

**ESCOLA UNIVERSITARIA D'INFERMERIA SANTA
MADRONA**

de la Fundació "la Caixa"

**La síndrome del Burnout en el professional d'
infermeria.**

Autors: Rafel Rodríguez

M^a Carmen Sánchez

Jordi Moreno

Treball presentat al curs d'Administració i Gestió en Cures d'Infermeria per a
l'obtenció del Màster

Treball dirigit pel professor: José Tejada

Comissió avaluadora

Montserrat Teixidor	Presidenta
Esteve Pont	Secretari
José Tejada	Vocal
Concepción Ferrer	Vocal

Presentat en data: 30 de maig de 2005

Acceptat en data: juliol de 2005

Queda prohibida qualsevol reproducció total o parcial d'aquest treball sense l'autorització expressa per part dels autors

ÍNDIX

1. INTRODUCCIÓ GENERAL	3
1.1 Justificació	3
1.2 Objectius de la investigació	4
2. LA SÍNDROME DE BURNOUT	5
2.1 Conceptualització	5
2.2 Models – Teories explicatives.....	5
2.3 Incidència de la Síndrome a la professió d'infermera	10
3. DISSENY DE L'ESTUDI	27
3.1 Hipòtesi.....	27
3.2 Metodologia	27
3.3 Població – Mostra.....	27
3.4 Instruments de recollida d'informació	31
3.5 Procediment	36
4. RESULTATS.....	38
4.1. Discussió.....	43
5. CONCLUSIONS.....	45
6. ESTRATÈGIES D'AFRONTAMENT DEL BURNOUT	47
6.1 Prevenció del burnout.....	47
6.2 Tractament del burnout	54
7. BIBLIOGRAFIA	58
8. ANNEXOS	60
9. RESUM.....	63

1. INTRODUCCIÓ GENERAL

1.1. Justificació

Els professionals sanitaris ens enfrontem a la nostra feina diària a nombrosos riscos de diversa índole i greus conseqüències per la nostra salut, però potser el més perillós, per la dificultat del seu tractament i que a la vegada no és "transmès" per l'usuari, és el deteriorament de la nostra capacitat com a professionals i el desgast professional que aquesta síndrome ens ocasiona, ens referim a la "Síndrome del desgast professional", "Síndrome de Tomas" i en terminologia anglosaxona com "Síndrome del Burnout"¹⁻². Tot i que al principi s'utilitzava per definir a atletes i esportistes, que en contra de les seves expectatives, no aconseguien resultats pels que s'havien preparat, si contemplem la situació dels professionals que treballem per l'Atenció Primària del nostre país comprendrem perquè des de 1974 Freudenberg³ i posteriorment Maslach⁴, van començar a utilitzar-lo per definir una situació, ja en aquell moment cada vegada més freqüent, entre els treballadors sanitaris que després d'un temps de dedicació "acabaven cremant-se".

Seguint a Maslach i Jackson⁷ definirem la "síndrome de desgast professional" (SDP), com una resposta inadequada a l'estrès emocional crònic els trets principals del qual són: un esgotament físic i/o psicològic, una actitud freda i despersonalitzada en la relació cap als altres i un sentiment d'inadequació a les tasques que s'han de realitzar, d'aquesta forma trobem les tres dimensions que té el burnout i que són avaluades per les escales que el valoren: esgotament emocional, despersonalització i falta de realització personal. Es manifesta per una simptomatologia variada que afecta tant a nivell somàtic com cognitiu, conductual i emocional, originant tant malestar personal com deteriorament social i professional. El greu perill del burnout és que es tracta d'un procés continu, que passant per diferents fases, normalment fa que els afectats o els

que estiguin en risc de patir-lo, ho neguin, la qual cosa impedeix més encara el seu tractament i prevenció.

Com afirmen varis autors¹¹ el que és fonamental de la síndrome de burnout és reconèixer la seva presència per poder tractar-lo, ja que si neguem la seva existència o atribuïm només a nivell institucional la necessitat de prevenir-lo i tractar-lo, mai podrem solucionar aquesta situació i continuarem donant l'esquena a un vertader problema de salut.

Per això, hem pretès conèixer mitjançant aquest treball, quina és la situació del personal d'infermeria a la comarca del Maresme (Barcelona).

Si el burnout està present, en quin grau "estem cremats", quins problemes provoca a la nostra vida laboral i què podem fer per prevenir-ho.

La línia d'investigació del propi treball s'identificaria amb el FACTOR HUMÀ en INFERMERIA.

1.2. Objectius de la investigació.

OBJECTIU GENERAL:

Estudiar el grau d'esgotament professional en el personal d'infermeria d'atenció primària, així com els factors associats de l'entorn sòcio - laboral i explorar possibles estratègies de prevenció i afrontament d'aquesta circumstància.

OBJECTIUS ESPECÍFICS:

Conèixer la situació de burnout, en els professionals d'infermeria d'atenció primària de la comarca del Maresme i que pertanyin a l'Institut Català de la Salut.

Detectar els factors sòcio - demogràfics i de l'entorn laboral associats a la possibilitat de desenvolupar el burnout.

Identificar estratègies de millora per la prevenció i per l'afrontament de l'aparició del burnout.

MARC TEÒRIC

2. LA SÍNDROME DE BURNOUT

La síndrome de cremar-se per la feina.

2.1 Conceptualització

Burnout, és un terme anglosaxó essent la traducció més propera i col·loquial "estar cremat", desgastat, exhaust i perdre la il·lusió pel treball. Malgrat que la literatura sobre el tema és cada dia més voluminosa, un dels inconvenients per abordar aquest estudi ha estat la inexistència d'un marc teòric estructurat, ja que la majoria dels estudis s'han centrat en àrees molt concretes, com estudis de factors de l'organització, predisposicionals, sòcio - demogràfics, esdeveniments vitals i familiars estressants, o envers aspectes relacionats amb la salut.

2.2 Models – Teories explicatives

Malgrat que no existeix una definició unànimement acceptada sobre burnout, si sembla haver-hi consens en que es tracta d'una resposta a l'estrès laboral crònic, una experiència subjectiva que engloba sentiments i actituds amb implicacions nocives per la persona i l'organització. Gil-Monte i Peiró (1997) han afirmat que **la síndrome del cremat** pot estudiar-se des de dues perspectives, la clínica i la psicosocial. La perspectiva clínica assumeix el burnout com un estat (concepció estàtica) a que arriba el subjecte com a conseqüència de l'estrès laboral, i la psicosocial, el defineix com un procés amb una sèrie d'etapes que es generen per interacció de les característiques personals i de l'entorn laboral.

Des d'una perspectiva clínica, Freudenberger (1974), va utilitzar per primer cop el terme burnout per descriure un conjunt de símptomes físics patits pel personal sanitari com a resultat de les condicions de treball. Segons aquest

autor, és típic de les professions de servei d'ajuda i es caracteritza per un estat d'esgotament com a conseqüència de treballar intensament, sense prendre en consideració les pròpies necessitats.

És per això que Freudenberguer va escriure el text següent, en el qual a manera de metàfora, explica i reflexa el que representa la "síndrome del cremat":

"Si ha vist un edifici destruït pel foc, sap fins a quin punt pot ser devastadora una tragèdia semblant. El que abans era una estructura plena de vida, ara no és més que una estructura desèrtica. Allà on abans hi havia un edifici bullent d'activitat, ara no queda més que enderrocs per recordar-nos tota la vida i l'energia que allà regnava. Pot ser que encara quedi algun tros de paret dreta, pot ser que encara es distingeixin algunes finestres; fins i tot pot ser que continuï intacta l'estructura exterior, però si es mira a l'interior es quedarà impressionat per la gran destrucció que hi ha (...). M'he adonat que la gent a vegades és víctima d'un incendi, com els edificis. Sota la tensió produïda per la vida en el nostre complex món, els seus recursos interns es consumeixen com sota l'acció de les flames, deixant tant sols un immens buit interior, encara que l'embolcall intern sembli més o menys intacte".

Aquest enfocament defensa que el burnout apareix més freqüentment en els professionals més compromesos, en els que treballen més intensament davant la pressió i demandes del seu treball, posant en segon terme els seus propis interessos. Es tracta d'una relació inadequada entre professionals, excessivament gelosos del seu treball i clients excessivament necessitats, una resposta del personal assistencial al realitzar un sobre esforç.

En aquesta mateixa línia, Fischer (1983) va considerar el burnout com un estat resultant del trauma narcisista que comporta una disminució en l'autoestima dels subjectes, mentre que Pines i Aronsón (1988), el conceptualitzen com un estat en que es combinen fatiga emocional, física i mental, sentiments d'impotència i inutilitat i baixa autoestima. Anava acompanyat d'un conjunt de símptomes que incloïa buit físic, sentiments de desempament i

desesperança, desil·lusió i desenvolupament d'un autoconcepte i una actitud negativa cap al treball i cap a la vida mateixa. En la forma més extrema, el burnout representa un punt de ruptura més enllà del que la capacitat d'enfrontar-se amb l'ambient resulta severament disminuïda i és especialment dur per persones entusiastes i idealistes.

Des d'una **perspectiva psicosocial**, la majoria dels seus adeptes, accepten avui la definició de burnout elaborada per Maslach i Jackson (1986), que el consideren com una resposta, principalment emocional, situant els factors laborals i els de l'organització com condicionants i antecedents.

Els estudis de Maslach i Jackson (1981, 1985 i 1986) defensen que el burnout és una **síndrome tridimensional** que es desenvolupa en professionals que tenen com objecte de treball a les persones (usuaris) i afegeixen tres **dimensions** característiques.

La primera és l'Esgotament emocional que es defineix com esgotament o fatiga que pot manifestar-se física, psíquicament o com una combinació d'ambdues. És la sensació de no poder donar més d'un mateix als altres. Despersonalització és la segona dimensió i s'entén com el desenvolupament de sentiments, actituds, i respostes negatives, distants i fredes envers altres persones, especialment als beneficiaris del propi treball. S'acompanya d'un increment en la irritabilitat i una pèrdua de motivació per la feina. El professional tracta d'allunyar-se no només de les persones destinatàries del seu treball sinó també dels membres de l'equip amb els quals treballa, mostrant-se cínic, irritable, irònic i fins i tot utilitzant a vegades etiquetes despectives per eludir als usuaris i tractant de fer-los culpables de les seves frustracions i descens del rendiment laboral.

Conjuntament a aquestes dues dimensions apareix una tercera, consistent en un sentiment de baix assoliment o realització professional i/o personal i que sorgeix quan es verifica que les demandes que es fan, excedeixen la seva capacitat per atendre-les de forma competent.

Suposa respostes negatives cap a un mateix i cap al seu treball, evitant les relacions personals i professionals, baix rendiment laboral, incapacitat per suportar la pressió i una baixa autoestima. La manca d'assoliment personal en el treball es caracteritza per una dolorosa desil·lusió i fracàs en donar sentit personal al treball. S'experimenten sentiments de fracàs personal (falta de competència, d'esforç o coneixements), manca d'expectatives i horitzons en el treball, i una insatisfacció generalitzada. Com a conseqüència: la manca de puntualitat, evitar el treball, l'absentisme i l'abandó de la professió, són símptomes habituals i típics d'aquesta patologia laboral. En opinió d'Álvarez Fernández (1991), el baix assoliment, pot també, estar encobert per una sensació paradòxica d'omnipotència.

En conclusió, l'enfocament psicosocial assumeix que burnout és una síndrome d'Esgotament emocional, Despersonalització i Baix Assoliment o realització personal en el treball.

Si bé la majoria dels investigadors actuals accepten la perspectiva psicosocial, alguns autors discrepen dels supòsits plantejats per Maslach i Jackson (1981), entre ells es troben Price i Murphy (1984), Farber (1985,1991), Golembiewski i col. (1991) Leiter i Maslach (1988) i Gil-Monte i Peiró (1997). Per exemple, Golembiewski i col. (1983,1986) asseguren que el burnout afecta a tot tipus de professions i no només a les organitzacions d'ajuda, i de fet, gran part de les seves investigacions utilitzen com a mostra a directius, venedors, etc.

Gil-Monte i Peiró (1997) han constatat que la síndrome de cremar-se en el treball queda establerta com una resposta a l'estrès laboral crònic integrat per actituds i sentiments negatius cap a les persones amb que es treballa i cap al propi rol professional, així com per una vivència de trobar-se a un mateix esgotat. Aquesta resposta es dona, freqüentment, a les organitzacions de serveis, malgrat no estar restringida a elles.

Del que no sembla haver-hi dubtes és que la síndrome d'estar cremat comprèn una sèrie d'alteracions físiques, de comportament i emocionals que tenen el seu origen en factors individuals, laborals i socials. Pel que fa als símptomes,

diversos autors (Maslach i Pines, 1997; Cherniss, 1980 i Maslach, 1982) revelen que es poden agrupar en quatre àrees simptomatològiques. La primera avarca símptomes psicossomàtics i destaquen: mals de cap, fatiga crònica, hipertensió i en les dones pèrdues de cicles menstruals. La segona engloba símptomes conductuals com: absentisme laboral, conducta violenta, abús de drogues, incapacitat de relaxar-se, etc.

El distanciament afectiu que el professional manifesta a les persones que atén, la impaciència, el desig d'abandonar el treball i la irritabilitat, formen part de les manifestacions emocionals que conformen el tercer grup simptomatològic. És doncs freqüent, la dificultat per concentrar-se a conseqüència de l'ansietat experimentada, produint-se així un descens del rendiment laboral, al mateix temps, li sorgeixen dubtes envers a la seva pròpia competència professional, amb el consegüent descens d'autoestima.

Per últim, els autors assenyalen els símptomes defensius estant relacionats amb la negació emocional. Es tracta d'un mecanisme que utilitza el professional per poder acceptar els seus sentiments, negant les emocions anteriorment descrites essent les formes més habituals: negació de les emocions, ironia, atenció selectiva i el desplaçament de sentiments cap a altres situacions o coses.

També pot utilitzar per defensar-se la intel·lectualització o l'atenció parcial cap allò que li resulti menys desagradable (Álvarez i Fernández 1991).

Cherniss (1992) ha realitzat una anàlisi quantitativa i longitudinal de l'evolució d'alguns traços lligats a la síndrome d'estar cremat (satisfacció ocupacional, motivació professional, sentiment/percepció dels clients i separació/angoixa emocional) en vint-i-quatre professionals (sanitaris, docents i advocats), controlant les variables d'estabilitat professional, satisfacció professional, des del seu inici a la professió fins a dotze anys després.

