Todas las variables.

El valor del alfa de Cronbach del *Big Five*, da un resultado de 0,925 por lo que la fiabilidad es buena (Tabla 38).

Tabla 38: Estadísticos de Fiabilidad (Big Five)

Resumen del procesamiento de los casos			
		N	%
Casos	Válidos	162	7,9

Estadísticos de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,925	,929	44

Se comprobó que preguntas asociadas a los diferentes factores de personalidad: Extraversión, Sociabilidad, Responsabilidad, Neuroticismo y Apertura al Cambio, tienen una consistencia adecuada, corroborando lo que nos ofrece la literatura al respecto como el libro publicado en 1992 por Costa PT, Mc Crae RR.[109] "Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and Neo Five-Factor Inventory (NEO-FFI) manual profesional manual".

5.3. Estadística descriptiva bivariada. Correlaciones.

Se analizan las correlaciones de las variables personales con la presencia de los niveles de estrés y personalidad del *Maslach Burnout Inventory* y con los factores de personalidad del *Big Five*.

El coeficiente de correlación va desde -1 hasta +1. Estarán totalmente relacionados si los valores están próximos a -1 o a +1 y tendrán ausencia de relación con valor de 0 o cercanos al mismo.

La capacidad de conciliación del trabajo con la vida familiar, se correlaciona positivamente tanto con el salario como con el ambiente físico de trabajo. Cuanto mejor sea nuestro salario y nuestro ambiente de trabajo, mejor será la conciliación trabajo-familia.

Tabla 39: Correlaciones I

		Salario	Relación Compañero	Relación Superiores	Relación Paciente	Oportunidades de promoción	Ambiente físico de trabajo
Relación con pacientes	Correlación de Pearson	,005	,355**	,245**			
	Sig. (bilateral)	,951	,000	,002			
Oportunidad de promoción	Correlación de Pearson	,085	,222**	,295**	,399**		
	Sig. (bilateral)	,288	,005	,000	,000		
Ambiente físico de trabajo	Correlación de Pearson	,154	,154	,180*	,155*	**,326****	
	Sig. (bilateral)	,051	,052	,022	,049	,000	
Capacidad de conciliación trabajo y vida familiar	Correlación de Pearson	**,399****	,036	,137	-,052	,125	**,323****
	Sig. (bilateral)	,000	,657	,086	,514	,118	,000
Situación de actividad y situación laboral	Correlación de Pearson	,272**	,220**	,292**	,067	,279**	**,357****
	Sig. (bilateral)	,001	,005	,000	,401	,000	,000
Satisfacción global	Correlación de Pearson	**,523****	**,429****	**,592****	**,427****	**,582****	**,595****
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Satisfacción Percentil	Correlación de Pearson	**,401****	**,341****	**,573****	**,382****	**,555****	**,544****
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Cansancio Emocional Directo	Correlación de Pearson	-,204**	-,033	-,142	,085	-,124	**-,342****
	Sig. (bilateral)	,009	,679	,071	,282	,119	,000
Nivel de *Burnout* de Cansancio Emocional	Correlación de Pearson	-,198*	-,037	-,107	,118	-,071	**-,300****
	Sig. (bilateral)	,012	,641	,178	,137	,371	,000

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

El ambiente físico de trabajo también se correlaciona, de forma negativa con el Cansancio Emocional directo, por lo que a peor ambiente físico de trabajo mayor Cansancio Emocional tendremos.

En el caso de la satisfacción global y la del percentil del puesto de trabajo de los DUES entrevistados, observamos que se correlacionan positivamente con el nivel de satisfacción de: salario, relaciones con los compañeros, relaciones con los superiores, relaciones con los pacientes, las oportunidades de promoción y con el ambiente físico de trabajo.

Como conclusión final en este apartado podemos comentar, que la persona que esté satisfecha de manera global en su puesto de trabajo, también lo estará en cada uno de los ítems por separado (Tabla 39).

Tabla 40: Correlaciones II

		Conciliación trab y vida fam	Sitactvidad y situación laboral	Satisfacción global	Satisfacción Percentil	CE directo
Salario	Correlación de Pearson	**,399****	,272**	,523**	,401**	-,204**
	Sig. (bilateral)	,000	,001	,000	,000	,009
Ambiente físico de trabajo	Correlación de Pearson	**,323****	**,357****	,595**	,544**	**-,342****
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000
Situación de actividad y situación laboral	Correlación de Pearson	**,345****	1	,647**	,570**	-,318**
	Sig. (bilateral)	,000		,000	,000	,000
Satisfacción global	Correlación de Pearson	**,572****	**,647****	1	**,892****	**-,332****
	Sig. (bilateral)	,000	,000		,000	,000
Satisfacción Percentil	Correlación de Pearson	**,509****	**,570****	**,892****	1	-,300**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000		,000

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 41: Correlaciones III

		DP directa	RPR directo	Nivel *Burnout* Cansancio Emocional
Ambiente físico de trabajo	Correlación de Pearson	-,141	-,003	**-,300****
	Sig. (bilateral)	,074	,967	,000
Cansancio Emocional Directo	Correlación de Pearson	**,370****	,028	**,903****
	Sig. (bilateral)	,000	,723	,000
Despersonalización directa	Correlación de Pearson	1	-,026	**,317****
	Sig. (bilateral)		,738	,000

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

En la Tabla 40 observamos las siguientes correlaciones, tanto la satisfacción global del puesto de trabajo como la satisfacción en percentil, se encuentran correlacionadas positivamente con el grado de satisfacción de la conciliación del trabajo con la vida familiar y la actividad y situación laboral actual.

Cuanto mayor sea nuestro grado de satisfacción global o en percentil de nuestro puesto de trabajo mayor será el grado de satisfacción en la capacidad de conciliación del trabajo con la vida familiar y, la actividad y situación laboral actual.

En la Tabla 41 observamos que existe una correlación negativa en el nivel de satisfacción del ambiente físico en el trabajo, en relación al nivel de *Burnout* de Cansancio Emocional. Cuanto mayor sea el nivel de satisfacción en el ambiente físico de trabajo menor será el grado de Cansancio Emocional.

Por otro lado el Cansancio Emocional presenta una correlación positiva con el nivel de Despersonalización, a mayor Cansancio Emocional existirá un incremento del grado de Despersonalización de esa persona.

Tabla 42: Correlaciones IV

		Nivel de *Burnout* DP	Nivel de *Burnout* RPR
Cansancio Emocional directo	Correlación de Pearson	**,372****	,061
	Sig. (bilateral)	,000	,438
Nivel de Burnout Cansancio Emocional	Correlación de Pearson	**,328****	-,003
	Sig. (bilateral)	,000	,970

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

El nivel de *Burnout* de la Despersonalización se correlaciona positivamente tanto con el Cansancio Emocional como con el nivel de *Burnout* del Cansancio Emocional. Esto quiere decir que cuando exista un grado elevado de Despersonalización en una persona, nos encontraremos que la misma posee un grado elevado de Cansancio Emocional (Tabla 42).

Tabla 43: Correlaciones V

		Ambiente físico de trabajo	Conciliación trabajo y vida familiar	Actividad y situación laboral	Satisfacción global	Satisfacción Percentil
Asistido al fallecimiento de pacientes	Correlación de Pearson	-,152	**-,256****	-,081	-,188*	-,167*
	Sig. (bilateral)	,053	,001	,308	,017	,033
Discusiones con mis compañeros de trabajo	Correlación de Pearson	-,170*	-,003	-,166*	**-,208****	**-,202****
	Sig. (bilateral)	,031	,971	,036	,008	,010

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

En esta tabla observamos que el asistir al fallecimiento de pacientes se correlaciona de forma negativa, con el nivel de satisfacción de conciliación del trabajo y la vida familiar. Al presenciar un mayor número de fallecimientos, el trabajador tendrá una peor conciliación del trabajo con la vida familiar.

La existencia de discusiones con los compañeros de trabajo se correlaciona también de forma negativa tanto con el nivel de satisfacción global como con el nivel de satisfacción en percentil, es decir, que a mayor número de discusiones del trabajador con los compañeros de trabajo, peor será el grado de satisfacción global y en percentil de su puesto de trabajo (Tabla 43).

Tabla 44: Correlaciones VI

		Discusión con paciente o residentes	Discusión con familiares de los pacientes	Asistido a fallecimiento de pacientes	Reprimendas de los superiores	Discusiones con los compañeros de trabajo
Relaciones con los compañeros	Correlación de Pearson	,172*	**,268****	-,013	,024	-,138
	Sig. (bilateral)	,029	,001	,873	,760	,080
Relación con los superiores	Correlación de Pearson	,027	-,031	-,056	-,109	**-,235****
	Sig. (bilateral)	,736	,698	,479	,169	,003
Capacidad de conciliación trabajo y vida familiar	Correlación de Pearson	-,109	-,182*	**-,256****	-,070	-,003
	Sig. (bilateral)	,168	,022	,001	,378	,971

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

La situación especial, Discusión con los familiares de los pacientes, se correlaciona positivamente con el grado de satisfacción de las relaciones del trabajador con los compañeros de trabajo.

La situación especial, Discusiones con los compañeros de trabajo, se correlaciona de forma negativa con el grado de satisfacción de la relación del trabajador con los superiores en el trabajo. A mayor número de discusiones con los compañeros de trabajo, peor relación tendrá con sus superiores.

Por último, al analizar la situación especial, Asistido al fallecimiento de pacientes, con la satisfacción de la capacidad de conciliación del trabajo con la vida familiar, observamos que existe también una correlación negativa entre ambas. Como comentábamos anteriormente el asistir a un elevado número de fallecimientos en el puesto de trabajo, influye de manera negativa en el grado de satisfacción para poder conciliar el trabajo con la vida familiar (Tabla 44).

Tabla 45: Correlaciones VII

		Salario	Rel. con compañeros	Rel. con superiores	Rel. con pacientes	Oportunidad de promoción	Ambiente físico de trabajo	Conciliación trabajo y vida familiar	Actividad y situación laboral
Sociabilidad directa	Correlación de Pearson	-,126	,066	-,071	,052	-,013	-,097	**-,163***	-,136
	Sig. (bilateral)	,112	,408	,372	,518	,876	,223	,042	,090
Sociabilidad	Correlación de Pearson	-,137	,032	-,068	,030	-,031	-,080	**-,161***	-,144
	Sig. (bilateral)	,084	,694	,395	,707	,702	,319	,045	,072
Neuroticismo directa	Correlación de Pearson	-,022	,042	-,049	,073	,003	**-,190***	**-,163***	**-,182***
	Sig. (bilateral)	,787	,597	,544	,358	,969	,016	,041	,022
Neuroticismo	Correlación de Pearson	,017	,061	-,070	,057	-,004	**-,194***	**-,113**	**-,199***
	Sig. (bilateral)	,832	,443	,381	,476	,960	,014	,158	,013

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

A pesar de que las correlaciones obtenidas en este apartado (Tabla 45), aparentemente son bajas, consideramos que es importante analizarlas, ya que los datos parecen interesantes. El

nivel de satisfacción del ambiente físico en el trabajo se ve correlacionado negativamente con el grado de Neuroticismo de la personalidad del trabajador. A peor satisfacción en el ambiente físico de trabajo, se reducirá el grado de Neuroticismo.

Tabla 46: Correlaciones VIII

		Satisfacción global	Satisfacción Percentil	Extraversión directa	Extraversión	Sociabilidad directa	Sociabilidad
Sociabilidad directa	Correlación de Pearson	-,138	-,068	**,228****	,142	1	,828**
	Sig. (bilateral)	,083	,393	,004	,075		,000
Responsabilidad directa	Correlación de Pearson	-,118	-,008	**,338****	,190*	**,540****	**,375****
	Sig. (bilateral)	,137	,921	,000	,016	,000	,000
Responsabilidad	Correlación de Pearson	-,066	,017	**,219****	**,138**	**,330****	**,327****
	Sig. (bilateral)	,408	,834	,006	,082	,000	,000
Neuroticismo directa	Correlación de Pearson	-,122	-,046	**,483****	**,365****	**,550****	**,372****
	Sig. (bilateral)	,124	,566	,000	,000	,000	,000
Neuroticismo	Correlación de Pearson	-,106	-,023	**,391****	**,363****	**,358****	**,297****
	Sig. (bilateral)	,183	,772	,000	,000	,000	,000
Apertura al cambio directa	Correlación de Pearson	-,011	-,007	**,444****	**,382****	**,364****	**,205****
	Sig. (bilateral)	,889	,934	,000	,000	,000	,010
Apertura al cambio	Correlación de Pearson	,008	,014	**,415****	**,421****	**,285****	**,201***
	Sig. (bilateral)	,920	,863	,000	,000	,000	,011

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

En el caso del grado de satisfacción de la conciliación del trabajo y la vida familiar, observamos que se correlaciona negativamente con la Sociabilidad y el Neuroticismo. Si no

se puede conciliar el trabajo con la vida familiar, este hecho influirá de manera negativa en el nivel de Sociabilidad y Neuroticismo de la personalidad.

Por último, el grado de satisfacción de la actividad y situación laboral se ve correlacionado también de forma negativa, con el Neuroticismo (Tabla 45).

En el análisis de los datos obtenidos en la Tabla 46 de correlaciones podemos indicar que el nivel de Extraversión se ve correlacionado positivamente con la Responsabilidad, con el Neuroticismo y la Apertura al Cambio de la personalidad. Por otro lado la Sociabilidad se ve correlacionada positivamente con el grado de Responsabilidad, Neuroticismo y Apertura al Cambio.

5.4. ANOVAS, Análisis de la varianza.

En estadística, el análisis de la varianza (ANOVA, ANalysis Of VAriante, según la terminología inglesa) es una colección de modelos estadísticos y sus procedimientos asociados, en el cual la varianza está particionada en ciertos componentes debidos a diferentes variables explicativas.