Els resultats d'aquesta investigació revelen que els subjectes que van canviar de carrera algun cop durant els deu anys després de finalitzar-la, van mostrar puntuacions significativament més baixes en burnout que els que no ho van fer.

Al principi de la carrera, no es trobaren diferències significatives en burnout ni en la satisfacció professional ni en les actituds davant els clients. Els subjectes que puntuaren alt en burnout al finalitzar el seu primer any de pràctiques eren també més flexibles amb els seus clients anys més tard i experimentaven més estabilitat en la seva professió. Aquests resultats indiquen que, o bé els individus que experimentaren menys burnout al principi eren psicològicament més resistents i estaven menys predisposats a riscos, o bé, eren més selectius en l'elecció de la seva carrera.

Per altra banda, els professionals que experimentaren nivells elevats de burnout al principi de la carrera, eren persones que tendien a evitar canvis en el seu treball per prevenir possibles experiències negatives. Una interpretació alternativa podria ser que la tensió experimentada al principi proporcionava major seguretat i confiança posteriorment.

Després d'haver assenyalat, tot el conjunt de manifestacions característiques d'aquesta patologia laboral, es justifica que en la literatura especialitzada es parli, indiferentment de burnout, de síndrome de burnout, de desgast psíquic, o més col·loquialment de cremar-se en el treball.

Els adeptes a la perspectiva psicosocial afirmen que la síndrome s'ha d'entendre com un procés que es desenvolupa seqüencialment, pel que fa a la aparició dels seus traços i els seus símptomes globals. En canvi, alguns autors discrepen en el símptoma que es presenta en primer lloc, la seqüència del procés, el protagonisme que concedeixen a cadascun dels seus símptomes globals, en l'explicació dels mecanismes explicatius i en les estratègies que l'individu pot utilitzar per manipular-lo. Per això poden haver sorgit varis models processals que tracten d'explicar el desenvolupament d'aquest procés.

Els models etiològics explicatius de la síndrome, seguint la revisió de Gil Monte i Peiró (1997), han quedat estructurats en tres grans teories: sòcio-cognitiva, teoria de l'intercanvi social i teoria de l'organització que a la vegada engloba els models d'Español i Caputo (1979); Harrisón (1980;1983); Cherniss (1980); Edelwich i Brodsky (1980); Golembiewski, Munzenrider i Carter (1983); Pines i Aronson (1988); Farber (1991); Starnam i Millar (1992); Cox, Kuk i Leiter (1993) i Winnubst (1993).

2.3 Incidència de la Síndrome a la professió d'infermeria.

L'atenció al pacient és la primera causa d'estrès en el personal sanitari. El patiment o estrès interpersonal de la infermera s'origina per diferents mecanismes com són: la identificació amb l'angoixa del malalt i dels seus familiars, per la reactivació dels seus propis conflictes, per la frustració de les seves perspectives terapèutiques i per altres frustracions professionals.

2.3.1 Factors demogràfics.

Edat: És dona amb més freqüència en persones joves ja que la satisfacció laboral augmenta amb l'edat però a les feines sotmeses a pressió, disminueix la satisfacció i augmenta l'estrès durant la carrera.

Gènere: les dones presenten més estrès laboral que els homes tot i que això depèn de la qualitat del rol laboral (les dones han desenvolupat feines de pitjor qualitat al llarg de la història), i de la major reactivitat a l'estrès de la dona, perquè està més exposada a factors estressants i per la seva menor disponibilitat de recursos per afrontar-los.

Estat civil: els solters i separats són més propensos al desenvolupament del desgast professional. El període de formació a l'escola o a l'especialitat són períodes crítics pel desenvolupament del burnout. Un perfil de risc elevat de patir desgast ocupacional inclou les següents variables individuals: ser dona, tenir més de 45 anys, separada, viuda o divorciada, amb baix suport social, sobrecàrrega de treball i elevat estrès per part de l'organització.

2.3.2 Característiques de la feina.

El burnout s'associa amb: sobrecàrrega de feina, conflicte i ambigüitat de rol, falta de participació i insuficiència de control del treballador, i tasca assistencial en relació directa amb malalts, especialment amb malalts crònics, greus i terminals. També s'han assenyalat com a factors de risc pel desgast professional, un estil directiu autoritari i la falta de suport social a l'empresa, amb escassetat de mecanismes de comunicació i de control pel que fa a la qualitat del desenvolupament del rol laboral. Els torns són un factor estressant

i que s'ha de tenir en compte en la salut de la infermera, ja que el personal d'infermeria dorm poc i malament.

2.3.3 Actituds a la feina i característica de personalitat.

El burnout s'associa positivament amb expectatives inadequades envers la feina, meticulositat i perfeccionisme, així com un excessiu idealisme, esperit de sacrifici i postergació habitual dels desigs personals.

El desgast professional s'associa de manera significativa amb excessius conflictes emocionals no resolts en persones neuròtiques, insegures, obsessives, ansioses o depressives, amb una mala regulació de l'autoestima. Un alt estrès emocional s'associa amb un elevat neuroticisme i amb una mala capacitat per identificar i resoldre problemes. Sentir-se insegura d'una mateixa i incompetent per fer front a les demandes del rol professional genera en una persona neuròtica una gran quantitat d'estrès, estrès autogenerat.

Els trets de personalitat que intervenen en burnout són: neuroticisme, ansietat-tret, mala regulació de l'autoestima personal, atribució de control extern i insuficient control personal, i patró de conducta tipus A (impaciència i hostilitat sobretot). Al contrari, altres variables de personalitat protegeixen del desenvolupament de desgast professional i intervenen en satisfacció amb la feina: estabilitat emocional, orientació psicosocial amb alta motivació d'ajuda, capacitat per donar sentit positiu a la feina, per la cura d'un mateix i per la feina creativa.

L'autoeficàcia és una vivència de control i compromís personal que protegeix a les infermeres del desgast professional. Es tracta d'una dimensió sana de la personalitat, semblant a optimisme, estabilitat emocional, atribució interna de control, afectivitat positiva i a hardiness. L'autoeficàcia és un concepte psicològic desenvolupat per Albert Bandura que fa referència a la creença que un mateix pot realitzar les conductes necessàries per aconseguir algun objectiu desitjat. L'autoeficàcia i l'optimisme protegeixen de la depressió després de l'exposició a fets extressants.

Les funcions sanes de la personalitat fan possible la consolidació del judici de la realitat i de la vivència coherent d'agència personal. S'associen a diferents mecanismes sans de defensa com són l'anticipació, l'altruisme i el sentit de l'humor, segons l'excel·lent sistematització dels mecanismes de defensa de Vaillant al 1992.

Entre els treballadors del sector de serveis socials (sanitaris, docents, etc.) predominen les persones amb el denominat "tipus emocional" de personalitat, enfront del "tipus racional" en una proporció de 4 a 1 respectivament. Les primeres persones es caracteritzen per ser més extravertides i solidàries, mentre que el segon tipus de persones tenen més capacitat d'anàlisi lògic i d'objectivació científica. Els tipus emocionals tenen una orientació més gran i competència psicosocial, però també tenen un risc més gran de desgast personal quan les demandes de feina emocional són excessives o inadequades, i desborden la seva capacitat d'elaboració mental. Els tipus racionals no s'impliquen tant amb el receptor de la seva feina, tenen un desgast menor, però també solen tenir pitjor qualitat de relació amb el pacient, llevat que aquest sigui també del "tipus racional", i només en algunes condicions.

L'atribució interna de responsabilitat personal pel resultat terapèutic, o atribució interna de control, davant d'una atribució externa s'associa de manera significativa amb una satisfacció més gran i implicació amb la feina, encara que resulta sorprenent que també pugui intervenir en tenir un risc més alt per desenvolupar desgast professional i depressió, quan els resultats són indesitjables o negatius, com és el cas de la mort d'un pacient el tractament del qual s'hagi assumit amb unes expectatives poc realistes.

Cartwright va descriure tres estils d'afrontament de l'estrès laboral utilitzats per les metgesses, que poden ser perfectament vàlids per les infermeres:

1. Les que intenten ser "súper dones" i abarcar les demandes dels diferents rols personals. El resultat per la seva salut dependrà d'altres variables, com la disponibilitat de recursos i habilitats, el suport social i familiar, els reforços, etc.

2. Les que limiten les seves ambicions i objectius professionals en benefici del seu paper familiar o d'altres activitats socials.
3. Les que se sobre impliquen amb la professió en detriment de la seva vida personal (no es casen o no tenen fills). El seu paper professional els proporciona les satisfaccions més grans.

Els torns com a factor etiològic de l'estrès laboral.

Els canvis geofísics que experimenta el planeta en els seus moviments de rotació i translació al sol, provoquen oscil·lacions biològiques constants en els sers vius, sobretot amb la successió dia-nit (ritme nictameral) i de la llum-fosc (ritme circadiari). L'home immers en el progrés es veu obligat més freqüentment a trastornar els seus hàbits, canvi d'horari de menjar, feina, son, etc. La feina en equips rotatoris distorsiona els ritmes biològics i es manifesta amb diversos trastorns fisiològics que Ferrerios Espinosa anomena Patologia de la turnicitat.

El son és tan importat com calmar la gana i la set si es produeix un dèbit de son durant el cicle es pot manifestar hipersomnia diürna. Ferrerios Espinosa afirma que la patologia per les tasques realitzades en torns rotatoris és de tipus funcional de caràcter inespecífic i no exclusiva de la classe de la tasca.

La síndrome d'estrès permanent per l'alteració del cicle del son es deu al fracàs dels mecanismes d'adaptació enfront a les exigències del medi, i es caracteritza per símptomes com poden ser: astènia, nerviósisme i dispèpsia. En aquesta síndrome intervenen dos factors fonamentals: desincronització dels bioritmes nictamerals i el rebuig d'aquesta situació de treball.

Els trastorns derivats dels torns són principalment psicossomàtics. Entre els símptomes més destacats figuren: cefalees, trastorns digestius (dolor o acidesa gàstrica, colon irritable, pèrdua de gana, etc.), astènia, no com si només fos un cansament físic, sinó una astènia amb un fort component neuropsíquic (disminució vital) i alteracions persistents de l'energia de tipus inespecífic, anàlogues a les que es poden donar en altres situacions estressants com irritabilitat, mal humor, tensió, pèrdua de memòria, depressió de l'ànim, hipersensibilitat, etc.

Ja que la qualitat del son d'una persona depèn de l'hora que se'n va a dormir, la feina nocturna produeix una desincronització dels ritmes biològics la qual cosa provoca la reducció del son, amb una mitja de menys de 5 hores i un son diürn menys reparador. Aquestes alteracions del son produeixen el deteriorament crònic de la qualitat de vida del treballador, amb més tensió arterial, predomini del to simpàtic sobre el parasimpàtic en comparació amb el torn de dia, cortisolèmies superiors, i a la llarga un risc més gran de patir malalties cardiovasculars, gastrointestinals, trastorns del son, cefalees i vertígens, abús de substàncies tòxiques, immunosupressió i infertilitat. El son de mala qualitat interfereix en els processos de restauració mental i intervé en la producció d'alteracions de conducta amb agressivitat i irritabilitat.

L'adaptació a la feina nocturna mai és complerta ni en els individus que treballen sempre de nit. Per obtenir els mateixos resultats, s'exigeix un esforç més gran que durant la feina diürna. A més existeixen factors psicològics i socials que compliquen la patologia del treball per torns. És fàcilment comprensible l'inconvenient que suposa estar subjecte a horaris que canvien cada setmana i a vegades varies vegades a la mateix setmana, alterant profundament la vida familiar, social, d'oci i de relacions interpersonals.

El cansament mental de la infermera que treballa a la nit pot portar una disminució de les seves capacitats mentals, com poden ser la disminució del rendiment laboral i l'augment dels riscos laborals. S'ha vist que durant el treball nocturn no s'incrementa la sinistralitat laboral, però sí augmenta la gravetat dels accidents laborals.

Per últim, pel que fa als torns i des del punt de vista fisiològic, s'ha comprovat que tenen més inconvenients les rotacions periòdiques (setmanals, cicles de matí-nit, tarda-nit, matí-tarda-nit, etc.), que els torns fixes de nit durant períodes breus de temps. La infermera ha de canviar de torn quan en el millor dels casos ja havia aconseguit adaptar el seu ritme de vigília-son.

Diferències de gènere a la infermeria.

Existeixen importants diferències pel que fa a la prevalença, curs i tractament d'algunes malalties entre homes i dones. Cada vegada més les dones

comparteixen amb els homes els mateixos factors de risc com són el tabaquisme, l'alcoholisme i l'estrès laboral, mentre que d'altres segueixen sent propis d'elles.

Les infermeres, com qualsevol dona adulta en general, són més susceptibles que els homes de patir trastorns d'ansietat, d'alimentació, de l'estat d'ànim i somatitzacions. Aquestes diferències es deuen tant a factors psicosocials i econòmics, com a una subordinació general de la dona envers l'home, com factors biològics. Així s'ha demostrat l'existència de receptors per la testosterona i l'estradiol en el sistema límbic, a l'hipotàlem i a altres regions del Sistema Nerviós Central.

La infermera està exposada a més factors estressants que l'infermer, tant en termes de freqüència com d'intensitat. Això es deu al conflicte que experimenta entre els requeriments de la seva professió i els de la seva vida personal i familiar. L'estrès femení més gran degut a aquest conflicte, influeix en el desenvolupament de la seva carrera professional per les concessions que sol fer en benefici de la seva família, amb una major dedicació a activitats domèstiques i a la cura dels seus fills i del marit. Són poques les dones que aconsegueixen, com a mínim fins avui, els nivells jeràrquics superiors de direcció, com a titulars, catedràtiques, etc.

No menys destructiu per la infermera és l'assetjament moral, que consisteix en qualsevol forma de conducta abusiva que atempti contra la dignitat o la integritat d'una persona, posi en perill la seva feina, o degradi el clima de treball. L'assetjament moral inclou dos aspectes fonamentals: l'abús de poder, i la manipulació enganyosa i perversa d'una altra persona. Aquest procés sol iniciar-se de manera insidiosa, per passar després a múltiples atacs personals, fins que la víctima desqualificada és acorralada i la seva autoestima malmesa. La víctima se sent com un objecte sense valor, atemorida i confusa, tracte d'evitar les situacions de violència i acaba tornant la seva agressivitat contra ella mateixa amb una autocrítica excessiva o amb altres conductes autodestructives. Les tècniques perverses més utilitzades a l'assetjament moral són la desqualificació general, l'aïllament de la víctima, la mentida, el sarcasme, la burla i el menyspreu, sobretot en empreses permissives en excés

per tenir pocs mecanismes eficaços de supervisió i control eficient del clima laboral.

Una forma particularment destructiva d'assetjament moral és la que es dona en el cas de "chivo espiatorio", que consisteix en la utilització del membre assignat pel grup com a responsable dipositari de tot el que va malament en ell, a qui s'ataca en la seva integritat narcisista i en qui evacuen tots els mals. Mentre aconseguixin que aquell "altre" sigui el referent negatiu oficial, tots els altres se senten salvats de ser ells mateixos designats com a "chivo espiatorio". El temor d'incompetència s'ubica en el membre designat i la resta se sent alliberat.

PATOGÈNIA.

El burnout es desenvolupa de forma continua i fluctuant en el temps. Per Chernis (1980) és un procés en què les actituds i les conductes dels professionals canvien de forma negativa com a resposta a l'estrès laboral. Aquest autor va descriure tres fases evolutives. A la primera, es dona un desbalanç entre les demandes i els recursos, és a dir, es tractaria d'una situació d'estrès psicosocial. A la segona, es produeix un estat de tensió psicofisiològica (strain). I a la tercera, es succeeixen una sèrie de canvis conductuals, conseqüència d'un afrontament de tipus defensiu i de fugida que evita les tasques estressants i procura l'allunyament personal, per la qual cosa hi ha una tendència a tractar als pacients de forma distanciada, rutinària i mecànica, posant per endavant cínicament la gratificació de les pròpies necessitats al servei que es dona. Per Cherniss el desgast professional és un procés transaccional que depèn tant de les característiques de l'organització com de les del subjecte.

Per Etzion (1987) és un procés latent, solapat i silenciós, que es desenvolupa lentament des del seu començament, sense gairebé senyals manifestes, i que evoluciona quasi sempre de manera larvada fins que fa eclosió de cop i inesperadament, com a experiència devastadora d'esgotament personal, i sense que es pugui relacionar amb cap situació estressant particular. Etzion

diu: els mini estressors o desajustaments menors no causen alarma. Per això el procés d'erosió pot continuar molt temps sense ser detectat.

En conclusió, el burnout resulta de la discrepància entre les expectatives i ideals individuals, per una part, i la dura realitat de la vida ocupacional, per una altra. És en definitiva, la resultant desadaptativa de l'estrès interpersonal laboral crònic. El procés de burnout pot ser percebut conscientment per la persona que el pateix, o bé pot negar-lo i mantenir-se no reconegut durant molt temps. Poc a poc, la persona es va sentint afectada, i va canviant les seves actituds envers la feina i els seus companys. Pot sentir-ho a nivell emocional, pels seus concomitants somàtics (palpitacions, dolors, cansament, etc.) o per la seva conducta a la feina (impaciència, oblit, altivesa, hipercriticisme, etc.) La tècnica formal o estil que utilitza cada persona per afrontar aquests senyals d'alarma (ansietat, estrès percebut o strain) serà crucial perquè es desenvolupi o no la síndrome completa o més greu, perquè resulti un rendiment eficaç i satisfactori, o bé perquè es produeixi el deteriorament, la insatisfacció, i tota la simptomatologia de burnout. És precís reconèixer que no hi ha cap estratègia d'afrontament que sigui vàlida de manera universal per totes les situacions conflictives i per totes les persones, tot i que sol ser eficaç i adaptatiu un estil d'afrontament actiu orientat al coneixement i resolució dels problemes, i sol ser desadaptativa la conducta d'escapament o fugida de la realitat llevat quan vertaderament no hi ha res a fer o és negativa i destructiva, com la violència o les drogues.

El desenvolupament personal de desgast professional resulta de la transacció negativa entre varis factors, individuals i de l'organització.

És necessari destacar la importància d'algunes característiques de la feina, com són la sobrecàrrega quantitativa i qualitativa de la feina per unitat de temps, quan el treballador es veu confrontat amb responsabilitats que excedeixen el rang de les seves capacitats. Una altra característica de l'organització bàsica és la disponibilitat de recolzament social entre els companys i per part dels superiors, com la possibilitat de participar en la presa de decisions.

Algunes característiques personals del treballador el faran més o menys propens al desgast personal a la feina, com ja s'ha assenyalat, però en definitiva es produeix un grau variable d'ajustament o de desajustament entre el treballador i la feina. S'han descrit sis àrees principals en les quals es pot donar el desajustament: càrrega de feina, control, reforços, clima de grup, justícia i valors de l'organització.

Quan una persona aconsegueix una bona adaptació a la seva feina es produeix un desgast mínim que es veu recompensat amb unes satisfaccions màximes, que poden manifestar-se per un alt grau de compromís personal amb la feina, així com eficàcia o mestratge personal.

Des de l'òptica psicoanalítica s'aprecia que un factor clau a la predisposició a la síndrome és l'existència d'unes necessitats emocionals insatisfetes des de la infantesa que, per determinats mecanismes inconscients de defensa, indueixen una vocació o motivació d'ajuda als altres però amb predomini de mecanismes reparadors insans, narcisistes, neuròtics o, inclús, psicòtics. La motivació altruista sorgeix a l'observar la necessitat d'ajuda d'una altra persona, quan es pot experimentar una relació empàtica (sintonia emocional amb l'altre) per identificació inconscient amb ella des de la vivència pròpia de necessitats insatisfetes de manera més o menys conscient. La continua exposició a les necessitats dels altres pot fer disminuir amb el temps la motivació prosocial si no es senten satisfetes les necessitats i els desigs personals, i si no s'obtenen les adequades satisfaccions capaces de compensar o de neutralitzar el desgast i la pèrdua dels propis recursos. S'ha destacat la importància dels trets de caràcter depressius i obsessiu-impulsius en els professionals sanitaris vulnerables a l'estrès ocupacional. La vocació o motivació d'ajuda pot també basar-se en els desigs creatius i sublimacions exitoses, arrelades en impulsos reparadors sans. Quan no és així, i predominen les motivacions inconscients insanes, es dona llavors un progressiu malestar emocional, amb aïllament personal i pèrdua de les satisfaccions importants que proporciona la feina en professions de servei o d'ajuda social.

SIMPTOMATOLOGIA.

La síndrome de desgast professional es caracteritza per la presència dels següents símptomes:

Manifestacions mentals.

Sentiments de buit, esgotament vital, fracàs i impotència personal, baixa autoestima i pèrdua de la realització a través de la feina. També és freqüent apreciar nerviosisme, inquietud, dificultat de concentració, oblit, sentiments depressius i una baixa tolerància a la frustració, amb comportament paranoide i/o agressiu cap als malalts, els companys i la pròpia família.

Manifestacions físiques.

S'han descrit nombrosos símptomes i malalties com són: cefalees, insomni, hipertensió arterial, alteracions gastrointestinals, taquicàrdia, malaltia coronària, fatiga crònica i, en les dones, major freqüència de cicles anovulatoris.

Manifestacions conductuals.

Conductes addictives i evitatives o d'escapament de la realitat amb consum augmentat de cafè, te, tabac, alcohol, fàrmacs i drogues il·legals, absentisme laboral, baix rendiment personal, distanciament afectiu dels malalts i companys, conflictes freqüents interpersonals en l'àmbit de la feina i dins la pròpia família. En el desenvolupament del desgast professional s'han descrit diferents graus.

Primer grau:

- Pèrdua d'autocrítica, autocomplacència excessiva i elevada competitivitat interpersonal.
- Intolerància a la crítica viscuda com agressió destructiva.
- Problemes de relació a la feina i a la família.
- Actituds negatives com són hipercriticisme i mordacitat.

Segon grau:

- Progressiu deteriorament físic i emocional.
- Alteracions del son.

- Alteracions de la gana.
- Alteracions sexuals.
- Pèrdua d'energia.
- Desmotivació cap a la feina.
- Alt ritme de canvi de lloc de treball.

Tercer grau:

- Ansietat
- Depressió.
- Intensificació dels trets neuròtics de caràcter.
- Somatitzacions.
- Trastorns de conducta.
 - Conductes de risc
 - Conductes addictives
 - Canvis a l'àrea relacional:
 - Equip assistencial: conflictes de l'organització.
 - Família pròpia: conflictes familiars.
 - Aïllament social.
 - Suïcidi.

Una de cada quatre infermeres pateix un esgotament sever i deteriorament professional per sobrecàrrega de treball i falta de recursos personals i de recolzament social. El personal d'infermeria pateix més freqüentment trastorns mentals que no pas altres estaments sanitaris; el més freqüent de tots és la depressió, que s'associa de manera significativa amb un absentisme laboral per malaltia més gran, i consum de "drogues socials". Els factors més patògens són l'ambigüitat de rol i la pèrdua de control sobre l'execució eficaç de les tasques.

El burnout és un mediador patogènic que fa malbé la salut del personal sanitari en general i de la infermera en particular. Aquest fenomen ja assenyalat, per Dublin i Spiegelman, que van destacar que els homes i les dones que es dediquen a millorar la salut dels altres, fracassen a vegades en protegir la seva.

També van descriure el ben conegut triple signe d'ignorància, indiferència i falta de cura dels sanitaris de la seva pròpia salut.

Els problemes emocionals dels professionals de la salut han estat amb freqüència amagats i mal afrontats. Els nombrosos estudis disponibles revelen, amb contundència, que les tasses d'alcoholisme i addicció a les drogues, així com els conflictes matrimonials, trastorns psiquiàtrics, depressió i suïcidi, són moltes vegades superiors als de la població general. El deteriorament produït és suficientment important com per afectar a la pràctica de la seva feina amb el mal que pot ocasionar als malalts.

L'estrès, inherent a la pràctica clínica dels professionals sanitaris, precipita un trastorn mental només entre els predisposats a això (vulnerabilitat per altres factors de risc, per antecedents familiars psiquiàtrics, per una infantesa inestable i desgraciada), com expressa Iruela Cuadrado (1983): ...la vulnerabilitat emocional està condicionada pels seus propis conflictes, passats i presents, no resolts, i que les condicions especials del treball sanitari posen contínuament a prova.

També s'ha publicat que els professionals sanitaris reconeixen una pressió psicològica superior a la d'altres professionals d'igual nivell ocupacional. Així per exemple, Vaillant et al han realitzat un estudi de seguiment d'una cohort de metges durant 30 anys i troben que els que estan involucrats en l'atenció directa al pacient, tenen pitjor qualitat de relacions matrimonials i fan servir més drogues- alcohol, sobretot- i necessiten més tractaments psicoterapèutics que d'altres professionals. Patir un grau més alt de burnout s'associa amb el consum de més de vint cigarretes al dia, menys implicació laboral afectiva i pitjor salut general. Els professionals que van tenir pitjors ajustaments infantils i adolescents són els més vulnerables a aquests riscos ocupacionals. Així mateix, descobreixen que un ambient familiar satisfactori a la infantesa va ser un important predictor independent de salut física i mental als 65 anys.

Álvarez Gallego y Fernández Ríos demostren l'existència d'un elevat grau de desgast professional entre el personal d'infermeria, però menys que en psiquiatres i psicòlegs.

Mingote, Denia i Jiménez han realitzat un estudi sobre el burnout en diplomats universitaris d'infermeria que treballen a l'Hospital Universitario Doce de Octubre de Madrid detectant l'existència d'un elevat percentatge de personal "cremat" a les unitats d'hospitalització de pacients greus i amb elevada taxa de mortalitat. En aquests professionals que s'ocupen de pacients amb alta mortalitat, es va apreciar una major incidència d'esgotament emocional, estrès i consum excessiu de cafè, tabac i alcohol, així com un desigs de canvi de lloc de treball.

En comparació amb els metges, les infermeres tenen nivells més alts de desgast professional en els seus tres factors, sobretot en cansament emocional i en falta de realització personal. Els professionals sanitaris homes puntuen lleugerament més alt que les dones pel que fa a la despersonalització amb el pacient. Les infermeres es comuniquen millor que els metges amb els pacients i a més parlen més sovint dels seus problemes com a principal estratègia d'afrontament.

Segons l'estudi de Hypwell i Taylor (1989) les infermeres de cures intensives, oncologia, diàlisi i psiquiatria pateixen nivells d'estrès laboral més alts que les que treballen en altres especialitats, la qual cosa s'atribueix a diferents factors estressants com són: sobrecàrrega de treball en quantitat i qualitat, com alta exposició al patiment humà i baix suport social-professional.

Glass, McNight i Valdimarsdottir (1993) van investigar els nivells de depressió, burnout i percepcions de control en 162 infermeres d'hospital. Com a resultats destaquen que: amb 162 infermeres la falta de control que es percep indueix burnout i culmina en depressió, confirmant que l'estrès crònic determina auto-avaluacions negatives i incapacitat- desesperança. A més més burnout es va associar amb més precisió perceptual pel que fa al job control, confirmant "l'efecte de realisme depressiu".

Dewe (1993) va estudiar l'afrontament i la intensitat dels estressors d'infermeria amb una mostra de 2.500 infermeres d'hospitals generals i maternitats a Nova Zelanda. Va concloure que el fet d'utilitzar més estratègies d'afrontament orientades a l'emoció reflecteix la falta de recursos per controlar els estressors assistencials. Més freqüència i intensitat d'estressors s'associa amb l'ús més

freqüent d'estratègies d'afrontament i més estrès percebut: més esforç i fatiga. En relació amb el tractament dels pacients més greus tres estratègies són adaptatives: conductes orientades al problema, expressió de sentiments de frustració i l'acceptació de la feina de forma realista. A nivell pràctic proposen combinar estratègies orientades a millorar les condicions de la feina i augmentar els recursos adaptatius d'afrontament, com l'entrenament en relaxació, la participació més gran en el procés de presa de decisions, la millora en el clima de treball i aconseguir una supervisió eficaç. Aquestes tècniques milloren la satisfacció laboral i disminueixen l'estrès a la feina.