Las técnicas iniciales del análisis de la varianza fueron desarrolladas por el estadístico y genetista R.A. Fisher en los años 1920 y 1930 y se conoce como "Anova de Fisher" o "análisis de la varianza de Fisher", debido al uso de la distribución F de Fisher como parte del contraste de la hipótesis[155, 156].

5.4.1. ANOVA de un factor para los factores de personalidad.

Se ha realizado un análisis de los distintos factores de personalidad de los trabajadores entrevistados para observar si se generan diferencias en el nivel de *Burnout* (Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal Reducida) de los DUES de la muestra.

De los cinco factores de personalidad, no siempre el grado de satisfacción revela diferencias en el nivel de estrés, medido a través de las tres dimensiones del *Maslach*

Burnout Inventory, Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal Reducida.

La pregunta que no obtiene diferencias de los factores de personalidad es la Responsabilidad.

Se han encontrado diferencias en el nivel de estrés en las siguientes: Extraversión, Sociabilidad, Neuroticismo y Apertura al Cambio.

ANOVA de un factor, EXTRAVERSIÓN.

El tener un nivel de Extraversión alto, medio o bajo, tiene diferencias con el grado de Despersonalización que tiene una persona (Tabla 47).

Tabla 47: ANOVA, Extraversión

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Despersonalización Directa	Inter-grupos	212,569	2	106,284	3,787	**,025**
	Intra-grupos	4377,997	156	28,064		
	Total	4590,566	158			

Podemos afirmar que las personas que son poco extrovertidas poseen un grado de estrés en cuanto a su Despersonalización de tipo medio.

Una persona, por lo tanto, extrovertida tiende a no tener estrés (Tabla 48 y 49).

PRUEBAS POST-HOC:

Tabla 48: Comparaciones múltiples

Comparaciones múltiples Scheffé							
Variable dependiente	(I) Extraversión	(J) Extraversión	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Despersonalización Directa	1	2	2,663	1,083	**,048**	-,01	5,34
		3	2,546	1,051	**,049**	-,05	5,14
	2	1	-2,663	1,083	**,048**	-5,34	,01
		3	-,117	,986	,993	-2,55	2,32
	3	1	-2,546	1,051	**,049**	-5,14	,05
		2	,117	,986	,993	-2,32	2,55

SUBCONJUNTOS HOMOGÉNEOS:

Tabla 49: Despersonalización directa

Despersonalización Directa Scheffé[a,b]			
Extraversión	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
Medio	54	5,59	
Alto	62	5,71	5,71
Bajo	43		**8,26**
Sig.		,994	,053

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 51,810.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

ANOVA de un factor, SOCIABILIDAD.

Tabla 50: ANOVA, Sociabilidad

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Cansancio Emocional Directo	Inter-grupos	709,862	2	354,931	3,687	**,027**
	Intra-grupos	15015,735	156	96,255		
	Total	15725,597	158			

El tener un nivel de Sociabilidad alto, medio o bajo, posee diferencias con el grado de Cansancio Emocional directo que tiene una persona (Tabla 50).

PRUEBAS POST-HOC:

Tabla 51: Comparaciones múltiples

Comparaciones múltiples Scheffé							
Variable dependiente	(I) Sociabilidad	(J) Sociabilidad	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Cansancio Emocional Directo	1	2	-5,626*	2,145	**,035**	-10,93	-,32
		3	-3,364	1,785	,173	-7,78	1,05
	2	1	5,626*	2,145	**,035**	,32	10,93
		3	2,262	2,022	,536	-2,73	7,26
	3	1	3,364	1,785	,173	-1,05	7,78
		2	-2,262	2,022	,536	-7,26	2,73

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

Las personas poco sociables poseen un nivel bajo de Cansancio Emocional.

El poseer un nivel medio de Sociabilidad nos indica que existe un nivel medio de Cansancio Emocional. No tenemos entrevistados con alto nivel de cansancio emocional en general (Tabla 51 y 52).

SUBCONJUNTOS HOMOGÉNEOS:

Tabla 52: Cansancio Emocional directo

Cansancio Emocional Directo Scheffé[a,b]			
Sociabilidad	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
Bajo	52	**18,29**	
Alto	72	21,65	21,65
Medio	35		**23,91**
Sig.		,243	,526

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 48,629.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

ANOVA de un factor, RESPONSABILIDAD.

Ser muy o poco Responsable no hace que la persona esté más o menos estresado. Todos los entrevistados tienen un nivel de estrés medio.

La Responsabilidad no genera diferencias. Están todos estresados de forma media independientemente de que el sujeto sea más o menos responsable. Esto lo podemos analizar como pauta general.

ANOVA de un factor, NEUROTICISMO.

Tener un nivel de Neuroticismo alto, medio o bajo, presenta diferencias con el grado de Cansancio Emocional que posee una persona (Tabla 53).

Las personas que presenten un nivel de Neuroticismo de su personalidad de tipo bajo tendrán un nivel bajo de Cansancio Emocional, por el contrario, los que presenten un nivel de Neuroticismo elevado, tendrán un grado de Cansancio Emocional de tipo medio.

Aquellos que tengan un nivel medio de Neuroticismo pueden estar poco o bastante estresados, porque se encuentran incluidos en ambos grupos (Tabla 54 y 55).

Tabla 53: ANOVA, Neuroticismo

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Cansancio Emocional Directo	Inter-grupos	666,960	2	333,480	3,455	**,034**
	Intra-grupos	15058,637	156	96,530		
	Total	15725,597	158			

PRUEBAS POST-HOC

Tabla 54: Comparaciones Múltiples

Comparaciones múltiples							
Scheffé							
Variable dependiente	(I) Neuroticismo	(J) Neuroticismo	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Cansancio Emocional Directo	1	2	-1,242	1,940	,815	-6,04	3,55
		3	-4,869*	1,963	**,049**	-9,72	-,02
	2	1	1,242	1,940	,815	-3,55	6,04
		3	-3,627	1,849	,150	-8,20	,94
	3	1	4,869*	1,963	,049	,02	9,72
		2	3,627	1,849	,150	-,94	8,20

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

SUBCONJUNTOS HOMOGÉNEOS:

Tabla 55: Cansancio Emocional directo

Cansancio Emocional Directo				
Scheffé[a,b]				
Neuroticismo		N	Subconjunto para alfa = 0.05	
			1	2
	Bajo	46	**18,91**	
	Medio	58	20,16	20,16
	Alto	55		**23,78**
	Sig.		,811	,171

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 52,482.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

ANOVA de un factor, APERTURA AL CAMBIO.

Tabla 56: ANOVA, Apertura al Cambio

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Realización Personal Reducida Directa	Inter-grupos	633,686	2	316,843	4,906	**,009**
	Intra-grupos	10075,497	156	64,587		
	Total	10709,182	158			

Poseer un nivel de Apertura al Cambio alto, medio o bajo, presenta diferencias con el grado de Realización Personal reducida que tiene una persona (Tabla 56).

PRUEBAS POST-HOC:

Tabla 57: Comparaciones múltiples

Comparaciones múltiples						
Scheffé						
Variable dependiente	(I) Apertura cambio	(J) Apertura al cambio	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%
						Límite inferior / Límite superior
Realización Personal Reducida Directa	1		-1,890	1,601	,500	-5,85 / 2,07
			-4,833*	1,568	**,010**	-8,71 / -,96
	2		1,890	1,601	,500	-2,07 / 5,85
			-2,943	1,527	,160	-6,72 / ,83
	3		4,833*	1,568	**,010**	,96 / 8,71
			2,943	1,527	,160	-,83 / 6,72

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

Las personas poco Abiertas al Cambio indican que tienen una Realización Personal Reducida de tipo intermedio.

Ser muy Abiertos a los Cambios hace que nuestro nivel de Realización Personal Reducida sea elevado, presentando por lo tanto una alta sensación de logro (Tabla 57 y 58).

SUBCONJUNTOS HOMOGÉNEOS

Tabla 58: Realización Personal Reducida directa

Realización personal reducida directa Scheffé[a,b]			
Apertura cambio		Subconjunto para alfa = 0.05	
	N	1	2
Bajo	48	**36,17**	
Medio	53	38,06	38,06
Alto	58		**41,00**
Sig.		,484	,174

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 52,685.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

5.4.2. ANOVA de un factor para el nivel de satisfacción en el puesto de trabajo.

En este apartado se ha realizado un análisis del nivel de satisfacción de los entrevistados en el puesto de trabajo para observar si se generan diferencias en el nivel de *Burnout* (Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal reducida) de los DUES de la muestra.

De las ocho preguntas de satisfacción en el puesto de trabajo, no siempre el grado de satisfacción revela diferencias en el nivel de estrés, medido a través de las tres dimensiones del *Maslach Burnout Inventory*, Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal reducida.

Las preguntas de satisfacción en el puesto de trabajo que no tienen diferencias son las siguientes: Satisfacción 2 Relaciones con los compañeros; Satisfacción 3 Relaciones con

los superiores; Satisfacción 4 Relaciones con los pacientes/residentes y Satisfacción 5 Oportunidades de Promoción en el puesto de trabajo.

Se han encontrado diferencias en el nivel de estrés en las siguientes: Satisfacción 1 Salario; Satisfacción 6 Ambiente físico en el ambiente de trabajo; Satisfacción 7 Capacidad para conciliar el trabajo con la vida familiar; y Satisfacción 8 Actividad y Situación laboral actual.

ANOVA DE UN FACTOR, SATISFACCIÓN 1: SALARIO.

El grado de satisfacción con el salario insatisfecho (1), ni una cosa ni la otra (2) y satisfecho (3), presenta diferencias con el Cansancio Emocional directo que tiene una persona (Tabla 59).

Aquellos entrevistados más insatisfechos con su salario presentan un valor de Cansancio Emocional de tipo intermedio. Por el contrario, las personas que estén más satisfechas con su salario poseerán un valor de Cansancio Emocional de tipo bajo o muy bajo (Tabla 60).

Tabla 59: ANOVA, Salario

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
CE_DIRECTO	Inter-grupos	702,809	2	351,404	3,704	**,027**
	Intra-grupos	15084,574	159	94,872		
	Total	15787,383	161			
DP_DIRECTO	Inter-grupos	47,442	2	23,721	,824	,440
	Intra-grupos	4575,275	159	28,775		
	Total	4622,716	161			
RPR_DIRECTO	Inter-grupos	38,727	2	19,363	,282	,754
	Intra-grupos	10899,156	159	68,548		
	Total	10937,883	161			

PRUEBAS POST-HOC

Tabla 60: Comparaciones múltiples

Comparaciones múltiples							
Scheffé							
Variable dependiente	(I) Satis1	(J) Satis1	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
CE_DIRECTO	Insatisfecho	2	,501	2,640	,982	-6,02	7,03
		3	4,463*	1,664	**,030**	,35	8,57
	Ni una cosa ni la otra	1	-,501	2,640	,982	-7,03	6,02
		3	3,961	2,767	,361	-2,88	10,80
	Satisfecho	1	-4,463*	1,664	,030	-8,57	-,35
		2	-3,961	2,767	,361	-10,80	2,88

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

ANOVA DE UN FACTOR, SATISFACCIÓN 6: AMBIENTE FÍSICO EN EL TRABAJO.

Tabla 61: ANOVA, Ambiente

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
CE_DIRECTO	Inter-grupos	1940,278	2	970,139	11,140	**,000**
	Intra-grupos	13847,104	159	87,089		
	Total	15787,383	161			
DP_DIRECTO	Inter-grupos	101,688	2	50,844	1,788	,171
	Intra-grupos	4521,028	159	28,434		
	Total	4622,716	161			
RPR_DIRECTO	Inter-grupos	100,134	2	50,067	,735	,481
	Intra-grupos	10837,748	159	68,162		
	Total	10937,883	161			

El grado de satisfacción con el ambiente físico en el trabajo insatisfecho (1), ni una cosa ni la otra (2) y satisfecho (3), posee diferencias con el Cansancio Emocional directo que puede presentar una persona (Tabla 61).

SUBCONJUNTOS HOMOGÉNEOS

Tabla 62: Cansancio Emocional directo

CE_DIRECTO Scheffé[a,b]			
Satis6	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
Satisfecho	62	16,82	
Ni una cosa ni la otra	48		22,48
Insatisfecho	52		24,81
Sig.		1,000	,438

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 53,387.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

Cuanto más satisfechos se encuentren con el ambiente físico que poseen en su puesto de trabajo presentarán un nivel de Cansancio Emocional de tipo bajo.

Tendrán un nivel de Cansancio Emocional de tipo medio cuando se encuentren insatisfechos o indiferentes (ni una cosa ni la otra) con el ambiente físico en su puesto de trabajo (Tabla 62).

ANOVA DE UN FACTOR, SATISFACCIÓN 7: CAPACIDAD PARA CONCILIAR EL TRABAJO CONLA VIDA FAMILIAR.

El grado de satisfacción con la capacidad de conciliación del trabajo con la vida familiar insatisfecho (1), ni una cosa ni la otra (2) y satisfecho (3), posee diferencias con el Cansancio Emocional directo que tiene una persona (Tabla 63).

Tabla 63: ANOVA, Conciliar

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
CE_DIRECTO	Inter-grupos	1082,804	2	541,402	5,820	**,004**
	Intra-grupos	14604,190	157	93,020		
	Total	15686,994	159			
DP_DIRECTO	Inter-grupos	74,255	2	37,128	1,282	,280
	Intra-grupos	4546,145	157	28,956		
	Total	4620,400	159			
RPR_DIRECTO	Inter-grupos	41,321	2	20,660	,300	,741
	Intra-grupos	10804,654	157	68,819		
	Total	10845,975	159			

El estar satisfecho con la capacidad de conciliación del trabajo con la vida familiar presenta un nivel bajo de Cansancio emocional, mientras que estar insatisfecho con la capacidad de conciliación del trabajo con la vida familiar, indica que tendremos un nivel medio de Cansancio Emocional (Tabla 64 y 65).