Petterson, Arnetz i Hörte (1995) van estudiar l'ambient de treball, la utilització de capacitats i la salut d'infermeres sueques. Amb una mostra nacional representativa de 3.500 infermeres, aprecien un alt grau de satisfacció laboral (90%) i d'estrès laboral (80%), a la vegada. El 40% d'infermeres es senten massa cansades després de la feina com per relacionar-se amb la família i el 45% havien considerat seriosament deixar de treballar. El 18% sent fort burnout. Aquests autors proposen, de manera prioritària, intervencions psicosocials per millorar el clima de treball i el desenvolupament d'una supervisió eficaç, a més de millorar les condicions físiques de la feina. L'objectiu principal és millorar la capacitat i competència de decisió en relació amb la càrrega i les demandes de feina. Les infermeres insatisfetes perden el doble de dies per malaltia, que les satisfetes.

Els tranquil·lizants menors i els hipnòtics són els psicofàrmacs més utilitzats per les infermeres i sobretot per les que treballen en torns rotatoris. Aquestes, pateixen amb més freqüència alteracions del son i trastorns mentals com ansietat i depressió que les que tenen torns fixes, i en especial a l'augmentar l'edat.

Gómez Sánchez, Ceacero Molino, Álamo Santos et al. (1998) estudien la satisfacció laboral i el desgast professional de 103 infermeres de medicina interna. Van obtenir una taxa de resposta del 68,9%, i va resultar un grau mig de desgast en els seus tres factors. La inseguretat a la feina genera baixa realització personal i alt desgast professional. Les característiques laborals més insatisfetores són: les condicions físiques de la feina, la remuneració

econòmica, les relacions amb la direcció, i les escasses oportunitats de participació i de promoció.

Amb freqüència el professional d'infermeria té problemes de salut física, psíquica i social. Segons Antón Nardiz de les vint-i-set ocupacions en les quals és més gran la incidència de trastorns mentals, quinze es relacionen amb hospitals. Sis de les quaranta ocupacions que generen més estrès pertanyen al sector sanitari.

Encara que les dones viuen aproximadament set anys més que els homes i tenen menys tasses de morbi-mortalitat per la majoria de les malalties greus, quan elles tracten de compatibilitzar els seus nous rols amb el paper femení tradicional (la actual "revolució subtil"), augmenta el seu conflicte de rol, pateixen més estrès residual, més risc de depressió i de suïcidi, augmenten les conductes de risc com el tabaquisme i l'alcoholisme, i disminueixen les pràctiques saludables com l'exercici físic i la dieta adequada.

Tots els efectes secundaris que té el burnout sobre la salut de la infermera i que formen part dels costos humans de l'activitat sanitària- social, s'aprecien igualment als altres professionals relacionats amb la salut, com metges, auxiliars d'infermeria, treballadors socials, etc., així com en els familiars que tenen cura de malalts crònics, els quals sovint també descuiden la seva pròpia salut, s'aïllen socialment i pateixen més alteracions psicològiques que altres familiars que no ho fan. S'estima que un 30% d'aquests familiars cuidadors compleixen criteris diagnòstics operatius del trastorn depressiu.

Encara que en aquest resum s'ha destacat el pes que tenen les condicions objectives de la feina sobre la salut a la infermeria, no hem de passar per alt la importància de les diferències individuals de personalitat. Al cap i a la fi cadascú interpreta de manera subjectiva el que li produeix malestar, i cadascú té els seus propis factors de vulnerabilitat o resistència a l'estrès. Així, el tenir "personalitat negativa" amb un funcionament pessimista, predisposa a l'alcoholisme, la depressió i al desenvolupament de malalties psicosomàtiques com asma, artritis, cardiopatia isquèmica, etc. És a dir que el ser negatiu és un tret individual que porta a emmalaltir més enllà de l'exposició a l'estrès. Les

persones optimistes, compromeses a treballar juntes per fer un món millor, són més resistents a l'estrès, més creatives i sobretot més felices.

En síntesi, la Síndrome de Desgast Professional és un tipus específic de trastorn adaptatiu crònic amb afectació de la personalitat, associat a les demandes psicosocials del treball directe amb persones a través d'una relació d'interdependència mútua. Es caracteritza per constituir una resposta desadaptativa, que es produeix com a conseqüència d'un desbalanç prolongat entre demandes professionals i recursos d'afrontament individuals.

Per fer el diagnòstic de trastorn adaptatiu, es necessita la presència d'un estressor psicosocial identificable, tot i que si és crònic (més de sis mesos) acostuma a negar-se la seva rellevància personal. En tot cas, és necessari excloure l'existència de qualsevol altre trastorn mental, com un episodi depressiu més gran, cas en què serà prioritari aquest diagnòstic. A més pot ser adequat fer el diagnòstic addicional d'un trastorn de personalitat i assenyalar l'exposició a estrès laboral previ.

El que és essencial d'aquest "programa de resistència a l'estrès" és la ferma convicció de poder exercir un control efectiu, participatiu i democràtic sobre l'estrès psicosocial inherent a la professió d'infermeria.

MARC APLICAT

3. DISSENY DE L'ESTUDI

3.1 Hipòtesi.

El professional d'infermeria d'atenció primària, per les característiques de la seva feina, està sotmès al risc de desenvolupar una situació d'esgotament professional.

Subhipòtesi.

El professional d'infermeria afectat pel burnout, pateix una disminució del rendiment i la qualitat del seu treball.

L'augment de la síndrome del burnout, contribueix de manera significativa a la insatisfacció laboral del professional d'infermeria.

El coneixement dels factors associats pot ajudar a desenvolupar estratègies de prevenció i d'afrontament d'aquesta situació.

3.2 Metodologia.

Mètode d'estudi descriptiu doncs intentem apropar-nos a la realitat, observant l'entorn natural on es produeixen aquests fenòmens.

Dins del mètode descriptiu és també transversal, doncs representa la realitat del fet observat en un moment determinat.

3.3 Població - Mostra.

La població d'estudi estava formada per tots els professionals d'infermeria de les 14 Àrees Bàsiques de Salut (ABS) gestionades per l'Institut Català de la Salut a la comarca del Maresme (Barcelona).

El col·lectiu d'infermeria d'aquestes 14 ABS està distribuït de la següent manera:

- 5 Centres d'Atenció Primària (CAP) a la ciutat de Mataró, que no realitzen Atenció Continuada (AC), guàrdies nocturnes.
- 9 CAPs situats en poblacions grans que si presten servei d'AC i dels quals depenen els Consultoris Municipals (CM).
- 18 CM, que depenen dels CAP i que resten tancats durant l'horari nocturn.

La guàrdia d'AC la realitzen els professionals amb presència física al CAP de l'ABS a la qual estan adscrits.

L'AC la realitzen els professionals de plantilla fora del seu horari laboral, en horari nocturn, i es comptabilitza i abona en concepte de tram. Els trams estan tipificats de la següent manera: AC - 1 : fins a 40 hores ;AC - 2 : 41 a 60 hores ;AC - 3 : 61 a 80 hores ;AC - 4 : 81 a 100 hores; AC - 5 : 101 a 120 hores; AC - 6 : més de 121 hores

Per poder obtenir el tram corresponent, s'haurà de dividir el número anual d'hores d'AC pel número de professionals d'infermeria del centre, de manera que el tram d'AC anirà en funció del número de professionals que componen la plantilla d'infermeria de cada EAP, això provoca que a les plantilles més curtes els toca una AC més alta o sigui un número més alt d'hores .

La configuració de les plantilles, pel que fa al número de professionals, d'una ABS està en relació a la població censal a la qual ha de donar assistència.

Fig. 1 Número professionals d'infermeria al SAP Mataró – Maresme

	Professionals
ABS amb atenció continuada	
CAP Vilassar de Dalt; CM de Cabrils	8
CAP Vilassar de Mar; CM. Pla de l'Avellà ; CM Cabrera	13
CAP Premià de Mar; CM Premià de Dalt ; CM Remei i CM Enllaç	23
CAP El Masnou; CM Alella i CM Teià	17
CAP Llavanes; CM Caldes d'Estrac; Cons S. Vicenç de Montalt i CM Montalparc	9
CAP Arenys de Mar i CM Arenys de Munt	12
CAP Canet ; CM S. Pol ; CM S. Cebrià i CM S. Iscle	10
CAP Pineda ; CM Poble Nou i CM Santa Susanna	16
CAP Tordera i CM Fogars	8
Mataró ciutat (sense atenció continuada)	
CAP Mataró 1 (La Riera)	10
CAP Mataró 3 (Rocafonda- Palau)	11
CAP Mataró 5 (Rda. Cerdanya)	12
CAP Mataró 6 (Gatassa)	9
CAP Mataró 7 (Rda. Prim)	9

Fig. 2 Distribució geogràfica dels CAP i CM

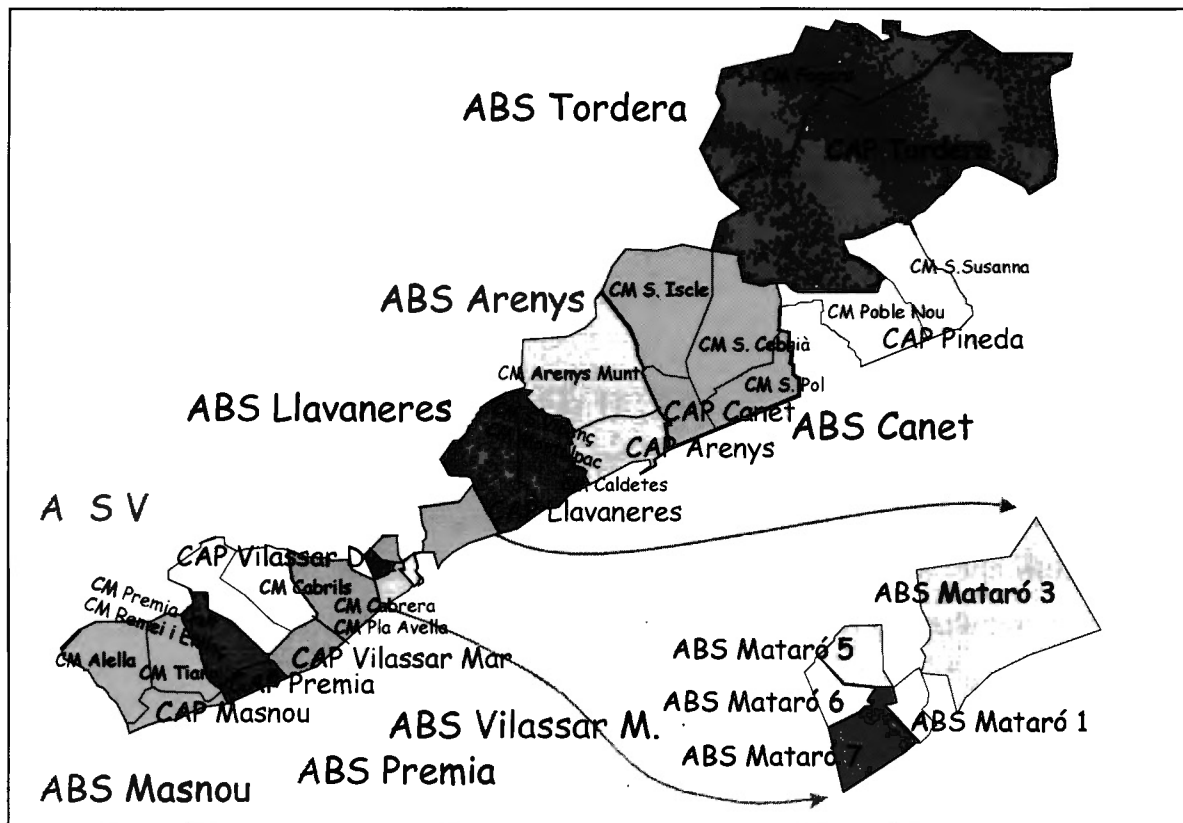


Fig. 3 Punts d'AC i Hospitals de referència



3.4 Instruments de recollida d'informació:

Mitjançant enquesta autoadministrada al personal d'infermeria als centres. L'enquesta consta de:

1. Qüestionari de dades generals. (Fig. 1)
2. El Maslach Burnout Inventori (MBI). (Fig. 2)
- 3 Qüestionari de factors atenuants.(Fig. 3)

Qüestionari de Dades Generals: (Fig 1)

Contenia preguntes envers la situació personal: edat, sexe, estat civil, fills; de formació : postgraus, mestratges , docència; sociolaborals: torn, servei, tipus de contracte, antiguitat en el treball; i institucionals: número d'usuaris atesos per dia, lloc de treball, CAP o consultori local i número d'hores de guàrdia.

El " Maslach Burnout Inventori (MBI)" 15 (Fig 2)

Aquest qüestionari va ser validat per Maslach i Jakson, apareixent la versió definitiva al 1986. Es va utilitzar una versió traduïda i validada de l'original que ja ha estat utilitzada en nombrosos estudis de l'estat espanyol.

Es tracta d'un qüestionari de 22 ítems amb 7 opcions de resposta (escala Likert de 0 a 6), que conté les següents subescales:

- Esgotament emocional (EE): sentiment del subjecte respecte a trobar-se saturat emocionalment pel treball.
- Despersonalització (DP): resposta freda i impersonal cap als pacients.
- Realització personal (RP): sentiments de competència i eficiència en la realització del treball.

Les puntuacions de l'escala total s'obtenen al sumar els valors dels 22 ítems. Com a punts de tall es va pensar en els criteris seguits per altres autors. Per fer-ho es va considerar que l'escala de EE puntuacions de 27 o superiors serien indicatives d'un alt nivell de burnout, l'interval entre 19 i 26 correspondria

a puntuacions intermèdies essent les puntuacions per sota de 19 indicatives de burnout baixos o molt baixos. A l'escala de DP puntuacions superiors a 10 serien nivell alt, de 6 a 9 mig, i menor de 6 sota grau de despersonalització. Per contra, l'escala RP funciona en sentit oposat a les anteriors i així, de 0 a 33 punts indicaria baixa realització, de 34 a 39 intermèdia i superior a 40 alta sensació d'assoliment.

Qüestionari de Factors Atenuadors: (Fig 3):

Es tracta de deu suggeriments com a proposta de millora elaborats per consens de l'equip investigador, de les quals havien de triar-ne cinc. El subjecte també podia afegir propostes no contemplades en el llistat si ho trobava adient. Els suggeriments proposats eren: Baixar el nombre de pacients per dia, determinar les funcions de l'equip, millorar la formació en autocontrol emocional i tècniques de relaxació, disminuir la burocràcia a la consulta, determinació d'objectius clars, millorar la formació en entrevista clínica, millorar la relació entre nivells, augmentar el temps de visita, aprofitar millor el temps dedicat a formació, o millorar les relacions de l'equip.

Fig. 1.-

Edat	Sexe 0. home 1. dona	Estat civil 0. solter 1. casat/parella de fet 2. separat/divorciat	Núm. Fills
------	-------------------------	---	------------

Postgraus 0. No 1. Si	Mestratges 0. No 1. Si	Docència 0. No 1. Si
--------------------------	---------------------------	-------------------------

Torn 0. Matí 1. Tarda 2. Lliscant	Servei 0. MF 1. Ped	Tipus contracte 0. Fix 1. Interí 2. Eventual	Anys Antiguitat feina
---	---------------------------	--	-----------------------

Núm. Usuaris atesos (dia)	Lloc de treball 0. CAP local 1. Consultori	Núm. hores guàrdia / mes
------------------------------	--	--------------------------

Qüestionari Fig. 2 Maslach MBI

0	1	2	3	4	5	6
Mai	algun cop a l'any o menys	Un cop al mes o menys	Alguns cops al mes	Un cop per setmana	Alguns cops per setmana	Tots els dies
1	Em sento emocionalment esgotat pel meu treball					
2	Em sento esgotat al final de la jornada					
3	Estic cansat quan em llevo als matins i haig d'enfrontar un altre dia de treball					
4	Puc entendre amb facilitat com es senten els meus pacients					
5	Crec que tracto als meus pacients com si fossin objectes impersonals					
6	Treballar amb pacients tots els dies és una tensió per mi					
7	M'enfronto molt bé amb els problemes que em presenten els meus pacients					
8	Em sento cremat pel meu treball					
9	Crec que estic influint positivament amb el meu treball en la vida d'altres persones					
10	Crec que tinc un comportament més insensible amb la gent des que faig aquesta feina					
11	Em preocupa que aquest treball m'estigui endurint emocionalment					
12	Em trobo amb molta vitalitat					
13	Em sento frustrat pel meu treball					
14	Crec que estic fent un treball massa dur					
15	Realment no em preocupa què els passarà a alguns dels meus pacients					
16	Treballar en contacte directe amb els pacients em produeix bastant estrès					
17	Tinc facilitat per crear una atmosfera relaxada als meus pacients					
18	Em trobo animat després de treballar en contacte amb els meus pacients					
19	He realitzat moltes coses que valen la pena en aquest treball					
20	En el treball sento que estic al límit de les meves possibilitats					
21	A la meva feina, tracto els problemes emocionals amb molta calma					
22	Sento que els pacients em culpen per alguns dels seus problemes					

Qüestionari de Factors atenuadors. Fig. 3)

Dels següents suggeriments per disminuir l'estrès laboral, assenyalan cinc que consideris de més importància i eficàcia, després pots suggerir tots els que vulguis. Gràcies.

1. Baixar el nombre de pacients per dia
2. Determinar les funcions de l'equip
3. Millorar la nostra formació en auto control emocional i tècniques de relaxació.
4. Baixar la burocràcia a la consulta
5. Determinació d'objectius clars, tenint en compte l'opinió de l'equip
6. Millorar la formació en entrevista clínica
7. Millorar les relacions amb els altres nivells
8. Augmentar els minuts per visita
9. Aprofitar millor el temps de formació continuada
10. Millorar les relacions de l'equip

3.5 Procediment:

L'enquesta es va fer arribar als professionals participants a través de les adjuntes d'infermeria de cada ABS.

Prèviament es va informar a les adjuntes de les característiques de l'estudi així com de la confidencialitat de la informació que proporcionarien, fent especial èmfasi que en cap cas es tractava d'una enquesta institucional.

Els qüestionaris es van lliurar aprofitant l'horari de sessions en què coincideixen tots els torns. Una vegada complimentats i de manera anònima, es posaven en un sobre buit i després de tancar-lo es lliurava a l'adjunta que s'encarregava de fer-los arribar a l'equip investigador. Totes les enquestes es van fer durant el mes de novembre del 2004.

El procesament de dades es va fer amb una base de dades tipus ACCES i l'anàlisi estadística es va fer amb el programa informàtic SPSS- WIN versió 11.0.

4. RESULTATS

El percentatge de resposta va ser del 80%. De les 165 enquestes enviades s'en van rebre 133. No hi va haver diferències en la no resposta entre població d'estudi de la ciutat i la de la comarca.

Pel que fa a les dades de filiació 9,8% eren homes i el 90,2% eren dones. La mitjana d'edat és de 44,42. S'observen diferències entre la ciutat i les zones rurals, la mitjana d'edat de Mataró ciutat és de 48,5 i la de fora de Mataró de 42,97. Estat civil: 15,8% solters, 69,2% casats o en parella i 15,0% separats o divorciats. Núm. de fills 1,41 de mitja.

El 57,9% té estudis de postgrau, un 21,8% màster i un 33,1% ha fet docència.

Torns de treball: el 49,6% té torn de matí, 28,6% torn de tarda i 21,8% "lliscant". El tipus de contracte: 3n 60,9% fix, 14,3% interí i 24,8% eventual. El 78,2% treballa a MF i el 21,8% a pediatria.

Fa guàrdies un 38,3% i no en fa el 61,7%. Del 61% que no fa guàrdies, el 38,3% treballa a la ciutat de Mataró, on els centres no estan tipificats amb Atenció Continuada (guàrdies).

Les infermeres de la nostra zona atenen una mitja de 26,22 usuaris per dia.

Taula 1. Resultats MBI segons afectació de les tres subescales. % d'infermeres afectades.

	BAIXA	MITJA	ELEVADA
ESGOTAMENT EMOCIONAL	60.9 %	21.1%	18%
DESPERSONALITZACIÓ	54.9%	28.6%	16.5%
REALITZACIÓ PERSONAL	13.5%	31.6%	54.9%

Analitzant les dades de l'MBI, trobem per la subescala d'esgotament emocional que el 60,9% presentava un grau baix, el 21,1% un grau mig i el 18% un grau alt.

Taula 2 Resultats subescala ESGOTAMENT EMOCIONAL.(EE)

AFECTACIÓ^(a) ESGOTAMENT EMOCIONAL		
a) Es consideren afectades aquelles infermeres amb graus mitjans i elevats d'EE (puntuació \geq 27 en aquesta subescala)	SI	NO
	39.1%	60.9%

Per la subescala de despersonalització un 54,9% estava en un grau baix, un 28,6% en un grau mig i un 16,5% en grau al, amb uns valors mitjans de 45,1%;

Taula 3. resultats sbescala DESPERSONALITZACIÓ.(DP)

AFECTACIÓ^(b) DESPERSONALITZACIÓ		
b) Es consideren afectades aquelles infermeres amb graus mitjans i elevats de DP (puntuació \geq 10 en aquesta subescala)	SI	NO
	45.1%	54.9%

A la subescala de realització personal el 13,5% dels participants registraren puntuacions emmarcades el rang de grau baix, un 31,6% en grau mig i el 54,9% en grau alt.

Taula 4. Resultats subescala REALITZACIÓ PERSONAL (RP)

AFECTACIÓ^(c) REALITZACIÓ PERSONAL		
c) Es consideren afectades aquelles infermeres amb graus mitjans i baixos de RP (puntuació \leq 39 en aquesta subescala)	SI	NO
	45.1%	54.9%

Les cinc circumstàncies (Taula 5) més indicades pels enquestats que poden contribuir a ser la causa de burnout i que si es tinguessin en compte podrien disminuir la seva presència són:

- a) determinació d'objectius clars tenint en compte l'opinió de l'equip" en un 72,2%,
- b) baixar la burocràcia a la consulta en un 65,4%,
- c) millorar la formació en tècniques d'autocontrol i tècniques de relaxació en un 56,4%,
- d) millorar les relacions de l'equip en un 55,6%
- e) augmentar els minuts per visita" en un 51,9%. Figura 2.

Taula 5 FACTORS ATENUADORS.

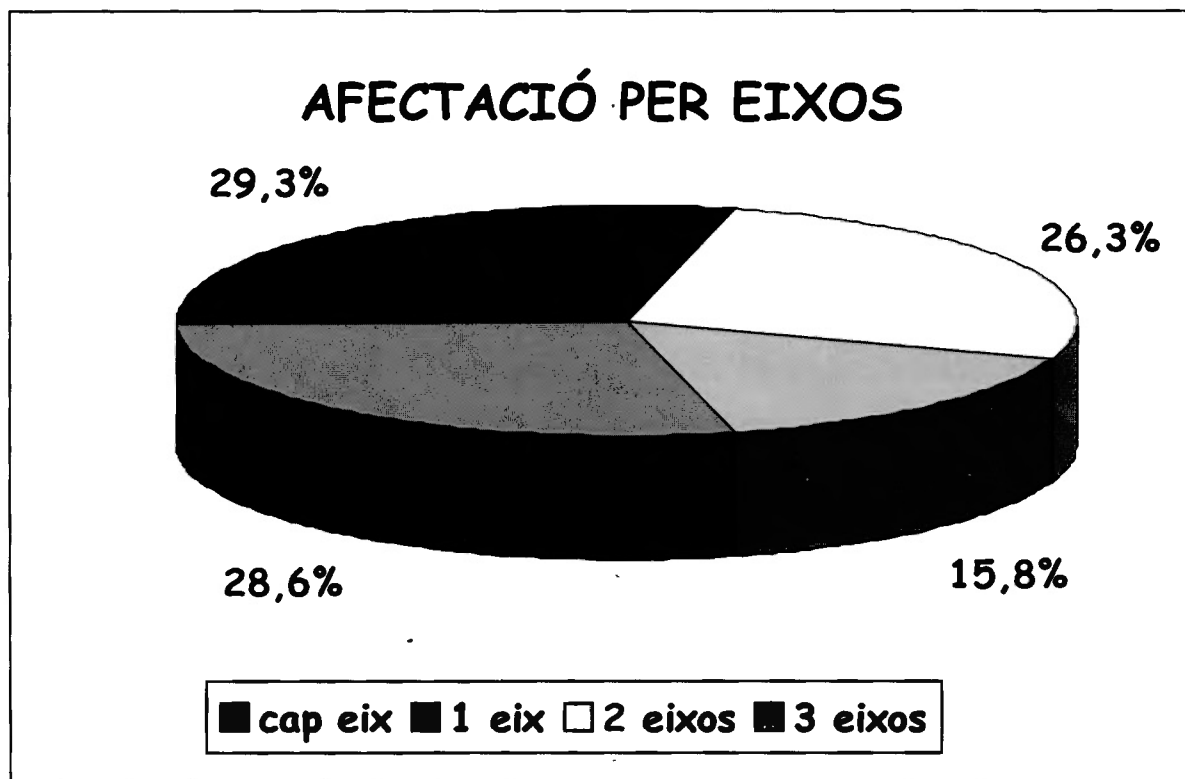
	VARIABLE	NUM.	%	Ordre
F1	Baixar el nombre de pacients per dia	58	43.6%	7è
F2	Determinar les funcions de l'equip	63	47.4%	6è
F3	Millorar la nostra formació en auto control i tècniques de relaxació	75	56.4%	3r
F4	Baixar la burocràcia a la consulta	87	65.4%	2n
F5	Determinació d'objectius clars, tenint en compte l'opinió de l'equip	96	72.2%	1r
F6	Millorar la formació en entrevista clínica	45	33.8%	8è
F7	Millorar les relacions amb altres nivells	43	32.3%	9è
F8	Augmentar els minuts per visita	69	51.9%	5è
F9	Aprofitar millor el temps de formació continuada	41	30.8%	10è
F10	Millorar les relacions de l'equip	74	55.6%	4t

En l'exploració multidimensional (tTaula 7 i grafic 1) trobem que el 28.6 % de les infermeres enquestades no tenen cap eix afectat, és a dir no tenen cap de les característiques que defineixien el burnout. El 74.1 % tenen afectació en alguna de les tres escales definitòries del burnout.

AFFECTACIÓ PER EIXOS. Figura 1

VARIABLE	AFFECTACIÓ	SIGNIFICACIÓ
cap eix	28,6%	NS
1 eix	29,3%	NS
2 eixos	26,3%	NS
3 eixos		NS

GRAFIC 2. DISTRIBUCIO POBLACIÓ ESTUDI SEGONS NOMBRE D'EIXOS AFFECTATS AL MBI.



Discussió.

El percentatge de resposta a la enquesta ha estat elevat, al voltant del 80 %, és una taxa més elevada de la que habitualment trobem a la literatura. Creiem que això ha estat possible per haver fet una presentació individualitzada al responsable de cada centre, i que ha estat aquesta persona qui després ha tramés la informació a les infermeres de cada lloc. Segurament la taxa de resposta seria inferior si l'enviament s'hagués fet per correu.

Aquesta elevada taxa de resposta possiblement ens està indicant que, malgrat tot, els professionals d'infermeria mostren interès per reconèixer i identificar aquesta situació, almenys a nivell col·lectiu.

L'estudi del global de la mostra ens diu que les infermeres d'atenció primària del Maresme tenen un grau mig d'esgotament emocional (17.1 punts) i de realització personal (39.7 punts), aquets últim en la banda alta. pel que fa a la despersonalització el grau global d'afectació es baix (5.48 punts).

L'anàlisi que hem fet per separat de les tres subescales categoritzades en afectació (grau mig i alt) i no afectació (grau baix) ens permet identificar subgrups sense afectació i subgrups amb diversos graus de afectació.

Així, d'aquesta anàlisi amb les subescales categoritzades, se'n desprén que només el 28% de les infermeres enquestades estan lliures d'afectació d'alguna de les característiques que defineixen el burnout. A la resta hi ha diversos graus d'afectació, des del 29.1% que només tenen afectació d'un dels eixos, fins el 15.8% que tenen afectació dels tres eixos i que, presumiblement, són les que podem dir que tenen una Síndrome de Burnout definida.

La síndrome de desgast professional té una presència elevada a les infermeres de la comarca del Maresme. Les dades obtingudes a les tres subescales de l'MBI de la nostra mostra, ens indiquen que les puntuacions corroboren un estat

actual "d'estar realment cremats", la qual cosa suposa un vertader perill per l'atenció primària, considerant que nosaltres, com a factor humà del sistema, som una peça fonamental pel seu desenvolupament i productivitat, i que si es mantenen aquestes tasses de desil·lusió, desmotivació i deshumanització, les administracions sanitàries han de posar interès de veritat en prevenir aquest problema.