PRUEBAS POST-HOC

Tabla 64: Comparaciones múltiples

Comparaciones múltiples							
						Scheffé	
Variable dependiente	(I) Satis7	(J) Satis7	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
CE_DIRECTO	1	2	1,986	2,491	,728	-4,17	8,14
		3	5,741*	1,732	,005	1,46	10,02
	2	1	-1,986	2,491	,728	-8,14	4,17
		3	3,754	2,291	,264	-1,91	9,42
	3	1	-5,741*	1,732	,005	-10,02	-1,46
		2	-3,754	2,291	,264	-9,42	1,91

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

SUBCONJUNTOS HOMOGÉNEOS

Tabla 65: Cansancio Emocional directo

CE_DIRECTO			
Scheffé[a,b]			
Satis7	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
Satisfecho	91	18,79	
Ni una cosa ni la otra	22	22,55	22,55
Insatisfecho	47		24,53
Sig.		,235	,665

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 38,600.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

ANOVA DE UN FACTOR, SATISFACCIÓN 8: EN GENERAL, SOBRE SU ACTIVIDAD Y SITUACIÓN LABORAL SE ENCUENTRA.

Tabla 66: ANOVA, Situación laboral

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
CE_DIRECTO	Inter-grupos	1652,089	2	826,045	9,242	**,000**
	Intra-grupos	14031,886	157	89,375		
	Total	15683,975	159			
DP_DIRECTO	Inter-grupos	24,468	2	12,234	,418	,659
	Intra-grupos	4595,932	157	29,273		
	Total	4620,400	159			
RPR_DIRECTO	Inter-grupos	29,538	2	14,769	,217	,805
	Intra-grupos	10692,237	157	68,103		
	Total	10721,775	159			

El grado de satisfacción en general sobre su actividad y situación laboral insatisfecho (1), ni una cosa ni la otra (2) y satisfecho (3), posee diferencias con el Cansancio Emocional directo que tiene una persona (Tabla 66).

SUBCONJUNTOS HOMOGÉNEOS

Tabla 67: Cansancio Emocional directo

CE_DIRECTO			
Scheffé[a,b]			
Satis8	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
Satisfecho	112	18,92	
Ni una cosa ni la otra	13	24,92	24,92
Insatisfecho	35		26,26
Sig.		,074	,878

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 26,218.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

Estar satisfecho de manera general sobre la actividad y situación laboral actual, presenta un nivel de Cansancio Emocional de tipo bajo, los DUES que se encuentran insatisfechos en dicha situación, presentan un nivel de Cansancio Emocional de tipo Alto.

Todos aquellos que estén en "ni una cosa ni la otra" presentan un nivel de Cansancio Emocional de tipo medio (Tabla 67).

5.4.3. ANOVA de un factor para la ocurrencia de situaciones especiales.

Se ha realizado un análisis de la ocurrencia de situaciones especiales, para observar si se generan diferencias en el nivel de *Burnout* (Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal reducida) de los DUES de la muestra.

De las cinco preguntas de ocurrencia de situaciones especiales, no siempre se revelan diferencias en el nivel de estrés, medido a través de las tres dimensiones del *Maslach*

Burnout Inventory, Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal reducida.

Las preguntas de ocurrencia de situaciones especiales en el puesto de trabajo que no generan diferencias son las siguientes: Situación 2 Discusiones con familiares de los pacientes o residentes; Situación 3 Asistido a fallecimiento de pacientes y Situación 5 Discusiones con los compañeros de trabajo.

Se han encontrado diferencias en el nivel de estrés en las siguientes: Situación 1 Discusión con pacientes y residentes; y Situación 4 Reprimendas de los superiores con respecto a su trabajo.

ANOVA DE UN FACTOR, SITUACIÓN 1: DISCUSIONES CON PACIENTES Y RESIDENTES.

La situación discusión con pacientes y residentes, "Nunca" (1), "Una vez" (2), "Algunas veces" (3) y "A menudo" (4), posee diferencias con el Cansancio Emocional directo y con la Despersonalización directa que presenta una persona (Tabla 68).

Tabla 68: ANOVA, Discusiones

ANOVA de un factor						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
CE_DIRECTO	Inter-grupos	795,105	3	265,035	2,783	**,043**
	Intra-grupos	14759,385	155	95,222		
	Total	15554,491	158			
DP_DIRECTO	Inter-grupos	352,552	3	117,517	4,385	**,005**
	Intra-grupos	4153,724	155	26,798		
	Total	4506,277	158			
RPR_DIRECTO	Inter-grupos	253,385	3	84,462	1,248	,294
	Intra-grupos	10490,652	155	67,682		
	Total	10744,038	158			

SUBCONJUNTOS HOMOGÉNEOS

Tabla 69: Cansancio Emocional directo

CE_DIRECTO Student-Newman-Keuls			
Sit1	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
Nunca	64	19,16	
Una vez	24	20,25	
Algunas veces	67	22,57	
A menudo	4		31,00
Sig.		,659	1,000

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 12,414.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

Tabla 70: Despersonalización directa

DP_DIRECTA Student-Newman-Keuls			
Sit1	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
Nunca	64	4,67	
Una vez	24	6,71	6,71
Algunas veces	67	7,46	7,46
A menudo	4		11,00
Sig.		,374	,100

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 12,414.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

Los entrevistados que "a menudo" presentan discusiones con los pacientes y residentes tienden a presentar un nivel de Cansancio Emocional Alto.

Las personas que "nunca", "una vez" o "algunas veces" tienen discusiones con los pacientes o residentes presentarán un nivel medio de Cansancio Emocional.

Como conclusión podemos decir que tener discusiones con los pacientes o residentes hace que los DUES que trabajan en Cuidados Paliativos tengan un Cansancio Emocional Alto, frente al resto de los grupos donde reduciendo la frecuencia de dichas situaciones, el grado de Cansancio Emocional se verá disminuido (Tabla 69).

A mayor número de discusiones con pacientes y residentes, el personal de enfermería verá incrementado su grado de Despersonalización.

Podemos observar que cuanto mayor sea el número de discusiones con los pacientes, el grado de Despersonalización de dicho individuo se verá incrementado (Tabla 70).

ANOVA DE UN FACTOR, SITUACIÓN 4: RECIBIR REPRIMENDAS DE LOS SUPERIORES CON RESPECTO A SU TRABAJO.

Tabla 71: ANOVA, Reprimendas

ANOVA de un factor						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
CE_DIRECTO	Inter-grupos	1156,867	2	578,433	6,245	**,002**
	Intra-grupos	14542,077	157	92,625		
	Total	15698,944	159			
DP_DIRECTO	Inter-grupos	177,021	2	88,511	3,209	**,043**
	Intra-grupos	4330,973	157	27,586		
	Total	4507,994	159			
RPR_DIRECTO	Inter-grupos	2,405	2	1,202	,018	,983
	Intra-grupos	10772,839	157	68,617		
	Total	10775,244	159			

La situación recibir reprimendas de los superiores con respecto al trabajo, "Nunca" (1), "Una vez" (2), "Algunas veces" (3) y "A menudo" (4) posee diferencias con el Cansancio Emocional directo y con la Despersonalización directa que tiene una persona (Tabla 71).

SUBCONJUNTOS HOMOGÉNEOS

Tabla 72: Cansancio Emocional directo

CE_DIRECTO Student-Newman-Keuls			
Sit4	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
Nunca	93	18,70	
Una vez	34		24,15
Algunas veces	33		24,15
Sig.		1,000	,998

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 42,573.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

A medida que el personal de enfermería tenga un mayor número de discusiones con los superiores, se verá incrementado el nivel de Cansancio Emocional de dicho individuo. Los que "nunca" han tenido reprimendas de sus superiores no manifestarán tener Cansancio Emocional (Tabla 72).

Tabla 73: Despersonalización directa

DP_DIRECTO Student-Newman-Keuls		
Sit4	N	Subconjunto para alfa = 0.05
		1
Nunca	93	5,45
Una vez	34	7,03
Algunas veces	33	7,97
Sig.		,072

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 42,573.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

A mayor número de reprimendas de los superiores se verá incrementado el nivel de Despersonalización. Los que "nunca" tuvieron reprimendas de los superiores estarán menos Despersonalizados (Tabla 73).

5.4.4. ANOVA de un factor para los factores de personalidad con la satisfacción en el puesto de trabajo.

Se ha realizado un análisis de los distintos factores de personalidad de los trabajadores entrevistados para observar si se generan diferencias con la satisfacción laboral.

De los cinco factores de personalidad, no siempre el grado de satisfacción revela diferencias con los datos socio demográficos.

Los factores de personalidad que no tienen diferencias son: la Extraversión, la Sociabilidad, la Responsabilidad y la Apertura al cambio.

Se han encontrado diferencias en el nivel de estrés en el Neuroticismo.

ANOVA de un factor, NEUROTICISMO.

Tabla 74: ANOVA, Neuroticismo

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Ambiente físico de trabajo	Inter-grupos	5,087	2	2,544	3,733	**,026**
	Intra-grupos	106,284	156	,681		
	Total	111,371	158			
Actividad y situación laboral	Inter-grupos	6,258	2	3,129	4,684	**,011**
	Intra-grupos	102,863	154	,668		
	Total	109,121	156			

El tener un nivel de Neuroticismo alto, medio o bajo, posee diferencias con el grado de satisfacción del ambiente físico de trabajo y con el grado de satisfacción de la actividad y situación laboral actual (Tabla 74).

PRUEBAS POST-HOC

Tabla 75: Comparaciones múltiples

Comparaciones múltiples							
Scheffé							
Variable dependiente	(I) Neuroticismo	(J) Neuroticismo	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Ambiente físico de trabajo	1	2	,045	,163	,963	-,36	,45
		3	,399	,165	**,056**	-,01	,81
	2	1	-,045	,163	,963	-,45	,36
		3	,354	,155	**,078**	-,03	,74
	3	1	-,399	,165	,056	-,81	,01
		2	-,354	,155	,078	-,74	,03
Actividad y situación laboral	1	2	-,032	,163	,981	-,43	,37
		3	,400	,164	**,055**	-,01	,81
	2	1	,032	,163	,981	-,37	,43
		3	,432*	,154	**,0**	,05	,81
	3	1	-,400	,164	,055	-,81	,01
		2	-,432*	,154	,022	-,81	-,05

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

Las personas con un alto nivel de Neuroticismo en su personalidad presentan una insatisfacción con respecto al ambiente físico de trabajo (Tabla 75 y 76).

Los DUES que presenten un alto nivel de Neuroticismo tendrán una insatisfacción en cuanto a su actividad y situación laboral (Tabla 77).

SUBCONJUNTOS HOMOGÉNEOS:

Tabla 76: Ambiente físico de trabajo

Ambiente físico de trabajo			
Scheffé[a,b]			
Neuroticismo	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
Alto	55	1,82	
Medio	58	2,17	2,17
Bajo	46		2,22
Sig.		,093	,962

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 52,482.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

Tabla 77: Actividad y situación laboral

Actividad y situación laboral			
Scheffé[a,b]			
Neuroticismo	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
Alto	55	2,20	
Medio	45		2,60
Bajo	57		2,63
Sig.		1,000	,981

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 51,771.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

Capítulo 6: Discusión

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Una vez analizados todos y cada uno de los resultados obtenidos en el apartado anterior, observamos que la mayor parte de los entrevistados son de origen hospitalario, debido a que es donde se realiza la mayor parte de la actividad paliativa con este tipo de pacientes. A pesar de que la muestra es menor a nivel residencial, los resultados obtenidos son similares. La muestra es joven y femenina mayoritariamente.

El presente estudio apoya los resultados obtenidos en el artículo de Manzano y Ramos[157] de 2001, donde se recabó información sobre el MBI, encontrando que los años de experiencia favorecen al control personal percibido, disminuyendo el grado de indefensión hacia la presencia de *Burnout.* Se trata de un estudio comparativo entre enfermeras y secretarias. El estudio que hemos realizado concuerda con el de Manzano y Ramos al coincidir en defender la teoría de que los DUES que trabajan en Cuidados Paliativos, con un mayor número de años de experiencia en dichas unidades, presentarían un menor riesgo de padecer *Burnout* profesional debido a que, acabarán en estas unidades especificas, aquellos DUES que estén más predispuestos a asumir este tipo de situaciones con enfermos terminales padeciendo, por lo tanto, un menor riesgo de *Burnout.*

La mayor parte del estudio se ha llevado a cabo en la Comunidad Autónoma de Galicia, y un pequeño porcentaje en la de Canarias. A pesar de que aparentemente son dos comunidades autónomas diferentes, en cuanto a su situación geográfica y cultural, debemos indicar que la actividad de enfermería de cuidados paliativos en ambas comunidades se realiza de manera similar, presentando igual problemática en ambas comunidades. Necesitaremos, por lo tanto, soluciones similares para ambos grupos de trabajadores.

Los datos que hemos obtenido y analizado del apartado *Maslach Burnout Inventory* podemos dividirlos en tres categorías diferentes:

Del total de los entrevistados, algo menos de la mitad presenta un nivel de Cansancio Emocional bajo y más de la mitad una sensación de Cansancio Emocional medio-alto, influyendo negativamente a la hora de desarrollar su trabajo profesional con enfermos terminales.

Centrándonos ahora en el nivel de Despersonalización de la muestra, observamos que la mitad presenta un nivel bajo y, la otra mitad, presenta un nivel Medio-Alto de

Despersonalización. Estos resultados hacen que exista una problemática casi igualada a la del nivel de Cansancio Emocional, donde encontraremos una influencia negativa a la hora de realizar su trabajo.

En el grado de Realización Personal Reducida (RPR) obtenemos datos parecidos a los anteriores, destacando que más de dos cuartos de la población presenta una Realización Personal Reducida elevada, frente al cuarto de la misma que la presenta baja.