Segons els nostres resultats el perfil d'afectat per la Síndrome del cremat de la nostra comarca és: dona, d'entre 35 i 55 anys, que viu en parella i té fill. Treballa a les consultes de medicina general en torn de matí i té una antiguitat superior a vint anys. Té formació a nivell de postgrau i no fa guàrdies. Contràriament al que esperàvem no hem trobat associació entre patir burnout i el treball amb Atenció Continuada (guardies), paradoxalment trobem que la prevalença de burnout és més elevada en els professionals que no fan atenció continuada. Possiblement l'explicació a aquest fenomen es trobi en que les infermeres de més edat poden optar per deixar, voluntariament, de fer atenció continuada o han anat accedint a llocs de treball sense atenció continuada associada.

Al ser un estudi observacional no podem parlar estrictament d'associació de factors al desenvolupament del burnout. El que sí ens indiquen els nostres resultats és que aquesta és una situació més freqüent en dones de mitjana edat amb parella estable i fills, pel que fa a la situació professional és més freqüent en els professionals amb formació complementària a nivell de postgrau. En relació a l'entorn laboral hi trobem més elevada prevalença en les infermeres de medicina general, en torn de matí, amb antiguitat en el lloc de treball superior a 20 anys i amb contracte fix.

Veiem que moltes de les variables poden estar relacionades amb l'edat i l'antiguitat en el lloc de treball, es tracta només d'una hipòtesi que caldria corroborar amb un altre tipus de disseny i amb un anàlisi multivariable de les dades que, creiem, escapa als objectius d'aquest treball.

Queda recollit com els professionals indiquen factors que podrien atenuar la síndrome del cremat, i que tenen implicació directa a nivell institucional: La determinació d'objectius clars, ja que ni tan sols existeix una cartera de serveis d'infermeria. Baixar la burocràcia a la consulta. Vint anys després de la reforma, encara moltes infermeres segueixen fent les tasques administratives excedents de les consultes mèdiques, com si es tractés d'un tècnic i en detriment del seu propi rol. Millorar la formació en tècniques d'autocontrol i tècniques de relaxació, requereix utilitzar els recursos per formació on es detectin les necessitats.

Pensem que és el moment d'iniciar un procés intern, per conèixer la situació de les infermeres, preguntar-nos les causes de l'alt índex d'absentisme laboral, conèixer les causes que provoquen la síndrome del cremat, i començar a implicar en la seva resolució no només a les Administracions Sanitàries, sinó a les Societats Científiques i als Sindicats professionals, que podrien posar en marxa un programa més ampli de prevenció i tractament.

9 .CONCLUSIONS.

El resultat global mostren un grau de burnout que és intermig en les subescales d'esgotament emocional i de realització personal, amb baixa afectació de la despersonalització.

Aquests resultats no han d'amagar que hem identificat també dos subgrups interessants, d'una banda el 28 % d'infermeres sense afectació a cap de les tres subescales i el quasi 16% d'infermeres amb afectació de les tres subescales. Les primeres serien el paradigma del professional "resistent " al burnout i les segones serien aquelles que estan genuïnament afectades per aquesta situació de cremament professional. Entre aquests dos extrems podem ubicar tota la gama de situacions possibles amb més o menys proximitat a la "resistència" o a la "labilitat" front al burnout. Segurament es tracta d'un continuum que les diverses situacions personals i laborals van modulant cap a un cantó a cap a l'altre.

En el futur pensem que ha de ser interessant estudiar a fons aquests subgrups. El dels professionals "resistents" al burnout ens pot donar pistes de quines situacions socio-demogràfiques i laborals tenen i de quines estratègies personals han seguit per evitar cremar-se professionalment. L'estudi a fons del subgrup dels professionals amb els tres eixos afectats ens aportarà informació de les circumstàncies que els han portat a aquesta situació, així com dels elements a tenir en compte per evitar les situacions que generen aquesta labilitat front al desgast professional.

El repte està en identificar aquelles situacions que cal evitar per no accelerar el desgast professional i en potenciar aquelles actituds o estratègies que poden endarrerir l'aparició d'aquest fenomen en els professionals. Pensem que en el futur l'estudi d'aquest dos subgrups de professionals pot aportar llum a aquesta qüestió.

L'estudi aporta pistes pel que fa a factors atenuants que els professionals del Maresme han prioritzat: la definició de la funció de l'infermeria, la desburocratització de les consultes, el control de la pressió assistencial, la formació en autocontrol i relaxació etc... són elements a tenir en compte i estudiar la seva efectivitat amb dissenys d'estudis més complexos.

5. ESTRATÈGIES D'AFRONTAMENT DEL BURNOUT

5.1. Prevenció del burnout

5.1.1.Fases

1. La detecció del problema.
2. La determinació de les causes.
3. La selecció de les mesures
4. La posada en pràctica de les solucions
5. L'avaluació dels resultats.

Les mesures preventives poden dirigir-se a diferents aspectes de la feina com són:

- El contingut i el control de la feina.
- Las condicions laborals.
- Las relacions socials a la feina.

5.1.2. Intervencions

5.1.2.1 .Intervencions basades en l'individu.

5.1.2.2. Intervenció a l'Equip..

5.1.2.3.Intervención en la organització.

5.1.2.1.Intervencions basades en l'individu

a)Hàbits de vida saludables

- Exercici físic regular.
- Supressió del tabaquisme i restricció de cafeïna.
- Restricció d'alcohol.
- Reducció de pes.
- Millora de la qualitat de les relacions interpersonals.
- Millora de la higiene i qualitat del son.

b)Tècniques de relaxació

b.1) Tècnica de la Relaxació Muscular Progressiva.

b.2) Tècnica de Respiració natural completa.

b.1) Tècnica de la Relaxació Muscular

Triï un lloc còmode i mantingui els ulls tancats durant tota la sessió. Comenci a realitzar els següents exercicis:

1. Estiri la cama dreta tant com pugui aixecant i posant de punta el peu. Estiri'l més i més. Observi com es produeix la tensió i com es va fent cada vegada més desagradable.

Ara deixi que la seva cama caigui i es relaxi i sentirà que comencen a aparèixer sensacions de calor i de pes agradables.

2. Repeteixi el mateix amb la seva cama esquerra.

Aixequi ambdues cames al mateix temps. Noti la tensió en ambdues cames i a l'abdomen. Adonis de com es dificulta la respiració. Ara deixi que caiguin les cames i els seus músculs s'afloixin. Noti les cames pesades i calentes. Senti l'abdomen relaxat i com torna a respirar lliurement.

3. Ompli els pulmons d'aire i retengui l'aire uns instants. Noti la sensació que produeix en el seu pit. Déixi anar l'aire poc a poc i adonis de com el seu pit es va desinflant, es relaxa i desapareix la tensió. Torni a la respiració normal, espontània i agradable.

4. Doblegui el braç dret pel colze i estrenyi el puny amb força. Noti la tensió que es produeix als seus dits, ma, avantbraç i part superior del braç.

Ara afloxi els seus músculs i deixi que el braç caigui suaument al seu costat.

Observi les sensacions de sentir-se flux, de relaxació, de calor i de sentir-se pesat que van apareixent i envaeixen tot el seu braç dret. Noti la diferència entre l'estat actual de benestar i la tensió incòmode anterior.

5. Faci el mateix amb el braç esquerra.
6. Repeteixi-ho amb els dos braços al mateix temps.
7. Sense posar en tensió els braços, aixequi les espatlles tant com pugui. Sentirà tensió a les espatlles, al coll i a la part superior de l'esquena. Deixi caure les espatlles i noti una agradable sensació de fluïxesa al coll, i de pes i fluïxesa a les espatlles.
8. Faci cara d'enfadat i arrugui el front tant com pugui. Desarrugui'l i noti com la seva pell es va allisant cada vegada més.
9. Estrenyi les parpelles molt fort. Ara relaxi-les deixant-les tancades suaument i noti com estan cada vegada més i més pesades.
10. Estrenyi les dents molt fort i els llavis un contra l'altre, notant la tensió que es produeix a tota la zona. Afluïxi les mandíbules i els llavis i observi com aquests s'entreobren suaument i la mandíbula qué fluïxa i penjant.
11. Ara que el seu cos està relaxat conti lentament i mentalment de l'1 al 10. Cada vegada que digui un número tracti de relaxar-se una mica més.
12. Quan arribi a 10, repeteixis mentalment la paraula CALMA cada vegada que respiri i deixi anar l'aire. D'aquesta forma anirà associant la paraula CALMA amb l'estat de benestar profund en que es troba.

Sortir de la relaxació: obri els ulls i adonis del que li envolta. Faci un parell d'inspiracions profundes i faci flexions amb els braços. Comenci a aixecar-

se lentament i repregui les seves tasques diàries, sentint tot el dia la CALMA interior i RECORDI PRACTICAR-HO UN ALTRE COP DEMÀ.

b.2) Tècnica de la respiració natural completa

La respiració és essencial per la vida. Encara que tots respirem, són pocs els que conserven l'hàbit d'una respiració natural completa, aquella que encara realitzen els homes primitius d'algunes ètnies i els nens petits.

La respiració que realitzem és un reflex del nostre estat corporal i anímic. Uns hàbits correctes de respiració són essencials per prevenir situacions d'estrès i per mantenir tant una bona salut física com un equilibri mental. Es redueix l'ansietat, la irritabilitat, l'esgotament, el decaïment, la tensió muscular, l'apnea, la hiperventilació, i la fredor de mans i peus.

Els exercicis de respiració natural completa poden aprendre's en pocs minuts i experimentar beneficis de forma immediata. No obstant, els seus efectes profunds no apareixeran fins que no hagin passat uns quants mesos de pràctica continuada. Es tracta d'anar substituint progressivament la respiració superficial, a que estem acostumats, per una respiració completa.

En principi, és millor practicar-la a intervals de 2-3 minuts, varies vegades al dia, que durant un període llarg una sola vegada. És a dir, es millor practicar-la 18 vegades al dia 2-3 minuts cada vegada, que 18 minuts seguits només una vegada.

Procediment i instruccions:

Estiris a terra a sobre d'una estora i amb les cames obertes i doblegades, recolzant els peus a terra. També pot practicar-ho assegut o dret. Si porta cinturó o pantalons molt estrets és convenient que se'ls descordi. Col·loqui suaument la ma dreta a sobre de d'abdomen i la ma esquerra a sobre el pit. Tanqui els ulls i comenci lentament a respirar pel nas. Relaxis i no forci la respiració. Observi com es produeix la respiració durant uns minuts. Després:

1. Intenti omplir primer les parts baixes dels pulmons fent que l'abdomen surti cap a fora. Notarà com s'eleva suaument la ma dreta. En segon lloc ompli la part mitja i la part alta dels pulmons notant com s'eleva el tòrax i la ma esquerra. En aquest moment notarà com el seu abdomen es posa lleugerament cap a dintre. En aquesta última fase provi de pujar les espatlles i les clavícules lleugerament perquè la part superior dels pulmons s'ompli també d'aire fresc.
2. Mantingui la respiració uns segons.
3. Espiri lentament notant com el seu pit, tòrax i abdomen es van relaxant a mesura que es van buidant els pulmons. Imaginis que la seva respiració és com una ona que s'acosta mentre inspira i s'allunya mentre espira.
4. Tracti de no forçar la respiració. Porti un ritme espontani, fàcil i lliure.

5.1.2.2. Intervenció a l'Equip

Recomanacions

a) Normes que han de regir les relacions entre companys de feina.

1. Acceptar la part de la feina que correspon a cadascú.
2. Respectar la intimitat dels altres.
3. Cooperar amb els companys respecte a les condicions físiques de feina compartides (per exemple, despatx, taquilla, il·luminació, temperatura, soroll).
4. Estar disposat a ajudar quan se'ns sol·licita.
5. No desvetllar la informació confiada en secret.
6. Mostrar-nos cooperadors al treballar encara que hi hagi possibles sentiments d'antagonisme personal.
7. No denigrar als superiors, iguals o subordinats.
8. Adreçar-nos als companys utilitzant el seu nom.
9. Demanar ajuda o consell quan es necessita.

10. Mirar als companys als ulls quan es parla amb ells.
11. No posar-nos a la vida privada dels altres.
12. Ser agraït quan s'han rebut favors i lloances per petits que siguin.
13. No tenir relacions sexuals amb un company de feina.
14. Defendre als companys en la seva absència.
15. No criticar públicament als companys.

b) Corregir **comportaments inadequats** entre els companys de feina i fomentar unes relacions humanes positives, aspectes claus de la feina dels responsables.

1. A les discussions no perdre la calma: actuar tranquil i amb fermesa al mateix temps. No discutir acaloradament. Evitar els crits, ja que acabaran per treure'l de polleguera: per la violència es perd la raó.
2. Evitar sermons: s'ha de ser clar i concís.
3. Evitar les generalitzacions abusives. Ser concret i cenyir-se als fets demostrats.
4. Ser respectuós i no permetre que altres abusin i li perdin el respecte. La pròpia dignitat obliga a vegades, a dir per exemple: " Ja n'hi ha prou! És molt millor que cedir per sumissió.
5. Tractar d'ensenyar a millorar enloc de renyar per fer-ho malament.
6. Ser comprensiu i responsable ajudarà que cada qual compleixi el seu deure.
7. Ressaltar els aspectes positius, sense adulació, ajuda a millorar a les persones, i és molt més eficient que culpabilitzar-les.
8. Ajudi a millorar el recolzament social mutu entre les persones del grup de treball: no aïllar-se.
9. Reconèixer els errors i falles propis: No és signe de debilitat sinó de fortalesa personal i de confiança en l'altre.

PARLA amb les persones, no hi ha res tan agradable com una salutació. Avui en dia es necessiten gestos amables.

SOMRIU Per moure el cap, es necessiten 72 músculs; per somriure 14.

CRIDA a les persones pel seu nom.

SIGUES AMIC, si vols tenir amics.

SIGUES CORDIAL I SINCER, però sense perdre l'asertivitat.

INTERESSA'T PELS ALTRES, tu saps el que saps, però no saps el que altres saben.

ELOGIA, quan s'hagi d'elogiar, però sigues CAUTELÓS AL CRITICAR.

APREN A CAPTAR SENTIMENTS DELS ALTRES, a tots ens agrada que ens entenguin i compreguin.

PREOCUPA'T DE L'OPINIÓ DELS ALTRES.

APORTA el que pots i saps fer.

5.1.2.3. Intervencions a la organització

Propostes per la prevenció i control de la Síndrome del Desgast Professional a les organitzacions sanitàries

Potenciació de les unitats de Salut laboral – Medicina preventiva.

Creació de consultes de Psiquiatria laboral.

Desenvolupament d'un servei àgil i confidencial d'Inspecció laboral eficaç, amb una orientació preventiva i rehabilitadora, més que sancionadora.

Creació de programes formatius que tractin de millorar la competència psicosocial dels professionals.

Sensibilització de les organitzacions col·legials i sindicals al servei dels seus representats.

Formalització dels procediments més adequats per tramitar el procés d'Incapacitat laboral transitòria dels professionals deteriorats, els quals podrien recuperar-se i reincorporar-se a la feina, o bé passar a la situació d'incapacitat permanent.

5.2. Tractament del burnout

Mètodes terapèutics

5.2.1. Tècniques cognitiu conductuals,

5.2.2. Psicoteràpia.

5.2.3. Fàrmacs.

5.2.1. Tècniques cognitiu conductuals

- a) tècniques d'identificació i resolució de problemes,
- b) la reestructuració cognitiva, i
- c) entrenament en estratègies d'afrontament.

a) **Les tècniques d'identificació i resolució de problemes** consisteixen en aprendre a avaluar de forma realista els problemes amb què ens enfrontem. Mitjançant un mètode senzill, que vostè pot realitzar de manera personal, es tracta d'enumerar i discernir el problema que l'estressa i tractar de buscar la resposta de conducta més satisfactòria per la seva resolució.

Descrigui la situació estressant.

- Consideri les solucions o alternatives possibles a aquest problema (ex: negar-me a veure'ls i enfrontar-me violentament al supervisor i dir-li que és un ..., delegar en excés tasques a l'auxiliar d'infermeria encara que també estigui saturada, demanar que es distribueixi equitativament la càrrega assistencial entre tots els components del servei, veure als pacients molt ràpid, fer històries reduïdes, denunciar al supervisor davant la Direcció o els sindicats per abús i maltractament...).
- Valori els pros i contres de cada una de les alternatives proposades.
- Prengui la decisió que li sembli més adequada.
- Faci-ho. Realitzi l'acció proposada.

- **Avaluï els resultats.**

Si la decisió que ha pres i l'actuació que ha seguit no han aconseguit rebaixar/apagar el "foc" de l'estrès, es provarà amb una altra alternativa que sembli la més pertinent.

b) La reestructuració cognitiva té per objecte esmenar errors interpretatius deguts a creences distorsionades de la realitat i a transformar-les per fer una avaluació més objectiva de la situació real.

Les distorsions cognitives més comuns:

- 1) **Hipergeneralització:** És un procés invers al mètode científic. D'un fet concret es treu una llei general i no es comprova si és certa. S'utilitzen termes absoluts com tot, res, mai, ningú, tot el món, etc.
- 2) **Etiquetatge global:** Ús de clixés estereotipats i pejoratius per designar coses, persones, situacions o la pròpia conducta. Aquesta distorsió és el que coneixem per prejudicis.
- 3) **Filtrat:** Es produeix quan només es dóna atenció a certs fets negatius de la realitat, ignorant tota la resta. És com si portés orel·leres.
- 4) **Pensament polaritzat:** Succeeix al dividir tots els fets en bons i dolents, en dicotomies rígides del tipus blanc o negre, perdent-se tots els matisos del gris. Inevitablement vostè acaba en el costat negatiu ja que no pot tenir sempre una actuació brillant, caure sempre bé, ser simpàtic i amable invariablement.
- 5) **Autoacusació:** Vostè és com el "melic del món" per les coses negatives, totes les coses negatives que passen al seu voltant el relacionen i són culpa seva. Viu constantment disculpant-se per les coses que passen siguin o no responsabilitat seva. Una cosa és autorresponsabilitzar-se de la seva vida, dels seus actes i dels seus sentiments (la qual cosa és altament desitjable) i una altra arribar a responsabilitzar-se de coses que s'escapen al seu control com, per exemple, els sentiments dels altres, o els fets fortuïts.

- 6) **Personalització:** Es produeix al referir cap a un mateix tot el que passa al seu voltant. Aquesta distorsió té un component "narcisista" ja que tot el que els altres diuen o fan l'estan relacionant. El fa reaccionar inadecuadament ja que interpreta malament als altres.
- 7) **Lectura de la ment:** És vostè dels que diu "se que fulano pensa de mi... que soc tonto, avorrit, incompetent..."? És capaç d'endevinar el que pensen o senten les altres persones sense preguntar?, llavors està caient en aquesta distorsió ja que ningú és capaç de llegir més que els seus propis pensaments. Aquesta distorsió es basa en la projecció, ja que pensa que els altres comparteixen la seva visió del món, els seus sentiments i la seva visió negativa de vostè mateix, la qual cosa pot ser o no realment. Aquesta distorsió danya la seva autoestima i deteriora les seves relacions amb els altres.
- 8) **Error de l'endeví:** S'assembla molt a l'anterior però referit a esdeveniments futurs. Fa aquest tipus d'error quan diu "se que em sortirà malament", "no tornaré a enamorar-me", "no ascendiré a la meva feina", " no puc superar-ho", "no puc canviar" ... Com ho sap si no ho intenta?

Suggeriments per combatre les distorsions

- 1) Actuai com un científic: No descarti les coses a la primera, intenti-ho una altra vegada.
 - a) Posi a prova els seus pensaments o apreciacions per veure si és una regla general o un fet puntual.
 - b) Contrasti les seves opinions amb els altres, demani consell.
- 2) Aprenqui a desvincular el seu comportament, que pot ser millor o pitjor, del seu valor com a persona, que és un valor que ve donat pel fet d'existir.

- a) Canviï les afirmacions absolutes del tipus “ Soc...” per “m’he comportat”, “he fet”.
- 3) Recordi que el ser humà és fal·lible i que una manera d’aprendre i evolucionar és través dels nostres errors.
- a) En les ocasions on no actuï com li hagués agradat preguntis què està bé i que pot millorar.
- 4) Provi amb la frase: “Si bé és veritat que a vegades... també és veritat que...”
- c) **L’afrontament directe** està orientat al coneixement de la realitat ja que, conèixer ajuda a controlar els problemes.

S’han desenvolupat varis programes d’intervenció grupal per la prevenció i control del burnout en els professionals sanitaris, com és el d’Hamberger i Storm (1987), que tenen una durada de 20 a 30 hores, repartides d’una a 10 setmanes. Aquests programes multicomponents tenen varis objectius fonamentals com són:

- 1) Proporcionar la informació adequada sobre el burnout, i millorar la competència psicosocial al mateix nivell que la científica- tècnica del professional sanitari.
- 2) Ensenyar tècniques per augmentar el control del professional sobre les condicions de l’organització i les comeses de la feina, com és la prioritziació de les tasques i la millora de les habilitats socials per aconseguir un equip assistencial eficaç i una bona comunicació amb el malalt i amb la seva família. El suport social institucional augmenta la resistència de la infermera a l’estrès laboral.

- 3) Educar per la salut mitjançant l'aprenentatge de conductes saludables i controlar els factors conductuals de risc com són les respostes desadaptatives d'afrontament (escapament, evitació i aïllament).

5.2.2. Psicoteràpia

Tractament per professionals

5.2.3. Fàrmacs

Tractament per professionals.

6. BIBLIOGRAFIA

1. ÁLVAREZ GALLEGO E, FERNÁNDEZ RÍOS L. El síndrome del burnout o el desgaste profesional: Revisión de estudios. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatria 1991;21:257-265.
2. GERVÁS JJ, HERNÁNDEZ LM. Tratamiento de la enfermedad de Tomás. Med. Clin (Barcelona) 1989;93:572-575.
3. FREUDENBERGER H. Staff burnout. Journal of Social Issues 1974;30 159-165.
4. GIL – MONTE, P y PEIRÓ, J. M. (1997) Desgaste Psíquico en el trabajo: El Síndrome de Quemarse. Madrid : Síntesis
5. MINGOTE, J.C. y PEREZ GARCIA, A. (2003) Estrés en la Enfermería. El cuidado del cuidador. Madrid : Ramírez de Arellanos .
6. FLÓRES LOZANO, J. A. (1991) síndrome de "Estar Quemado". Madrid: EdikaMed.
- 7.- MASLACH, C. JACKSON, SE. The Maslach Burnout Inventory (2.a.ed) Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1986. (Versión española adaptada por Nicolas Seisdedos Cúbero, TEA, 1987)
- 8.-MANZANO, G. (2003) El síndrome de Burnout. Revista Rol de Enfermería, 11, 51-56.
- 9.-CEBRIA,J. SEGURA,J. CORBELLAS,S. SOS,P. COMAS,O. GARCIA,M.RODRIGUEZ,C. PARDO,MJ.PEREZ,J.(2001) Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. Atención Primaria, 27-7, 459-468.

10. IBAÑEZ, N, VILAREGUT, A y ABIO, A. (2004) Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. Enfermería Clínica ,14

11.-Mingote Adán JC.Síndrome burnout o síndrome desgaste profesional.FMC 1998;5:493-503

7. ANNEXOS.

Taula 2. GRAU D'ESGOTAMEN EMOCIONAL (EE) SEGONS LES VARIABLES DEL QÜESTIONARI DE DADES GENERALS.% D'INFERMERES AMB AFECTACIÓ.

VARIABLE		AFECTACIÓ	SIGNIFICACIÓ
CARACTERÍSTIQUES SOCIO-DEMOGRÀFIQUES			
Gènere:	Home	61.5%	NS
	Dona	36.7%	NS
Grups d'edat:	< 35	30.8%	NS
	35-55	44.3%	NS
	> 55	26.3%	NS
Situació Familiar:	Solter	42.9%	NS
	Casat/parella	40.2%	NS
	Separat/divorciat	30%	NS
Té fills:	No	40%	NS
	Si	38.8%	NS
CARACTERÍSTIQUES PROFESSIONALS			
Formació Postgrau	No	33.9%	NS
	Si	42.9%	NS
Formació Màster	No	35.6%	NS
	Si	51.7%	NS
Docència	No	43.8%	NS
	Si	29.5%	NS
CARACTERÍSTIQUES DE L'ENTORN LABORAL			
Servei:	MG	42.3%	NS
	PED	27.6%	NS
Torn:	Matí	42.4%	NS
	Tarda	28.9%	NS
	Lliscant	44.8%	NS
Antiguitat	< 5	42.9%	NS
	6-20	28%	NS
	> 20	48.1%	NS
Atenció Continuada:	No	48.8%	P= 0.006
	Si	23.5%	
TOTAL ESGOTAMENT EMOCIONAL			
		39.1%	60.9%

Taula 3. GRAU DE DESPERSONALITZACIÓ (DP) SEGONS LES DIVERSES VARIABLES DEL QÜESTIONARI DE DADES GENERALS.% D'INFERMERES AMB AFECTACIÓ.

VARIABLE		AFECTACIÓ	SIGNIFICACIÓ
CARACTERÍSTIQUES SOCIO-DEMOGRÀFIQUES			
Gènere:	Home	61.5%	NS
	Dona	56.7%	NS
Grups d'edat:	< 35	42.3%	NS
	35-55	43.2%	NS
	> 55	57.9%	NS
Situació Familiar:	Solter	57.1%	NS
	Casat/parella	43.5%	NS
	Separat/divorciat	40%	NS
Té fills:	No	57.1%	NS
	Si	40.8%	NS
CARACTERÍSTIQUES PROFESSIONALS			
Formació Postgrau	No	46.4%	NS
	Si	44.2%	NS
Formació Màster	No	47.1%	NS
	Si	37.9%	NS
Docència	No	51.7%	P= 0.041
	Si	31.8%	
CARACTERÍSTIQUES DE L'ENTORN LABORAL			
Servei:	MG	46.2%	NS
	PED	41.4%	NS
Torn:	Matí	48.5%	NS
	Tarda	47.4%	NS
	Lliscant	34.5%	NS
Antiguitat	< 5	42.9%	NS
	6-20	46%	NS
	> 20	46.3%	NS
Atenció Continuada:	No	51.2%	P= 0.053
	Si	35.3%	
TOTAL DESPERSONALITZACIÓ			
		45.1%	54.9%

Taula 4. GRAU DE REALITZACIÓ PERSONAL(RP) SEGONS LES DIVERSES VARIABLES DEL QÜESTIONARIS DE DADES GENERALS.% D'INFERMERES AMB AFECTACIÓ.

VARIABLE		AFECTACIÓ	SIGNIFICACIÓ
CARACTERÍSTIQUES SOCIO-DEMOGRÀFIQUES			
Gènere:	Home	69.2%	NS
	Dona	42.5%	NS
Grups d'edat:	< 35	57.7%	NS
	35-55	44.3%	NS
	> 55	31.6%	NS
Situació Familiar:	Solter	52.4%	NS
	Casat/parella	43.5%	NS
	Separat/divorciat	45%	NS
Té fills:	No	60%	NS
	Si	39.8%	NS
CARACTERÍSTIQUES PROFESSIONALS			
Formació Postgrau	No	32.1%	P= 0.013
	Si	54.5%	
Formació Màster	No	47.1%	NS
	Si	37.9%	NS
Docència	No	52.8%	P= 0.016
	Si	29.5%	
CARACTERÍSTIQUES DE L'ENTORN LABORAL			
Servei:	MG	44.2%	NS
	PED	48.3%	NS
Torn:	Matí	37.9%	NS
	Tarda	55.3%	NS
	Lliscant	48.3%	NS
Antiguitat	< 5	57.1%	NS
	6-20	52%	NS
	> 20	31.5%	NS
Tipus Contracte	Fix	%	NS
	Interí	%	NS
	Eventual	%	NS
Atenció Continuada:	No	48.8%	NS
	Si	39.2%	NS
TOTAL REALITZACIÓ PERSONAL		45.1%	54.9%

ANNEX 4.