Comparando el artículo de Martínez y su equipo[50], donde se analizan los niveles y prevalencia de *Burnout* en enfermeras de Cuidados Paliativos y del resto de unidades hospitalarias y en el que se llegó a la conclusión de que los niveles de quemamiento de las enfermeras estudiadas han resultado ser similares en los dos grupos y superiores a los controles de la población española, con nuestro estudio, en el cual obtenemos resultados similares tanto a nivel de Cansancio Emocional como Despersonalización en las unidades de Cuidados Paliativos, podemos, como lectura final de la comparación, indicar que el personal de enfermería tiene mayor estrés en este tipo de unidades específicas.

En nuestro estudio observamos que el Síndrome de *Burnout* está presente en el cuidado de la salud de los trabajadores de unidades de Cuidados Paliativos con enfermos gerontológicos terminales con resultados similares a los obtenidos en el estudio llevado a cabo por Raggio y Malacarne[48] en 2007, realizado a trabajadores de la unidad especial UCI.

Grau-Arberola, Gil-Monte, García-Juesas, Figueirido-Ferraz[158] llevaron a cabo un estudio para conocer el grado de *Burnout* que puede poseer una enfermera de un hospital en un momento determinado, T1 y analizarlo de nuevo un año después, T2. Se entrevistaron de manera anónima 316 enfermeras. Como conclusiones observaron lo siguiente: un aumento significativo en los niveles de Agotamiento Emocional de T1 a T2, pero no hubo cambios significativos en los niveles de Realización Personal o Despersonalización de T1 a T2. Cuando las puntuaciones en las tres dimensiones del MBI fueron consideradas en conjunto, hubo una disminución en la incidencia de *Burnout* de T1 a T2. La prevalencia de dicho *Burnout*, en el personal de enfermería, puede ser modificada a través del tiempo, en función de los criterios utilizados para estimarla. Consideramos que deberían analizar que ha

pasado en ese periodo de tiempo para que los resultados del Agotamiento Emocional no sólo no se hayan mantenido o disminuido si no que, por el contrario, hayan aumentado, a pesar de que en conjunto las tres variables presentaron una disminución del *Burnout* de T1 a T2.

Los resultados obtenidos del grado de satisfacción en el puesto de trabajo y las cuestiones relativas a los datos socio demográficos de nuestros entrevistados, son los siguientes:

Tienen un grado de insatisfacción elevado en cuanto al salario que reciben en su puesto de trabajo y a las escasas oportunidades de promoción del mismo. Llegados a este punto se plantea una cuestión a la hora de analizar los cuestionarios, las personas que están insatisfechas con su salario actual, no se plantean realizar un mayor número de turnos de noche para incrementar de este modo la cuantía de su salario a final de mes. Podemos intuir que prefieren estar un poco más insatisfechos con su nivel salarial y, en cambio, tener un grado de satisfacción mayor en cuanto a su vida personal y estar de este modo más satisfecho con su puesto de trabajo.

Por otro lado están los que afirman estar satisfechos con su salario y el ambiente físico en el trabajo, aumentando el grado de conciliación del trabajo enfermero con la vida familiar de los mismos. Siempre y cuando el grado de satisfacción en el ambiente físico de trabajo sea bueno, existirá una disminución del grado de Cansancio Emocional de dicho trabajador y, por lo tanto, la realización del trabajo se verá modificada positivamente.

Debemos tener en cuenta que, cuanto mayor sea nuestra satisfacción a nivel global del puesto de trabajo, más satisfecho estará dicho trabajador con su situación laboral actual y mayor será el nivel de satisfacción para poder conciliar el trabajo con la vida familiar.

En 2011 Lee y Katar[159] publicaron un estudio en el que se analiza la importancia del contexto de trabajo social en un centro de salud y el contenido de dicho trabajo de las enfermeras para ver cómo influye en las tres dimensiones del *Burnout.* Los resultados finales indican que tanto el contexto del trabajo social como el contenido del mismo, tiene efectos significativos sobre las dimensiones del *Burnout*. Los efectos sobre el lugar de trabajo, tuvieron un efecto negativo significativo en la Realización Personal, mientras que el la influencia que tiene la realización de dicho trabajo, es positiva. Estos hallazgos

proponen que debe realizarse otro modelo de gestión para lidiar contra el Agotamiento Emocional en el trabajo del personal de enfermería.

Si el ambiente físico en el trabajo es malo, se verá reflejado en un incremento del grado de Cansancio Emocional de cada trabajador y se modificará negativamente el grado de Neuroticismo, influyendo en la manera de llevar a cabo su trabajo profesional de forma negativa. Hemos de tener en cuenta en todo momento que siempre y cuando el nivel de Cansancio Emocional de una persona se vea incrementado por alguna situación en general o en particular, existirá un incremento del grado de Despersonalización de esta, influyendo en el trabajo del mismo. Esta situación también se puede dar de manera contraria, a mayor nivel de Despersonalización de una persona, mayor nivel de Cansancio Emocional.

Podemos indicar que en nuestro trabajo la satisfacción global del puesto de trabajo se correlaciona negativamente con el Cansancio Emocional y con la Despersonalización, tal como ocurre en el artículo Roth y Pinto[104], donde se establece la relación entre en *Burnout*, la satisfacción laboral y los rasgos de personalidad, al obtener que la satisfacción laboral se correlaciona positivamente con la "Realización Personal", negativamente con la "Despersonalización" y "Agotamiento Emocional".

Glasberg, Ericson y Norberg[160] publicaron un artículo en el que concluyeron que es necesario estar atento a nuestros sentimientos y a los sentimientos de otras personas con problemas de conciencia, para prevenir el desgaste en el cuidado de la salud y cuidado personal y necesitará reflexionar sobre su conciencia atormentada. Consideran que debe incrementarse la investigación sobre como una conciencia atormentada se puede aliviar, centrándose especialmente en el entorno de trabajo, para poder disminuir de este modo el estrés.

En nuestro trabajo, después de analizar todas las respuestas posibles y realizar numerosos cruces entre variables, podemos asegurar, que la persona que está satisfecha de manera global en su puesto de trabajo, también lo estará en cada uno de los ítems analizados por separado, sobre todo en los referentes a la capacidad de conciliación del trabajo enfermero con la vida familiar del trabajador y la situación y actividad laboral actual.

En relación a los resultados que hemos obtenidos, a mayor satisfacción del puesto de trabajo, existirá una menor presencia de los indicadores de *Burnout* en nuestros trabajadores y viceversa, a menor satisfacción laboral mayor puntaje de los indicadores de *Burnout.* Esto mismo sucede en el artículo publicado en 2000 por Quiroz y Saco[56] donde se analizaron las respuestas obtenidas a través del MBI y de dos cuestionarios de auto informe sobre la satisfacción laboral y auto percepción en enfermeras y médicos del Hospital Sur Este del Cusco. Encontraron que a mayor satisfacción laboral, menor es la presencia de indicadores de *Burnout*, ocurriendo lo mismo que en diversos estudios que plantean que existe relación entre satisfacción laboral y *Burnout*[57-60]. En todos ellos, a mayor puntuación de los componentes del síndrome de *Burnout*, menor será la satisfacción laboral.

De manera contraria, si nos encontramos con trabajadores que poseen una actividad y situación laboral actual mala, que no sean capaces de conciliar el trabajo con su vida familiar, el nivel de Neuroticismo de su personalidad se verá incrementado, influyendo negativamente a la hora de desenvolver su trabajo habitual y en el grado de Sociabilidad de dicho trabajador.

Podemos comentar que todos aquellos DUES que tengan una elevada carga de trabajo presentarán asociado a ello un incremento importante del grado de Cansancio Emocional y, como consecuencia, peor eficiencia en el trabajo y peor trato a los pacientes. En el año 2001 Greenglass, Burke y Fiksenbaum[103] publicaron un trabajo con datos relativamente parecidos a los nuestros en el que se relacionaba la carga de trabajo, el agotamiento y la somatización de las enfermeras con el grado de Cansancio Emocional de las mismas.

Nuestros entrevistados afirman estar satisfechos con las relaciones que tienen tanto con los jefes, con los compañeros, con los pacientes y con la capacidad de conciliación del trabajo con la vida familiar.

La mayor parte de los entrevistados afirman tener una situación laboral estable, frente a un cuarto de la misma que posee una situación laboral de inestabilidad. Los datos obtenidos en este apartado pueden compararse con los del estudio de Nübling, Vomstein, Schimidt et al.[161] llegando a la conclusión de que en comparación con los empleados de la atención hospitalaria general, los empleados de atención geriátrica, y en especial, los trabajadores de

atención domiciliaria, evaluarían su situación psicosocial de trabajo, de manera más positiva para la mayoría de los ítems.

En nuestro estudio, más de tres cuartos de los entrevistados admite que trabaja a turnos y que la mayoría no posee inconvenientes para realizar cambios de turnos con sus compañeros de trabajo. Con respecto a la pregunta si es bueno o malo tener turnos de noche, más de un tercio de los entrevistados afirma que es mejor no tenerlos por diversos motivos: conciliación de vida familiar, salud, calidad de vida, organización y estabilidad, frente a un pequeño porcentaje que preferiría tenerlos para disfrutar de más días libres y ver incrementado la cuantía de su nivel salarial mensual.

Más de dos tercios de los entrevistados afirman que en sus unidades no existen turnos enfermeros anti estrés, a pesar de que les gustaría tenerlos y que los ven necesarios. Casi la totalidad de los entrevistados no poseen temporadas anti estrés.

Al margen de este tipo de turnos o temporadas anti estrés de las unidades, también hemos preguntado si existía algún tipo de ayuda psicológica en la unidad para los trabajadores, observando lo mismo que en el apartado anterior, casi la totalidad de los entrevistados no poseen este tipo de ayuda. Deberían crearse este tipo de ayudas psicológicas en unidades paliativas, para que los DUES puedan acceder a ellas en caso de estar sobrepasados, cansados o agotados en su trabajo. Es mejor que existan este tipo de unidades para utilizarlas en el momento en el que el profesional se sienta sobrepasado y no demorarlo hasta que el problema posea difícil solución y sea el paciente el mayor perjudicado.

En nuestro estudio obtuvimos que, con carácter general, los entrevistados están satisfechos en cuanto a su situación, actividad laboral y puesto de trabajo actual.

En los datos obtenidos en el análisis de la varianza de un factor para los distintos grados de satisfacción en el puesto de trabajo con el nivel de *Burnout* observamos lo siguiente: hemos llegado a la conclusión de que los DUES de la muestra que están más insatisfechos con su salario actual poseen un nivel de Cansancio Emocional intermedio, por lo que se sentirán estresados, mientras que las personas que están más satisfechas con su salario son las que poseen un valor de Cansancio Emocional bajo o muy bajo, coincidiendo estos resultados con los anteriormente comentados en el apartado de Introducción-*Burnout* por Centeno[33] y

su equipo, donde los aspectos salariales no parecen ser un factor desencadenante de *Burnout*. Cuanto más satisfecho se encuentre el personal en cuanto al ambiente físico de trabajo y la capacidad de conciliación del trabajo con la vida familiar, menor Cansancio Emocional poseerá. Por el contrario si están insatisfechos o indiferentes con el ambiente físico en el trabajo o con la capacidad de conciliación del trabajo con la vida familiar, el nivel de Cansancio Emocional será medio.

Encontramos un nivel bajo de Cansancio Emocional siempre que el personal esté satisfecho en general sobre la actividad y la situación laboral actual, si se encuentran insatisfechos, el nivel de Cansancio Emocional se verá incrementado.

Desde el principio de nuestro estudio comentamos que el personal de enfermería presenta alto riesgo de padecer niveles elevados de estrés y, que probablemente, puedan aumentar con el tiempo, Garrosa, Moreno-Jiménez, Liang y González[154] publicaron un artículo donde se llegó a la misma conclusión. Identificar un proceso integrador de *Burnout* en enfermeras es un paso esencial para desarrollar estrategias eficaces de gestión, de manera que se reduzca el problema de Agotamiento Emocional. El estudio sugiere que la intervención dirigida a reducir el riesgo de *Burnout* puede lograr mejores resultados si se incluye la mejora del bajo nivel de personalidad de los trabajadores y, no sólo, la disminución de los factores de estrés ambientales.

Si analizamos en nuestro estudio los resultados obtenidos del grado de ocurrencia de situaciones especiales en el puesto de trabajo observamos que “algunas veces” tienen discusiones tanto con los pacientes de la unidad, con los familiares de los mismos y con los compañeros de trabajo. “A menudo” presencian defunciones de pacientes gerontológicos paliativos y, como dato significativo, observamos que “nunca” han recibido reprimendas de sus superiores.

Con estos datos podemos llegar a la conclusión de que estar en contacto continuo con este tipo de pacientes y con sus familias, hace que dicho personal se desgaste a nivel profesional llegando a discutir tanto con ellos como con los propios compañeros de trabajo “algunas veces”.

Hemos de tener en cuenta que si nuestros trabajadores poseen un mayor número de discusiones en el trabajo con los compañeros, esto influirá de manera negativa en el grado

de satisfacción que tendrá dicho trabajador con sus superiores y, de manera global, con su puesto de trabajo. Por el contrario, un trabajador que tenga discusiones con los familiares de los pacientes, hace que el nivel de satisfacción de ese trabajador se vea correlacionado de manera positiva con la relación que ese trabajador posee con sus propios compañeros de trabajo. Esto puede deberse a que en el caso de existir discusiones con familiares de los pacientes, estos trabajadores se ven respaldados por las ayudas recibidas por los compañeros de trabajo, haciendo que esta relación entre compañeros se vea reforzada.

Hemos detectado influencias negativas al asistir a un elevado número de fallecimientos en el puesto de trabajo, creando una peor capacidad de conciliación del trabajo con la vida familiar de los trabajadores. Al asistir a un número elevado de fallecimientos durante la jornada laboral, en el domicilio pueden sentir que no son capaces de actuar normalmente, encontrándose afectados por dicha situación. El asistir de manera continuada al fallecimiento de pacientes gerontológicos terminales influye negativamente a la hora de conciliar el trabajo con la vida familiar.

Podemos comparar nuestros resultados con los de Vargas-Caza, Pacheco-Rodríguez et al.[54], que llegaron a la conclusión de que al personal de enfermería que vive el proceso de la muerte según las creencias, aspectos culturales y religiosos del paciente, les resulta difícil brindar atención de calidad dentro del aspecto psicológico. De este modo se verá afectado negativamente tanto su trabajo como su vida familiar.

En los datos obtenidos en el análisis de la varianza de un factor para las ocurrencias de situaciones especiales con el nivel de *Burnout* hemos obtenido lo siguiente: los DUES entrevistados que “a menudo” discuten con los pacientes de la unidad, verán incrementado su grado de cansancio emocional y de despersonalización, frente al resto de los grupos que, reduciendo la frecuencia de esta situación, disminuirá el grado de Cansancio Emocional y de Despersonalización de los mismos.

A medida que el personal enfermero tiene un mayor número de discusiones con sus superiores, se verá incrementado el nivel de Cansancio Emocional y de Despersonalización. El personal que “nunca” ha tenido reprimendas de sus superiores, no manifiesta tener Cansancio Emocional y están menos Despersonalizados.

Una vez analizadas las tablas de frecuencia de los factores de personalidad de nuestros entrevistados, obtenemos la siguiente información de interés para nuestro estudio:

Más de un cuarto de los entrevistados afirman tener un bajo nivel de Extraversión de su personalidad y la mitad de los mismos presentan un grado de Sociabilidad elevado. En el caso del grado de Responsabilidad observamos que los resultados son muy parecidos para las tres opciones de respuesta por lo que podemos concluir que un tercio de la población posee un grado alto, un tercio un grado medio y otro tercio un grado bajo. Para el Neuroticismo, más de un tercio de los entrevistados posee un nivel de Neuroticismo elevado. Un tercio de la muestra afirma tener un nivel de Apertura al Cambio elevado de su personalidad frente a dos tercios de la misma que presenta un nivel medio-bajo.

Se ha comprobado que el grado de Sociabilidad y el de Extraversión, de la personalidad, se encuentran correlacionados positivamente con el grado de Responsabilidad, de Neuroticismo y de Apertura al Cambio.

En los datos obtenidos en el análisis de la varianza de un factor para los factores de personalidad con el nivel de *Burnout* hemos obtenido los siguientes resultados:

Comprobamos que las personas que son poco Extrovertidas en su personalidad, presentan un nivel de estrés en cuanto a su Despersonalización de tipo medio. Haciendo una lectura inversa de los datos tenemos que una persona Extrovertida en su personalidad tiende a no tener estrés en ninguno de sus tres niveles. Estos datos podemos compararlos con los obtenidos en 2007 por Raiziene y Endriulaitiene[151] que analizaron las relaciones entre la empatía, el compromiso laboral y el Agotamiento Emocional de las enfermeras. Se utilizó también el MBI y se llegó a la conclusión de que las enfermeras que tienen más empatía, son más propensas a desarrollar un mayor compromiso profesional. Mayores niveles de empatía y compromiso profesional de las enfermeras se asocian con un menor Agotamiento Emocional. Como conclusión se señaló que las diferencias en el Agotamiento Emocional entre las enfermeras, se explican por el compromiso ocupacional e indirectamente por la empatía y experiencia de las mismas.

En la muestra obtenida, observamos que las personas que son poco Sociables en su personalidad, poseen un nivel bajo de Cansancio Emocional. A medida que aumentamos en

Sociabilidad, hacia un grado medio, observaremos que nuestro grado de Cansancio Emocional se verá incrementado hasta un nivel intermedio.

El grado de Responsabilidad de la personalidad de la muestra nos indica, que todos los DUES evaluados, poseen un nivel medio de estrés. Están todos estresados de forma media a pesar de que el sujeto sea más o menos responsable a la hora de realizar su trabajo.

Las personas que presenten un nivel de Neuroticismo bajo, también tendrán un grado de Cansancio Emocional bajo, mientras que los que tengan un nivel de Neuroticismo elevado poseerán un grado de Cansancio Emocional medio.

En 2007 Hawkins, Howard y Oyebode[152] publicaron un artículo que coincide con los resultados obtenidos en nuestra investigación. El estudio encontró apoyo parcial a la hipótesis de que las enfermeras con estilos de apego inseguros, experimenten más estrés que las enfermeras menos inseguras. Las enfermeras de cuidados paliativos, con un apego de estilo temeroso, resultaron tener una menor probabilidad de buscar apoyo social emocional como forma de lidiar con el estrés que las enfermeras de Cuidados Paliativos con un estilo de apego seguro o preocupado.

Las personas de nuestro estudio que son poco Abiertas al Cambio en su personalidad, poseen una Realización Personal Reducida intermedia. Por otro lado, el ser muy Abiertos al Cambio hace que nuestro grado de Realización Personal Reducida sea elevada, presentando por lo tanto una alta sensación de logro.

Maslach junto a Schaufeli y Leiter en 2001, publicaron un estudio en el cual se pretendieron identificar los factores de riesgo del síndrome ligados a los rasgos de personalidad. Siguiendo esta línea de investigación Ghorpadem, Lackritz y Singh[153], llevaron a cabo un análisis regresivo en las respuestas de 265 docentes universitarios al MBI y al *Big Five*, identificando que el agotamiento emocional se relaciona negativamente con la Extraversión y positivamente con la Apertura al Cambio; por su parte la Despersonalización se relaciona de manera negativa con la Sociabilidad y el Neuroticismo; finalmente la Realización Personal posee una asociación positiva con la Extraversión, Responsabilidad, Sociabilidad y bajo puntaje con el Neuroticismo. En nuestro estudio hemos obtenido resultados diferentes en las tres dimensiones del MBI: relación positiva de

la Despersonalización con la Extraversión; relación entre el grado de Cansancio Emocional y la Sociabilidad y Neuroticismo; y la Realización Personal Reducida y el grado de Apertura al Cambio, lo cual puede estar motivado por la naturaleza de la muestra, la nuestra DUES y la del estudio de Ghorpadem, Lackritz y Singh[153], docentes universitarios.

Los resultados obtenidos en nuestra investigación poseen relación tanto con los tres factores del *Burnout,* como con los cinco factores de personalidad del *Big Five*, lo cual coincide con los resultados de Ghorpadem, Lackritz y Singh[153] y de Zellars, Perrewé y Hochwarte[162] de 2000.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Capítulo 7: Conclusiones

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Conclusiones en base al Primer Objetivo Específico:

En relación al primero de nuestros objetivos específicos desarrollados en el *Capítulo 3: Objetivos,* conocer el grado de estrés del personal de enfermería de las unidades hospitalarias de Cuidados Paliativos y de centros gerontológicos, los resultados han sido los siguientes.

- Más de la mitad de la muestra de DUES entrevistados presentan un nivel de Cansancio Emocional medio-alto.
- Un poco menos de la mitad de la muestra, presenta un grado de Despersonalización medio-alto.
- Un cuarto, aproximadamente, presenta una Realización Personal Reducida Baja.

Estos datos tan elevados, sobre todo en los apartados de Cansancio Emocional y de Despersonalización, influirán de manera negativa a la hora de desarrollar el trabajo de enfermería tanto en hospitales como en centros gerontológicos con enfermos terminales. Deberían localizarse y tratarse las situaciones que generan este estrés para que el trabajo en dichas unidades sea más llevadero y menos estresante.

Como conclusión final del primero de nuestros objetivos debemos decir que existe estrés en las Unidades de Cuidados Paliativos, sobre todo a nivel de Cansancio Emocional y de Despersonalización, en la mitad de nuestros entrevistados.

Conclusiones en base al Segundo Objetivo Específico:

El segundo objetivo específico de nuestro estudio propone conocer la relación que existe entre el estrés y las distintas variables estudiadas y analizadas del instrumento de evaluación. Hemos sacado en conclusión lo siguiente:

- Los entrevistados se encuentran satisfechos con las relaciones que tienen con sus jefes, con los compañeros, con los pacientes, con la capacidad de conciliación del trabajo con la vida familiar y con la capacidad para realizar cambios en los turnos de trabajo.

— Por el contrario, si no son capaces de conciliar el trabajo con la vida familiar esto influirá de manera negativa en el grado de Sociabilidad y Neuroticismo de su personalidad.
— Una clara mayoría de los entrevistados presentan una situación de estabilidad laboral.
— Dos tercios no tienen turnos enfermeros anti estrés y casi la totalidad de la muestra no posee temporadas anti estrés ni ayuda psicológica en su unidad.
— Si el ambiente físico de trabajo es malo existirá un incremento del nivel de Cansancio Emocional de cada trabajador. Siempre que el grado de Cansancio Emocional de una persona aumente, también se verá incrementado el grado de Despersonalización de la misma y viceversa.
— Los trabajadores que presenten una actividad y una situación laboral actual mala, tendrán incrementado el nivel de Neuroticismo de su personalidad.
— En relación al grado de satisfacción en el puesto de trabajo, los entrevistados han manifestado estar insatisfechos con su salario, por lo que poseen un nivel de Cansancio Emocional intermedio. Cuanto más satisfechos estén con su salario el nivel de Cansancio Emocional se verá disminuido.
— Tendrán menos Cansancio Emocional cuanto más satisfechos se encuentren con el ambiente físico de trabajo y la capacidad de conciliación del trabajo con la vida familiar. Por el contrario, este nivel de Cansancio Emocional se verá incrementado cuanto más insatisfechos estén.
— Podemos indicar que cuanto más satisfechos se encuentren, en general, con su actividad laboral, menor Cansancio Emocional poseerán y cuanto más insatisfechos, mayor Cansancio Emocional.
— En relación a la ocurrencia de situaciones especiales, los DUES evaluados han manifestado que "a menudo" tienen discusiones con los pacientes y que, cuantas más discusiones tengan con los superiores, se verán incrementados su grado de Cansancio Emocional y de Despersonalización.

— El hecho de tener un mayor número de discusiones en el trabajo con los compañeros influirá de manera negativa en el grado de satisfacción que el entrevistado tendrá sobre sus superiores y, de manera global, sobre su puesto de trabajo.
— El poseer un mayor número de discusiones con los familiares de los pacientes hace que se correlacione de manera positiva con la relación que ese trabajador tiene con sus compañeros de trabajo.
— Asistir a un elevado número de fallecimientos en el puesto de trabajo crea una peor capacidad de conciliación del trabajo con la vida familiar de los trabajadores.

Conclusiones en base al Tercer Objetivo Específico:

El tercero de los objetivos específicos de nuestro estudio consiste en relacionar de qué manera influye el presentar un determinado tipo de personalidad con el grado de estrés que un trabajador puede presentar en el ámbito laboral:

— En más de un cuarto de los entrevistados hemos observado que las personas que son poco Extrovertidas poseen un grado de estrés de su Despersonalización de tipo intermedio, mientras que las personas muy Extrovertidas, más de un tercio de la muestra, tienden a no tener estrés en ningunos de sus tres grados. Con estos resultados deberíamos fijarnos en que casi un treinta por cien de los entrevistados presentan una Despersonalización intermedia en cuanto a su grado de estrés.
— Las personas que son poco Sociables, un tercio de la muestra, poseen un nivel bajo de Cansancio Emocional, mientras que las personas que aumentan su grado de Sociabilidad hacia un grado medio, en torno a un cuarto de la muestra, tendrán un grado intermedio de Cansancio Emocional. No hemos encontrado en este apartado a entrevistados con alto nivel de Cansancio Emocional.
— Los resultados que hemos obtenido después de analizar la muestra nos indican que el grado de Responsabilidad de nuestros entrevistados se encuentra distribuido de manera muy igualada para las tres opciones, un tercio de la muestra presenta un grado de Responsabilidad alto, otro tercio medio y otro tercio bajo. Como pauta general podemos comentar que todos los entrevistados de la muestra están

estresados de forma intermedia a pesar de que el sujeto sea más o menos Responsable a la hora de realizar su trabajo.

— Los resultados de Neuroticismo se encuentran distribuidos en tercios, de igual modo que para la Responsabilidad. Aquellas personas que presenten un nivel de Neuroticismo bajo, tendrán un Cansancio Emocional de tipo bajo, mientras que los que tengan un nivel de Neuroticismo elevado poseerán un grado de Cansancio Emocional intermedio.

— Las personas de nuestro estudio que son poco Abiertas al Cambio, en torno a dos tercios, posen una Realización Personal Reducida intermedia, mientras que ser muy Abiertos al Cambio, un tercio de la muestra, hace que nuestro nivel de Realización Personal Reducida sea elevada, presentando una alta sensación de logro, sin presencia de estrés.

Conclusiones en base al Cuarto Objetivo Específico:

El último de nuestros objetos específicos del estudio, consiste en intentar crear un Perfil de actitud laboral ideal, para ello en base a los resultados obtenidos, hemos elaborado un perfil de actitud para poder trabajar tanto en hospitales como en centros gerontológicos, sin sufrir un estrés laboral considerable y favoreciendo, por lo tanto, el desarrollo de trabajo de estos DUES en dichos centros.

— Una persona Extrovertida en su personalidad tiende a no tener estrés.

— Cuanto menos Sociables sean, menos Cansancio Emocional presentarán.

— Ser Responsable en su personalidad no influye en el estrés.

— Las personas poco Neuróticas tienden a tener un nivel bajo de Cansancio Emocional.

— Ser muy Abiertos al Cambio hace que el nivel de Realización Personal Reducida sea elevado y, por lo tanto, no haya estrés. Presentarán una alta sensación de logro.