AFECTACIÓ D'ALGUN EIX O DE TOTS

VARIABLE		AFECTACIÓ	SIGNIFICACIÓ
CARACTERÍSTIQUES SOCIO-DEMOGRÀFIQUES			
Gènere:	Home	12.6%	NS
	Dona	87.4%	NS
Grups d'edat:	< 35	16.8%	NS
	35-55	67.4%	NS
	> 55	15.8%	NS
Situació Familiar:	Solter	17.9%	NS
	Casat/parella	66.3%	NS
	Separat/divorciat	15.8%	NS
Té fills:	No	30.5%	NS
	Si	69.5%	NS
CARACTERÍSTIQUES PROFESSIONALS			
Formació Postgrau	No	40%	NS
	Si	60%	NS
Formació Màster	No	81.1%	NS
	Si	18.9%	NS
Docència	No	72.6%	NS
	Si	27.4%	NS
CARACTERÍSTIQUES DE L'ENTORN LABORAL			
Servei:	MG	77.9%	NS
	PED	22.1%	NS
Torn:	Matí	49.5%	NS
	Tarda	30.5%	NS
	Lliscant	20%	NS
Antiguitat	< 5	20.2%	NS
	6-20	37.2%	NS
	> 20	42.6%	NS
Tipus Contracte	Fix	65.3%	NS
	Interí	13.7%	NS
	Eventual	21.1%	NS
Atenció Continuada:	No	69.5%	NS
	Si	30.5%	NS

8. RESUM

Objectiu: Estudiar el grau de desgast professional en el personal d'infermeria així com els factors de l'entorn socio-laboral i explorar les possibles estratègies de prevenció i afrontament d'aquesta circumstancia.

Disseny: Estudi descriptiu transversal.

Emplaçament: Centres d'atenció primària i consultoris municipals de zones urbanes i rurals. Comarca del Maresme.

Mètode: Distribuïm qüestionaris a 165 infermeres. Es donen tres qüestionaris, un que incloïa dades de filiació, un altre era el de Maslach Burnoyt Inventory (MBI) i un altre de factors atenuants.

Resultats: El 28 % de les infermeres estan lliures de afectació d'alguna de las característiques que defineixen el burnout. A la resta hi ha diversos graus, el 29.1 % tenen afectació d'un del eixos fins un 15.8 % que tenen afectació dels tres eixos i que podem dir que tenen la Síndrome del Burnout.

Conclusions: El percentatge d'infermeres que presenta un alt grau de desgast professional és molt elevat, sobretot professionals amb una edat mitja (35-55 anys) que treballa en el torn de matí, a consultes de medicina de família amb més de 20 anys d'antiguitat i que no fa guàrdies.

Paraules clau: Desgast professional. Síndrome de Burnout. Infermera d'atenció primària.

Introducció.

Els professionals sanitaris ens enfrontem a la nostra feina diària a nombrosos riscos de diversa índole i greus conseqüències per la nostra salut, però potser el més perillós, per la dificultat del seu tractament i que a la vegada no és "transmès" per l'usuari, és el deteriorament de la nostra capacitat com a professionals i el desgast professional que aquesta síndrome ens ocasiona, ens referim a la "Síndrome del desgast professional", "Síndrome de Tomas" i en terminologia anglosaxona com "Síndrome del Burnout"¹⁻².

Seguint a Maslach i Jackson⁷ definirem la "síndrome de desgast professional" (SDP), com una resposta inadequada a l'estrès emocional crònic els trets principals del qual són: un esgotament físic i/o psicològic, una actitud freda i despersonalitzada en la relació cap als altres i un sentiment d'inadequació a les tasques que s'han de realitzar, d'aquesta forma trobem les tres dimensions que té el burnout i que són avaluades per les escales que el valoren: esgotament emocional, despersonalització i falta de realització personal.

Com afirmen varis autors¹¹ el que és fonamental de la síndrome de burnout és reconèixer la seva presència per poder tractar-lo, ja que si neguem la seva existència o atribuïm només a nivell institucional la necessitat de prevenir-lo i tractar-lo, mai podrem solucionar aquesta situació i continuarem donant l'esquena a un vertader problema de salut.

Per això, hem pretès conèixer mitjançant aquest treball, quina és la situació del personal d'infermeria a la comarca del Maresme (Barcelona).

Si el burnout està present, en quin grau "estem cremats", quins problemes provoca a la nostra vida laboral i què podem fer per prevenir-ho.

Objectiu.

Estudiar el grau de desgat professional en el personal d'infermeria així com els factors de l'entorn socio-laboral i explorar les possibles estratègies de prevenció i afrontament d'aquesta circumstancia.

Metodologia.

Estudi observacional descriptiu transversal.

Emplaçament.-

La població d'estudi estava formada per tots els professionals d'infermeria de les 14 Àrees Bàsiques de Salut (ABS) gestionades per l'Institut Català de la Salut a la comarca del Maresme (Barcelona).

El col·lectiu d'infermeria d'aquestes 14 ABS està distribuït de la següent manera:

- 5 Centres d'Atenció Primària (CAP) a la ciutat de Mataró, que no realitzen Atenció Continuada (AC), guàrdies nocturnes.
- 9 CAPs situats en poblacions grans que sí presten servei d'AC i dels quals depenen els Consultoris Municipals (CM).
- 18 CM, que depenen dels CAP i que resten tancats durant l'horari nocturn.

Resultats.

El percentatge de resposta va ser del 80%. De les 165 enquestes enviades s'en van rebre 133. No hi va haver diferències en la no resposta entre població d'estudi de la ciutat i la de la comarca.

Pel que fa a les dades de filiació 9,8% eren homes i el 90,2% eren dones. La mitjana d'edat és de 44,42. S'observen diferències entre la ciutat i les zones rurals, la mitjana d'edat de Mataró ciutat és de 48,5 i la de fora de Mataró de 42,97. Estat civil: 15,8% solters, 69,2% casats o en parella i 15,0% separats o divorciats. Núm. de fills 1,41 de mitja.

El 57,9% té estudis de postgrau, un 21,8% màster i un 33,1% ha fet docència.

Torns de treball: el 49,6% té torn de matí, 28,6% torn de tarda i 21,8% "lliscant". El tipus de contracte: 3n 60,9% fix, 14,3% interí i 24,8% eventual. El 78,2% treballa a MF i el 21,8% a pediatria.

Fa guàrdies un 38,3% i no en fa el 61,7%. Del 61% que no fa guàrdies, el 38,3% treballa a la ciutat de Mataró, on els centres no estan tipificats amb Atenció Continuada (guàrdies).

Les infermeres de la nostra zona atenen una mitja de 26,22 usuaris per dia.

Taula 1. Resultats MBI segons afectació de les tres subescales. % d'infermeres afectades.

	BAIXA	MITJA	ELEVADA
ESGOTAMENT EMOCIONAL	60.9 %	21.1%	18%
DESPERSONALITZACIÓ	54.9%	28.6%	16.5%
REALITZACIÓ PERSONAL	13.5%	31.6%	54.9%

Analitzant les dades de l'MBI, trobem per la subescala d'esgotament emocional que el 60,9% presentava un grau baix, el 21,1% un grau mig i el 18% un grau alt.

Taula 2 Resultats subescala ESGOTAMENT EMOCIONAL.(EE)

AFECTACIÓ^(a) ESGOTAMENT EMOCIONAL		
	SI	NO
a) Es consideren afectades aquelles infermeres amb graus mitjans i elevats d'EE (puntuació≥27 en aquesta subescala)	39.1%	60.9%

Per la subescala de despersonalització un 54,9% estava en un grau baix, un 28,6% en un grau mig i un 16,5% en grau al, amb uns valors mitjans de 45,1%;

Taula 3. resultats sbescala DESPERSONALITZACIÓ.(DP)

AFECTACIÓ^(b) DESPERSONALITZACIÓ		
	SI	NO
b) Es consideren afectades aquelles infermeres amb graus mitjans i elevats de DP (puntuació≥10 en aquesta subescala)	45.1%	54.9%

A la subescala de realització personal el 13,5% dels participants registraren puntuacions emmarcades el rang de grau baix, un 31,6% en grau mig i el 54,9% en grau alt.

Taula 4. Resultats subescala REALITZACIÓ PERSONAL (RP)

AFECTACIÓ^(c) REALITZACIÓ PERSONAL		
	SI	NO
c) Es consideren afectades aquelles infermeres amb graus mitjans i baixos de RP (puntuació≤39 en aquesta subescala)	45.1%	54.9%

Les cinc circumstàncies més indicades pels enquestats que poden contribuir a ser la causa de burnout i que si es tinguessin en compte podrien disminuir la seva presència són:

- f) determinació d'objectius clars tenint en compte l'opinió de l'equip" en un 72,2%,
- g) baixar la burocràcia a la consulta en un 65,4%,
- h) millorar la formació en tècniques d'autocontrol i tècniques de relaxació en un 56,4%,
- i) millorar les relacions de l'equip en un 55,6%
- j) augmentar els minuts per visita" en un 51,9%.

En l'exploració multidimensional trobem que el 28.6 % de les infermeres enquestades no tenen cap eix afectat, és a dir no tenen cap de les

característiques que defineixien el burnout. El 74.1 % tenen afectació en alguna de les tres escales definitòries del burnout.

Discussió:

La síndrome de desgast professional té una presència molt elevada a les infermeres de la comarca del Maresme. Les dades obtingudes a les tres subescales de l'MBI de la nostra mostra, ens indiquen que les puntuacions corroboren un estat actual "d'estar realment cremats", la qual cosa suposa un vertader perill per l'atenció primària, considerant que nosaltres, com a factor humà del sistema, som una peça fonamental pel seu desenvolupament i productivitat, i que si es mantenen aquestes tasses de desil·lusió, desmotivació i deshumanització, les administracions sanitàries han de posar interès de veritat en prevenir aquest problema.

Per la taxa de resposta obtinguda pensem que el professional, a pesar del seu estat, mostra un interès adequat perquè es conegui la situació de desgast i que aquesta situació es pugui solucionar.

Queda recollit com els professionals indiquen factors que podrien atenuar la síndrome del cremat, i que tenen implicació directa a nivell institucional: La determinació d'objectius clars, ja que ni tan sols existeix una cartera de serveis d'infermeria. Baixar la burocràcia a la consulta. Vint anys després de la reforma, encara moltes infermeres segueixen fent les tasques administratives excedents de les consultes mèdiques, com si es tractés d'un tècnic i en detriment del seu propi rol. Millorar la formació en tècniques d'autocontrol i tècniques de relaxació, requereix utilitzar els recursos per formació on es detectin les necessitats.

No observem relació entre l'Atenció Continuada (guàrdies) i la Síndrome de burnout i per tant no sembla estar relacionat amb el número d'hores de feina.

El perfil d'afectat per la Síndrome del cremat de la nostra comarca és: dona, d'entre 35 i 55 anys, que viu en parella i té fill. Treballa a les consultes de

medicina general en torn de matí i té una antiguitat superior a vint anys. Té formació a nivell de postgrau i no fa guàrdies.

Pensem que és el moment d'iniciar un procés intern, per conèixer la situació de les infermeres, preguntar-nos les causes de l'alt índex d'absentisme laboral, conèixer les causes que provoquen la síndrome del cremat, i començar a implicar a la seva resolució no només a les Administracions Sanitàries, sinó a les Societats Científiques i als Sindicats professionals, que podrien posar en marxa un programa més ampli de prevenció i tractament.

CONCLUSIONS.

El resultats globals mostren un grau de burnout que és intermig en les subescales d'esgotament emocional i de realització personal, amb baixa afectació de la despersonalització.

Aquests resultats no han d'amagar que hem identificat també dos subgrups interessants, d'una banda el 28 % d'infermeres sense afectació a cap de les tres subescales i el quasi 16% d'infermeres amb afectació de les tres subescales. Les primeres serien el paradigma del professional "resistent" al burnout i les segones serien aquelles que están genuinament afectades per aquesta situació de cremament professional. Entre aquests dos extrems podem ubicar tota la gama de situacions possibles amb més o menys proximitat a la "resistència" o a la "labilitat" front al burnout. Segurament es tracta d'un continuum que les diverses situacions personals i laborals van modulant cap a un cantó a cap a l'altre.

En el futur pensem que ha de ser interessant estudiar a fons aquests subgrups. El dels professionals "resistents" al burnout ens pot donar pistes de quines situacions socio-demogràfiques i laborals tenen i de quines estratègies personals han seguit per evitar cremar-se professionalment. L'estudi a fons del subgrup dels professionals amb els tres eixos afectats ens aportarà informació de les circumstàncies que els han portat a aquesta situació, així com dels

elements a tenir en compte per evitar les situacions que generen aquesta labilitat front al desgast professional.

El repte està en identificar aquelles situacions que cal evitar per no accelerar el desgast professional i en potenciar aquelles actituds o estratègies que poden endarrerir l'aparició d'aquest fenomen en els professionals. Pensem que en el futur l'estudi d'aquest dos subgrups de professionals pot aportar llum a aquesta qüestió.

L'estudi aporta pistes pel que fa a factors atenuants que els professionals del Maresme han prioritzat: la definició de la funció de l'infermeria, la desburocratització de les consultes, el control de la pressió assistencial, la formació en autocontrol i relaxació etc... són elements a tenir en compte i estudiar la seva efectivitat amb dissenys d'estudis més complexos.

BIBLIOGRAFIA :

1. ÁLVAREZ GALLEGO E, FERNÁNDEZ RÍOS L. El síndrome del burnout o el desgaste profesional: Revisión de estudios. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatria 1991;21:257-265.
2. GERVÁS JJ, HERNÁNDEZ LM. Tratamiento de la enfermedad de Tomás. Med. Clin (Barcelona) 1989;93:572-575.
3. FREUDENBERGER H. Staff burnout. Journal of Social Issues 1974;30 159-165.
4. GIL – MONTE, P y PEIRÓ, J. M. (1997) Desgaste Psíquico en el trabajo: El Síndrome de Quemarse. Madrid : Síntesis
5. MINGOTE, J.C. y PEREZ GARCIA, A. (2003) Estrés en la Enfermería. El cuidado del cuidador. Madrid : Ramírez de Arellanos .
6. FLÓRES LOZANO, J. A. (1991) síndrome de "Estar Quemado". Madrid: EdikaMed.
- 7.- MASLACH, C. JACKSON, SE. The Maslach Burnout Inventory (2.a.ed) Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1986. (Versión española adaptada por Nicolas Seisdedos Cubero, TEA, 1987)
- 8.-MANZANO, G. (2003) El síndrome de Burnout. Revista Rol de Enfermería, 11, 51-56.
- 9.-CEBRIA,J. SEGURA,J. CORBELLA,S. SOS,P. COMAS,O. GARCIA,M.RODRIGUEZ,C. PARDO,MJ.PEREZ,J.(2001) Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. Atención Primaria, 27-7, 459-468.
10. IBAÑEZ, N, VILAREGUT, A y ABIO, A. (2004) Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. Enfermería Clínica ,14
- 11.-Mingote Adán JC.Síndrome burnout o síndrome desgaste profesional.FMC 1998;5:493-503