— Los trabajadores que estén más satisfechos con su salario tendrán un nivel muy bajo de Cansancio Emocional.

— El tener un buen ambiente físico de trabajo hace que manifiesten un Cansancio Emocional bajo.

— Estar satisfechos con la capacidad de conciliación del trabajo con la vida familiar hace que tengan un nivel bajo de Cansancio Emocional.

— Estar satisfecho con la actividad y situación laboral actual hace que nivel de Cansancio Emocional sea bajo.

— Cuantas menos discusiones tengan los trabajadores con los pacientes, menor grado de Despersonalización tendrán.

— No manifestarán tener Cansancio Emocional y Despersonalización, si "nunca" han tenido discusiones con los superiores.

Esta sería una propuesta de perfil de actitud ideal para que los profesionales de enfermería puedan desempeñar su trabajo en Unidades de Cuidados Paliativos con enfermos gerontológicos terminales, mostrando niveles significativamente bajos de estrés. Dichos trabajadores serán capaces de afrontar de una mejor manera, posibles situaciones estresantes de la profesión y tienden a estar más preparados a nivel psicológico para superar dicho estrés.

Conclusión final en base a los Objetivos Generales del estudio:

La conclusión final obtenida en base a los objetivos generales de nuestro estudio es la siguiente: llegados a este punto, conocemos la situación del personal de enfermería que trabaja en unidades de cuidados paliativos con pacientes gerontológicos terminales y, podemos afirmar, que existe estrés en el personal de enfermería. Este se ve influenciado por la situación laboral en la que se encuentre el trabajador, de manera general podemos afirmar que si se encuentran satisfechos con su puesto de trabajo estarán menos estresados y viceversa. El poseer una personalidad específica hará que ese sujeto esté más o menos

estresado y el perfil de personalidad ideal, para evitar dicho estrés, sería por lo tanto el descrito en las conclusiones en base al cuarto objetivo específico del estudio.

A partir del estudio realizado, consideramos interesante dar paso a una futura investigación incorporando a la misma temas tales como: la importancia del entorno de trabajo como variable para intentar reducir los niveles de estrés en el trabajador; el estudio del perfil actitudinal del trabajador y su entorno personal; para prevenir, paliar, remediar y reducir al máximo el estrés y sus consecuencias, de modo que los DUES que trabajan en unidades de Cuidados Paliativos y con pacientes gerontológicos terminales, continúen ofreciendo un adecuado nivel asistencial en su puesto de trabajo, evitando abandonos laborales y consecuentes gastos de formación, reemplazo de personal y bajas innecesarias entre otros. Por otro lado, nos gustaría seguir investigando en esta línea para observar si los resultados obtenidos en la Comunidad Autónoma de Galicia se podrían extrapolar al resto de las Comunidades Autónomas Españolas y, de este modo, conocer los distintos grados de estrés laboral del personal de enfermería de todas las unidades de cuidados paliativos, hospitalización a domicilio y equipos de soporte de cuidados paliativos españoles que trabajan con pacientes gerontológicos terminales, siempre y cuando se disponga de una financiación adecuada para poder llevarlos a cabo.

Capítulo 8: Bibliografía

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Espejo MD. Cuidados Paliativos. Serie de enfermería Cuidados Avanzados. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE S.L.); 2000. 23-31, 117-124, 197-206, 243-249.

2. Fonseca A, Pereira S, Carvalho AS. Burnout in nurses working in Protuguese palliative care teams: a mixed methods study. Int J Palliat Nurs. 2012; 18 (8):373-81.

3. Peters L, Cant R, Sellick K, O`Connor M, Lee S, Burney S, Karimi L. Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? A literature review. Int J Palliat Nurs. 2012; 18 (11): 561-7.

4. Nash A. A terminal case? Burnout in palliative care. Prof Nurse. 1989; 4 (9): 443-4.

5. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner y Suddarth Enfermería Médico quirúrgica. 10ª ed. México D.F.: Editorial Mc Graw Hill; 2007: 1-2: 413-442.

6. Mingote JC, Pérez S. Estrés en la enfermería. El cuidado del cuidador. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A; 2003.

7. Drebing C, McCarty EF, Lombardo NB. Professional caregivers for patients with dementia: predictors of job and career commitent. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2002; 17 (6): 357-66.

8. Evers W, Tomic W, Brouwers A. Effects of aggressive behavior and perceived self-efficacy on burnout among staff of homes for the elderly. Issues Ment Health Nurs. 2001; 22 (4): 439-54.

9. Jones DA, Peters TJ. Caring for elderly dependants: effects on the cares quality of life. Age and Ageing. 1992; 21:421-428.

10. Boykin A, Winland Brown J. The dark side of caring: challenges of caregiving. Gerontolnurs. 1992; 21 (5):13-8.

11. Baxter E. Patients, caregivers, and managing care. Geriatrics. 1997; 52 (2): S48-9.

12. Alexander DA, Klein S. Caring for others can seriously damage your healht. Hosp-Med. 2001; 62(5): 264-7.

13. Novack M, Chappell NL. Nursing assistant burnout and the cognitively impaired elderly. Int J Aging Hum Dev. 1994; 39 (2): 105-20.

14. Terakado A, Watanabe T. Creation of a questionnaire to measure stress among nurses engaged in palliative care on general wards. Support Care Cancer. 2012; 20 (10): 2537-44.

15. Vachon MSL. Staff stress in hospice/palliative care: a review. Palliative Medicine. 1995; 9 (2): 91-122.

16. Gélinas C, Fillion L, Robitaille MA, Truchon M. Stressors experience by nurses providing end-of-life palliative care in the intensive care unit. Can J Nurs Res. 2012; 44 (1): 18-39.

17. López E. Enfermería en Cuidados Paliativos. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1998.13-17, 31-35, 263-265,267-274, 357-362.

18. Saunders CM. La filosofía del cuidado terminal. En Saunders, C.M. (eds). Cuidados de la enfermedad maligna terminal. Barcelona: Salvat Editores; 1980: 259-272.

19. Sánchez R. Cuidados paliativos: avances sin final. 3ª ed. Jaén: Editorial Formación Alcalá S.L.; 2004.

20. Gómez M. Medicina Paliativa en la cultura latina. Madrid: Editorial Arán; 1999. 301-316, 1221-1233.

21. Vachon ML. Reflections on the history of occupational stress in hospice/palliative care. Hosp J. 1999; 14 (3-4): 229-46.

22. Wentzel KB. To those who need it most, hospice means hope. Boston: Charles River; 1981.

23. Callahan D. Pursuing a peaceful death. Hastings Cent. Rep. 1993; 23(4): 33-38.

24. Amenta MO, Bohnet NL. Nursing care of terminally ill. Boston: Little Brown; 1986. 49-64.

25. Grady PA. Improving care at the end of life: Research sigues. Journal of Hospice and Palliative Nursing. 1999; 1(94): 151-155.

26. Last Acts, a national coalition to improve care and caring at the end of life. Precepts of Palliative Care. Developed by the task force on palliative care. 1997.

http://www.aacn.org/WD/Palliative/Docs/2001Precep.pdf

27. Colell R. Enfermería y Cuidados Paliativos. Lleida: Edicions de la Universitat de Lleida; 2008. 14,30-34, 62-67.

28. Oruezabal MJ. Asistencia compartida en Cuidados Paliativos. Madrid: Editorial Vision Net; 2005.

29. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud: Actualización 2010-2014. Dispositivos de cuidados paliativos del Sistema Nacional de salud (2009). Organización de cuidados paliativos del Sistema Nacional de salud (2009). Buenas prácticas (2007-2009). Mejores cuidados paliativos para personas mayores (2004). Plan nacional de cuidados paliativos. Bases para su desarrollo 2001. (www.msc.es)

30. Astudillo W, Orbegozo A, Latiegi A, Urdaneta E. Cuidados Paliativos en Enfermería. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2003.

31. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Acceso 2010. http://www.secpal.com/index.php

32. Gómez M, Grau J. Dolor y sufrimiento al final de la vida. Madrid: Ediciones Arán; 2006. (42-50, 395-423).

33. Centeno C, Gómez M, Nabal M, Pascual A. Manual de Medicina Paliativa. Ediciones Universidad de Navarra, S.A. EUNSA; 2009. 194-195, 281-283, 289-301.

34. Alonso A, Arce MC, Ayarra M, Benítez-Rosario MA, Blanquer JJ, Boceta J, et al. Grupo de trabajo de Cuidados Paliativos de la SEMFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria). Guía de Atención al paciente al final de la vida. Barcelona: Coordinación y dirección Editorial SEMFYC Ediciones; 2008.

35. Pascual A. Cuidados paliativos y Atención primaria: organización de la atención. Barcelona. El Médico; 2005. 52-55.

36. Valentín V, Murillo M. Cuidados Continuos. Situación actual en España. Presente y Futuro. Oncología. 2005; 8(3):170-172.

37. Benítez MA, Fraile A. Fundamentos y Objetivos de los cuidados paliativos. Atención Primaria. 2002; 29 (1): 50-52.

38. Viguria J, Rocafort J. Bases Fundamentales de los Cuidados Paliativos. En*: López E. Enfermería en Cuidados Paliativos. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1998. 13-17.

39. Comité de expertos de la OMS. Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer. Ginebra: Serie de Informes Técnicos 804; 1999. 45-72.

40. Astudillo W, Mendinueta C, Orbegozo A. Presente y futuro de los Cuidados Paliativos. Avances recientes de Cuidados Paliativos. San Sebastián: Editado por W. Astudillo, A. Morales, E. Clavé, A. Cabarcos y E. Urdaneta. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2002. 15-46.

41. Sepúlveda C, Martín A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: The World Health Organization Global Perspective. J. Pain Sympton Manage. 2002; 24(2): 91-96.

42. López E. El enfermo terminal como protagonista. Index de enfermería.1998; 23: 43-47.

43. Blackhall LJ, Murphy ST, Frank G, Michel V, Azen S. Ethnicity and acttitudes toward patient autonomy. JAMA. 1995; 274(10): 820-825.

44. Ferrer M. Problemas más frecuentes de la enfermería en la terminalidad. En*: Astudillo W, Casado da Rocha A, Mendinueta C. Alivio de las situaciones difíciles del sufrimiento en la terminalidad. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2005.191-199.

45. Espina M. La escucha como instrumento básico en enfermería. En*: Astudillo W, Orbegozo A, Latiegi A, Urdaneta E. Cuidados paliativos en enfermería. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2003. 37-51.

46. World Health Organization (WHO). Definition of palliative care. Accesed 2012.http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/

47. Borrel R. Enfermería en Cuidados Paliativos. Buenos Aires: Fundación A.J. Roemmers; 1998. 166-183.

48. Raggio B, Malacarne P. Burnout in Intensive Care Unit. Minerva Anestasion. 2007; 73: 195-200.

49. Vachon MLS. Estrés y desgaste profesional. En*: Caraceni AT. Medicina Paliativa. Barcelona. Elsevier; 2010. 75-83.

50. Martínez M, Centeno C, Sanz-Rubiales A, Del Valle ML. Estudio sobre el Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería de Cuidados Paliativos del País Vasco. RevMedUniv Navarra. 2009; 53 (1): 3-8.

51. Jiménez P, Navarro J. Cuidados paliativos, Guía práctica. Madrid: Editorial médica panamericana; 2010.

52. Contel JC, Gené J, Peya M. Atención domiciliaria: organización y práctica. Barcelona: Ediciones Springer-Verlag; 1999.

53. Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen B, Mezey M, Pauly M, et al. Comprehensive Discharge Planning and Home Follow-up of Hospitalised Elders: a randomized clinical trial. JAMA. 1999; 281 (7): 613-620.

54. Vargas-Caza ER, Pacheco-Rodríguez A, Arellano-Martínez M, Martínez-González L, Galicia- Rodríguez L. Percepción de enfermería en torno a la muerte de pacientes en etapa terminal. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2008; 16 (1): 37-44.

55. Flórez JA. Síndrome de "estar quemado". Oviedo: EDIKAMED; 1995. (304-316).

56. Quiroz R, Saco S. Factores asociados al síndrome burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco. Situa. 2000; 23: 11-22. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004_n23/enPDF/a04.pdf

57. Gil F, Alcover JM, Peiró JM. Work team effectiveness in organizational contexts: recent research and applications in Spain and Portugal. Journal of Managerial Psychology. 2005; 20 (4): 193-218.

58. Grau A, Suner R, García et al. Burnout sindrome in health workers and relationship with personal and enviromental factors. Gaceta sanitaria. 2005; 19 (6): 463-470.

59. Jiménez JP. Bienestar y satisfacción de los médicos en el ejercicio de su profesión en un sistema de salud en proceso de reforma. Revista médica. 2004; 132 (5): 635-636.

60. Molina A, García MA, Alonso M. En relación con el burn-out. Medi fam. 2003; 13 (4): 89-90.

61. García J. Implicaciones psicológicas en el equipo cuidador. En*: Castellanos MT, Peleteiro MT. Cuidados Paliativos, una necesidad de nuestra sociedad. Santiago de Compostela: Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela; 1997. 87-96.

62. Yates ME, Tennstedt S, Chang B-H. Contributors to and mediators of psychological well-being for informal caregivers. Journal of Gerontology: Psychological sciences. 1999; 54B: 12-22.

63. González R, Fernández R, González L, González P. La atención psicológica al cuidador. El estrés del cuidador. A Coruña: Psicoeduca; 2007.

64. Isla P. El envejecimiento de la población. ROL Enf. 2003; 26 (3): 183-188.

65. Neimeyer RA. Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte. Barcelona: Paidos; 1997.

66. Gómez M. Morir con dignidad. Madrid: Editorial Arán; 2005.

67. Kübler-Ross E. On death and dying. Edition 1997. New York: A Touchstone Book, published by Simon & Schuster; 1998.

68. Krisman-Scott MA. An historical analisys of disclosure of terminal status. Journal of Nursing Scholarship. 2000; 32 (1): 47-52.

69. Glaser BG, Strauss AL. Awareness of dying. Edition 2005. New Jersey: Aldine Transaction; 1965.

70. Stanley KJ. Silence is not golden: Conservations whit the dying. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2000; 4(1): 34-40.

71. Diccionario terminológico de Ciencias Médicas. Barcelona. MASSON S.A.; 2000.

72. Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional (NIOSH). Estrés en el Trabajo

http://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/99-101_sp/

73. Edelwich J, Brodsky A. Burn-out: Stages of Disillusionment in the Helping Professions. New York: Human Sciences Press; 1980.

74. Davies E, Higginson I J. The solid facts. Palliative Care. Milán: World Health Organization; 2004. http://www.euro.who.int/document/E82931.pdf

75. Rodríguez L, López MªT. Enfermeras y Supervisoras de enfermería: motivación o estrés. Index Enfermería. 1996; V16-17: 13-16.

76. Cuevas P, O´Ferrall FC, Crespo J. Estudio Comparativo de las relaciones entre el estrés laboral y la salud mental en enfermeros de un hospital comarcal. Enfermería científica. 1998; 194-195: 31-33.

77. Peiró JM. Desencadenantes del estrés laboral. Salamanca: EUDEMA, S.A.; 1993. 7-12.

78. Bermejo P, Lorenzo AG, Matos L, García I, Verdes M, Gago AM, et al. Burnout en profesionales de salud mental. Síndrome de estar quemado. Ponencias de 1ª y 2ª jornadas docentes lúdico-formativas sobre el síndrome del Burnout. Santiago de Compostela: Asociación de Burnout en profesionales de la salud, D.L.; 2000.

79. Arranz P, Barbero JJ, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos .Modelo y protocolos. Barcelona: Ariel; 2003.

80. Schröder M, Martin E, Fontanals MD, Mateo D. Estrés ocupacional en cuidados paliativos. Medicina Paliativa. 1996; 3 (4): 26-31.

81. Freudenberger HJ. Staff burn-out. J. Soc. Issues. 1974; (30): 159-165.

82. Maslach C. Burnout: A Social Psychological Analisis. San Francisco. Paper presented at the meeting of American Psychological Association; 1977.

83. Maslach C. Burned-out. Human behavior. 1976; 5: 16-22.

84. Maslach CH, Jackson S. The measurement of experienced burnout. J. Organ. Behav. 1981; 2: 99-113.

85. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. Research Edition. Palo Alto, California: Consulting Pychologist Press; 1981.

86. Maslach C, Jackson SE. Burnout in health professions: a social Psychological analysis. En: Sanders G, Suls J. (eds). Social Psychology of health and Illness. Hillsdale Michigan: Erlbaum; 1982.

87. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory. 3ªed. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press; 1996.

88. Golembiewski RT, Muzenrider RF. Phases of Burnout: Development in concepts and applications. New York: Praeger Publishers; 1989.

89. Einsiedel AA, Tully HA. Methodological considerations in studying the phenomenon. Motreal, Canadá: Paper presented at the meeting of the American Psychological Association; 1980.

90. Freudenberguer HJ, Richelson G. Burn-out. How to beat the high cost of success. New York: Bantom Boosk; 1980.

91. Maslach C. Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon Job stress and burnout. Beberly Hills: CA Sage; 1982.

92. Cherniss C. Staff Burnout: job stress in the Human Services. Beverly Hills and London: Sage; 1980.

93. Golembiewski RT, Hills D, Daly E. Toward the responsive organization. Salt Lake City: Brighton; 1979.

94. Minuchin S, Rosman BL. Psychosomatic family. Boston: Harvard University Press; 1978.

95. Savicki V, Cooley EJ. Theoretical and research considerations of burnout. Children and Youth Services Review. 1983; 5(3): 227-236.

96. Freudenberguer HJ, Nort, G. Women´s burnout. London: Penguin books; 1985.

97. Cobb S. Social Support as a moderator of live stress. Psychosomatic Medicine. 1976; 38: 300-314.

98. Hay D, Oken D. The psychological stress of intensive care unit nursing. Psychosomatic Medicine. 1972; 34: 109-118.

99. Kaplan RD. Job demands and worker health: main effects and occupational differences. Washington, DC: US. Department of Health Education Welfare; 1975.

100. Payne R, Firth-Cozens J. Stress in health professionals. New York: John Wiley and Sons; 1987.

101. Ramos F, Buendía J. El síndrome de Burnout: concepto, evaluación y tratamiento. Madrid: J. Buendía y F. Ramos (Eds). Empleo, estrés y salud. Pirámide; 2001. 33-57.

102. Elizade MA. Enfermería y prevención del quemamiento. En*: Astudillo W, Orbegozo A, Latiegui A, Urdaneta E. Cuidados Paliativos en Enfermería. San Sebastián.: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2002. 287-303.

103. Greenglass ER, Burke RJ, Fiksenbaum L. Workload and burnout in nurses. J. Community Appl. Soc. Psicol. 2001; 11: 211-215.

104. Roth E, Pinto B. Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la ciudad de La Paz Ajayu. 2010; 8 (2): 62-100.

105. Witt D, Sherman PRD, et al. Burnout and Symptoms of stress in staff working in palliative care. AJN. 2004; 104 (5): 48-56.

106. Boada J, De Diego R, Agulló E. El burnout y las manifestaciones psicosomáticas como consecuencias del clima organizacional y de la motivación laboral. Psicothema. 2004; 16 (1): 125-131.

107. Maslach S, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. Annual Review of Psychology. 2001; 52: 397-422.

108. Menezes de Lucena VA, Fernández B, Hernández L, Ramos F, Contador I. Resiliencia y el modelo burnout-engagement en cuidadores formales de ancianos. Psicothema. 2006; 18 (4): 791-796.

109. Costa PT, McCrae RR. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and Neo Five-Factor Inventory (NEO-FFI) manual professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1992.

110. XII Congreso Nacional Sociedad Española de Enfermería geriátrica y gerontológica. La vejez, futuro de jóvenes, libro de ponencias y comunicaciones. Santiago

de Compostela; 23 de abril 2005. Santiago de Compostela: Nova de Congresos, Secretaría técnica; 2005.

111. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Ann Rev. Psychology. 2001; 52: 397-422.

112. Kash KM, Holland JC, Breitbart W, et al. Stress and burnout in oncology. Oncology. 2000; 14: 1621-1637.

113. Chochinov HM, Breitbart W. Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine. 2ª ed. New York: Oxford University Press; 2000. 357-373.

114. Casado A, Muñoz G, Ortega N, Castellanos A. Burnout en profesionales de los servicios paliativos, intensivos y urgencias de un gran hospital. Med. Clínica Barcelona. 2005; 124 (14): 554-6.

115. Pervin LA. La ciencia de la personalidad. Madrid: Mc Graw Hill; 1998.

116. Eysenck HJ. Estudio científico de la personalidad. Buenos Aires: Paidós; 1971.

117. Allport GW. Personality- A Psichological Interpretation. New York: Holt; 1937.

118. Millon TH, Davis R. Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson; 1999.

119. Millon T, Roger D. Trastornos de la Personalidad más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson; 1998.

120. Cattell RB, Dreger RM. Handbook of modern personality theory. Washington DC: Hemisphere; 1977.

121. Allport GW, Odbert HS. Trait names: a psycholexical study. Psychological Monographs. 1936; 47: 211.

122. Cattell RB, Marshall MB, Georgiades S. Personality and motivation: structure and measurement. Journal of Personality Disorders. 1957; 19 (1): 53-67.

123. Cattel RB. The description and measurenment of personality. New York: World Books; 1946.

124. Norman WT. Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicate factor structure in peer nomination personality ratings. Journal of Abnormal and Social Psychology. 1963; 66: 574-583.

125. Tupes EC, Christal RE. Recurrent personality factors base don trait ratings. USAF ASD Tech. Rep. 1961; 61-97.

126. Tupes EC, Christal RE. Recurrent Personality Factors Based on Trait Ratings. Journal of Personality. 1992; 60: 225–251.

127. Russell MT, Karol D. 16PF Fifth Edition administrator's manual. Champaign, Illinois: Institute for Personality & Ability Testing; 1994.

128. Goldberg LR. The structure of phenotypic personality traits. American Psychologist Association. 1993; 48 (1): 26-34.

129. Goldberg LR. From Ace to Zombie: some explorations in the language of personality. Hillsdale NJ: Spielberger & JN Btcher; 1982.

130. Norman WT, Goldberg LR. Rates, ratees, and randomness in personality structure. Journal of Personality and Social Psychology. 1966; 4: 681-691.

131. Peabody D, Goldberg LR. Some determinants of factor structures from personality-trait descriptors. Journal of Personality and Social Psychology. 1989; 57 (3): 552-567.

132. Saucier G, Goldberg LR. The lenguaje of personality: Lexical perspectives on the five-factor model. New York: Guilford; 1996.

133. Digman JM. Five robust trait dimensions: development, stability, and utility. Journal of personality.1989; 57 (2): 195-214.

134. Karson S, O´Dell JW. A guide to the clinical use of the 16PF. Champaign, IL: Institute for Personality & Ability Testing; 1976.

135. Krug SE, John EF. A large scale cross-validation of second-order personality structure defined by the 16PF. Psychological Reports. 1986; 59: 683-693.

136. Catell HEP, Mead AD. The 16 personality factor questionnaire (16PF). London: GJ Boyle, G Matthews and DH Saklofske (Eds.); 2007.

137. Costa PT, McCrae RR. Age differences in personality structure: A cluster analytic approach. Journal of Gerontology. 1976; 31 (5): 564-570.

138. McCrae RR, John OP, Costa PT. An introduction to the five factor model and its applications. Special Issue: The five factor model. Issued and applications. Journal of Personality. 1992; 60 (2): 175-210.

139. Costa PT, Jr & Mc Crae RR. The NEO Personality Inventory manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1985.

140. Mc Crae RR, Costa PT, & Jr. Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. Journal of Personality and Social Psychology. 1987; 52 (1): 81-90.

141. International Personality Item Pool. A scientific collaboratory for the development of advanced measures of personality traits and other individual differences. 2001. IPIP.ori.org

142. Carnivez GL, Allen TJ. Convergent and factorial validity of the 16PF and the NEO-PI-R. paper presented at the anual convention if the American Psychological Association. Washington, DC; 2005.

143. Conn S, Rieke M. the 16pf Fifth Edition techinical manual. Champaign, IL: Institute for Personality & Ability Testing; 1994.

144. Catell HE. The original big five: A historical perspective. European Review of Appiled Psychology. 1996; 46: 5-14.

145. Gruzca RA, Goldberg LR. The comparative validity of 11 modern personality inventories: Predictions of behavioral acts, informant reports, and clinical indicators. Journal of Personality Assessment. 2007; 89 (2): 167-187.

146. Costa PT, McCrae RR. Personality in adulthood. A six-year longitudinal study of self reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory. Journal of Personality and social psychology. 1988; 54: 853-863.

147. Digman JM. Personality structure: Emergence of the five-factor model. Annual Review on Psychology. 1990; 41: 417-440.

148. Costa PT, McCrae RR. The revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R). Personality measures: development and evaluation. Greenwich: JAI Press; 1994.

149. John OP, Srivastava S. The Big Five trait taxonomy: History, measurement and theorical perspectives personality. New York: Guilford Press; 1999.

150. Mathews G, Deary IJ, Whiteman MC. Personality Traits. Cambridge: Cambridge Universiy Press; 2003.

151. Raiziene S, Endriulaitiené A. The relations among empathy, occupational commitment, and emocional exhaustion of nurses. Medicina (Kaunas). 2007; 43 (5): 425-431.

152. Hawkins A, Howard RA, Oyebode JR. Stress and doping in hospice nursing staff. The impact of attachment styles. Psycho-Oncology. 2007; 16: 563-572.

153. Ghorpadem J, Lackritz J, Singh G. Burnout and personality. Journal of Career Assessment. 2007; 15 (2): 240-256.

154. Garrosa E, Moreno-Jiménez B, Liang Y, González JL. The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardly personality in nurses: An exploratory study. International Journal of Nursing Studies. 2008; 45: 418-427.

155. Spiegel MR, Schiller J, Srinivasan RA. Análisis de la varianza. Probabilidad y Estadística. 2ª ed. Schaum. MéxicoD.F.: Mc Graw-Hill; 2007: 335-371.

156. Tejedor FJ. Análisis de varianza. Schaum. Madrid: La Muralla S.A.; 1999.

157. Manzano G, Ramos F. Profesionales con alto riesgo de padecer burnout: enfermeras y secretarias. Interpsiquis. 2001; 2.

http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/enfermeria/1243/

158. Grau-Alberola E, Gil-Monte PR, García-Juesas JA, Figueirido-Ferraz H. Incidente of burnout in Spanish nursing professionals: A longitudinal study. Internacional Journal of Nursing Studies. 2010; 47: 1013-1020.

159. Lee JSY, Katar S. Effects of the workplace social context and job content on nurse burnout. Human Resource Management. 2011; 50 (2): 227-245.

160. Glasberg AL, Ericsson S, Norberg A. Burnout and "stress of conscience" among healthcare personnel. Journal of Advenced Nursing. 2006; 57 (4): 392-403.

161. Nübling M, Vomstein M, Schmidt SG, Gregersen S, Dulon M, Nienhaus A. Psychosocial work load and stress in the geriatric care. BMC Public Health. 2010; 10: 428.

162. Zellars K, Perrewé P Hochwarte W. Burnout in Health Care: The role of de Five Factors of Personality. Journal of Applied Social Psychology. 2000; 30 (8): 1570-1598.

163. John OP, Donahue EM, Kentle R. L. The Big five Inventory. Versions 4a and 54. Berkeley: University of California. Institute of Personality and Social Research; 1991.

164. Cox T, Griffiths A, Rial-González E. Research on Work-Related Stress. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work; 2000 (accesed September 2012). https://osha.europa.eu/en/publications/reports/203

165. Wardie MG, Gloss DS, Boutin C. Stress and the caregiver. Nursing Connections. 1999; 12(3): 35-9.

166. Connors AF, Dawson NV, Desbiens NA, Fulkerson WJ, Goldman L, et al. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: the study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments. JAMA. 1995; 274(20): 1591-1598.

167. Watson M, Lucas C, Hoy A, Back I. Cuidados paliativos en el anciano. En*: Watson MS. Manual Oxford de Cuidados Paliativos. Madrid: Grupo Aula Médica; 2008. 611-623.

168. Bondayale TM. Cuidados paliativos en la vejez. En*: Bondayale TM. Enfermería en Cuidados Paliativos. Serie Cuidaos avanzados. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE, SL); 2007.317-324.

169. Astudillo W, Clavé E, Mendinueta C, Arrieta C. Cuidados Paliativos en Geriatría. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2000.

170. Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E. Cuidados Paliativos del enfermo en el final de la vida y atención a su familia. 5ª ed. Navarra: Ediciones Universidad de Navarra, S.A. (EUNSA); 2008.

171. El Manual Merck de diagnóstico y terapéutica. 9ª ed. En español. Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1996.

172. Maslach C. Burnout the cost of caring. How to recognize, prevent, and cure the burnout syndrome for nurses, teachers, counsellors, doctors, therapists, police, social workers and anyone else who cares about people. New York: Prentice Hall Press; 1982.

173. Curci LJ. Burnout in nurses: the effect of specific coping mechanisms. Michigan: UMI Dissertation Services; 1995.

174. Lugton J, Kindlen M. Palliative Care: The Nursing Role. Edimburgh: Churchill Livignstone; 1999.

175. Maslach C. Job Burnout: New directions in research and intervention. Curr Dir Psychol Sci. 2003; 12: 189-192.

176. Pérez A, Palacios D. Cuidados de Enfermería geriátrica en residencias asistidas. Madrid: Editorial Síntesis S.A.; 2000.

177. Carroll M, Jane L. Cuidados de enfermería individualizados en el anciano. Barcelona: Ediciones Doyma; 1989.

178. Belding SP, Blocker L, Dolan MB, Farmer MP, Figgins MP, Fox SA. Cuidados geriátricos en enfermería. Nursing Photobook. Barcelona: Ediciones Doyma; 1985.

179. Pérez A. Guía de Cuidados de personas mayores. Madrid: Editorial Síntesis; 2000.

180. Valderrama MJ. Al final de la vida… Historias y narrativas de profesionales de cuidados paliativos. Barcelona: Icaria Editorial; 2008.

181. Faull C, Carter Y, Wolf R. Handbook of Palliative Care. London: Blackwell Science Ltd.; 2000.

182. Lugton J, Kindlen M. Palliative care. The nursing Role. 2ª ed. Edinburgh: Churchill Livingstone Edinburgh; 2000.

183. Kinghorn S, Gamlin R. Palliative Nursing, Bringing comfort and hope. London: Harcourt Publishers Limited; 2001.

184. Fallon M, O´neill B. ABC of the Palliative Care. London: BMJ Books; 1998.

185. Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K. Oxford Textbook, Palliative Medicine. 3ª ed. New York: Oxford University Press; 2004.

186. Bruera E, Higginson IJ, Ripamonti C, Von Gunten C. Textbook of palliative medicine. London: Hodder Arnold a member of the Hodder Headline Group; 2006.

187. European Agency for Safety and Health at Work. Research on work-related stress. Summary of an agency report. 2000. Acceso 2011. http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/8/facts8_en.pdf

188. Robert Wood Johnson Foundation. Research and publications. Topic Nurses. http://www.rwjf.org/en/search-results.html?k=http%3A%2F%2Fwww.lastacts.org%2Fdocs%2Fprofprecepts.pdf&t=topics%3A469&u

189. Amati M, Tomasetti M, Ciuccarelli M, Mariotti L, Tarquini LM, Bracci M, et al. Relationship of Job Satisfaction, Psychological Distress and Stress-Related Biological Parametres among Healthy Nurses: a longitudinal study. J Occup Health. 2010; 52: 31-38.

190. Jourdain G, Chenêvert D. Job demands-resources, burnout and intention to leave the nursing profesión: A questionaire survey. Internacional Journal of Nursing Studies. 2010; 47: 709-722.

191. 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. International Journal of Nursing Studies. 2011; 48: 479-489.

192. Fillion L, Duval S, Dumont S, Gagnon P, Tremblay I, Bairati I, et al. Impact of a meaning-centered intervention on job satisfaction and on quality of life among palliative care nurses. Pycho-Oncology. 2009; 18: 1300-1310.

193. Gómez M, Ojeda M. Cuidados Paliativos. Control de síntomas. Las Palmas de Gran Canaria: laboratorios Viatris; 2003.

194. Gómez M. Avances En Cuidados Paliativos. Las Palmas de Gran Canaria: Gabinete de Asesoramiento y Formación Sociosanitaria (GAFOS); 2003.

195. Gómez M. Medicina Paliativa. Madrid: Editorial Arán; 1998.

196. Da Silva A. Personalidad (Modelo Big Five): y su influencia en el Burnout Profisional. Badajoz: Universidad de Extremadura; 2012.

197. Kausel EE, Leiva PI, Sanfuentes M, Barros E. más allá de los cinco grandes: disposiciones y personalidad en la predicción de decisiones deshonestas en el contexto organizacional. Rev. Innovar. 2012; 22 (44): 109-122.

198. Armon G, Shirom A, Melamed S. The Bigg Five Personality Factors as Predictors of Changes Across Time in Burnout and Its Facets. Journal of Personality. 2012; 80 (2): 403-427.

199. Burke RJ, Greenglass ER. Psychologgical burnout among men and women in teaching. An examination of the Cherniss model. Human Relations. 1989; 42: 261-274.

200. Cherniss C. Professional burnout in human service organizations. Nueva York: Praeger Publisher; 1980.

201. Costa PT, Mc Crae RR. NEO.PI-R:Manual profissional. Lisboa: Cegoc; 2000.

202. Bernardi M, Catania G, Marceca F. The world of nursing burnout. A literatura review. Prof Inferm. 2005; 58 (2): 75-9.

203. Hirdes JP, Freeman S, Smith TF, Stolee P. Predictors of caregiver distress among palliative home care clients in Ontario: evidence based on the interRAI Palliative Care. Palliat Support Care. 2012; 10 (3): 155-63.

204. Gotay CC, Crockett S, West C. Palliative home care nursing: nurses preceptions of roles and stress. Can Ment Health. 1985; 33 (2): 6-9.

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Anexos

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

ANEXOS

Cuestionario de datos Socio Demográficos.

***Maslach Burnout Inventory*.**

***Big Five*.**

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Cuestionario de datos Socio Demográficos. Datos Generales

El siguiente cuestionario es anónimo y confidencial. No es preciso que se identifique. Únicamente deseamos conocer algunos hábitos y datos del conjunto de los participantes en esta encuesta.

0. Origen: Hospital ❑ Residencia ❑ Galicia ❑ Canarias ❑

1. Edad: _____años

2. Sexo: Varón❑ Mujer ❑

3. ¿Qué puesto de trabajo desempeña en el centro (Médico, DUE, Auxiliar…)? _____

4. ¿Desde hace cuánto tiempo trabaja en el centro (en años)? _____años.

5. ¿Cuánto tiempo (en años) hace que trabaja en centros socio sanitarios? _____años.

6. En estos momentos, su situación laboral/contrato ¿es estable? si❑ no ❑

7. ¿Hasta qué punto está satisfecho o insatisfecho con su puesto de trabajo actual en los siguientes aspectos?:

7.1. Salario.
Insatisfecho/a ❑ Ni una cosa ni otra ❑Satisfecho/a❑

7.2. Relaciones con los compañeros.
Insatisfecho/a ❑ Ni una cosa ni otra ❑Satisfecho/a❑

7.3. Relaciones con los superiores.
Insatisfecho/a ❑ Ni una cosa ni otra ❑Satisfecho/a❑

7.4. Relaciones con los pacientes/residentes.
Insatisfecho/a ❑ Ni una cosa ni otra ❑Satisfecho/a❑

7.5. Oportunidades de promoción.
Insatisfecho/a ❑ Ni una cosa ni otra ❑Satisfecho/a❑

7.6. Ambiente físico de trabajo.
Insatisfecho/a ❑ Ni una cosa ni otra ❑Satisfecho/a❑

7.7. Capacidad para conciliar el trabajo y la vida familiar.
Insatisfecho/a ❑ Ni una cosa ni otra ❑Satisfecho/a❑

7.8. En general, sobre tu actividad y situación laboral se encuentra.
Insatisfecho/a ❑ Ni una cosa ni otra ❑Satisfecho/a❑

8. ¿Cuántos DUES hay en la plantilla actual de su Unidad? _____

9. ¿De cuántas horas consta cada turno? _____horas.

10. En caso de realizar guardias, ¿de cuántas horas consta cada guardia? _____horas.

¿Cada cuánto tiempo las hacen? _____

11. ¿Trabaja a turnos? sí❑ no ❑

12. ¿Tiene turnos de noche? sí❑ no ❑

13. En caso de, No tener turno de noche, lo consideran: Bueno ❑ Malo ❑
Porqué _____

14. ¿Existen los turnos anti-estrés en su unidad? sí❑ no ❑

15. ¿Les gustaría realizar este tipo de turnos? sí❑ no ❑

16. ¿Tienen facilidad para realizar cambios de turnos con los compañeros? sí❑ no ❑

17. ¿Ha estado de baja laboral durante los dos últimos años? sí❑ no ❑
(Si es así, indique el número de bajas): _____

18. Si ha estado de baja en los últimos dos años, indique cuál ha sido el tiempo de baja mayor que ha tenido en meses y días: _____ meses y _____días.

19. ¿La unidad en la que está presenta algún tipo de ayuda psicológica para los trabajadores, en caso de existir sobrecarga de trabajo?: si□ no □

20. En caso de existir este servicio en la unidad, ¿la ha utilizado alguna vez? sí❑ no ❑

21. ¿Existe en su unidad algún tipo de convenio para los DUES, que le permita realizar "temporadas de anti estrés" como les pasa a algunos médicos de algunas unidades? (por ejemplo: estar 4 meses en planta con los enfermos de Cuidados Paliativos y los 4 meses siguientes en Hospitalización a domicilio, para de este modo, disminuir dentro de lo que cabe su nivel de estrés, al estar en constantemente con enfermos terminales): si□ no □

22. Señale si le ha ocurrido alguna de las siguientes situaciones (marque con una X):

SITUACIÓN	**Nunca**	**Una vez**	**Algunas veces**	**A menudo**
He tenido discusiones con los pacientes/residentes				
He tenido discusiones con los familiares de los pacientes/residentes				
He asistido al fallecimiento de pacientes/residentes				
He recibido reprimendas de mis superiores con respecto a mi trabajo				
He tenido discusiones con mis compañeros de trabajo				

Maslach Burnout Inventory.

Instrucciones: Puntúe en la zona gris, las afirmaciones que aparecen en la lista en función de lo que opine **en relación con su trabajo**, de acuerdo con esta escala:

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días

Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	
Me siento fatigado cuando me levanto de la cama y tengo que ir a trabajar.	
Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.	
Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	
Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.	
Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.	
Me siento "quemado" por mi trabajo.	
Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes.	
Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.	
Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.	
Me siento muy activo.	
Me siento frustrado en mi trabajo.	
Creo que estoy trabajando demasiado.	
Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes.	
Trabajar directamente con personas me produce estrés.	
Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.	
Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.	
He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.	
Me siento acabado.	
En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.	
Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas.	

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Big Five.

Instrucciones: Las siguientes expresiones le describen a usted con más o menos precisión. Por ejemplo, ¿está de acuerdo en que usted es alguien "chistoso, a quien le gusta bromear"? Por favor señale en la zona gris un número para cada una de las siguientes expresiones, indicando así hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo en cómo le describe a usted.

Muy en desacuerdo	Ligeramente desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Muy de acuerdo
1	2	3	4	5

Me veo a mi mismo(a) como *alguien que*...			
Es bien hablado		Es inventivo	
Tiende a ser criticón		Es generalmente confiado	
Es minucioso en el trabajo (estudio)		Tiende a ser flojo, vago	
Es depresivo, melancólico		Se preocupa mucho por las cosas	
Es original, se le ocurren ideas nuevas		Es a veces tímido, inhibido	
Es reservado		Es indulgente, no le cuesta perdonar	
Es generoso y ayuda a los demás		Hace las cosas de manera eficiente	
Puede a veces ser algo descuidado		Es temperamental, de humor cambiante	
Es calmado, controla bien el estrés		Es ingenioso, analítico	
Tiene intereses muy diversos		Irradia entusiasmo	
Está lleno de energía		Es a veces frío y distante	
Prefiere trabajos que son rutinarios		Hace planes y los sigue cuidadosamente	
Inicia disputas con los demás		Mantiene la calma en situaciones difíciles	
Es un trabajador cumplidor, digno de confianza		Le gusta reflexionar, jugar con las ideas	
Con frecuencia se pone tenso		Es considerado con casi todo el mundo	
Tiende a ser callado		Se pone nervioso con facilidad	
Valora lo artístico, lo estético		Es educado en arte, música o literatura	
Tiende a ser desorganizado		Es asertivo, no teme expresar lo que quiere	
Es emocionalmente estable, difícil de alterar		Le gusta cooperar con los demás	
Tiene una imaginación activa		Se distrae con facilidad	
Persevera hasta terminar el trabajo		Es extrovertido, sociable	
Es a veces maleducado con los demás		Tiene pocos intereses artísticos	