

Síndrome del burnout en la Sanidad Pública y Privada de la ciudad de Madrid.

Máster en Psicología del trabajo, de las organizaciones y en Recursos Humanos.

Curso académico: 2017-2018

Autor: Diego Arizaga Paez

Tutora: Eva Ferrando Daufi

Resumen

Introducción: El síndrome de burnout repercute en la calidad del servicio ofrecido por los profesionales que lo padecen. El sector sanitario tiene unas características que lo convierten en un grupo de alto riesgo de sufrir este tipo de síndrome, siendo el sector laboral con mayores tasas de burnout en España, lo que significa que puede llegar a ser un problema social y sanitario de gran envergadura, provocando mayores tasas de mortalidad y un aumento de la mala praxis médica.

Objetivo: El objetivo de este estudio, es observar el desarrollo de las tasas de burnout en el sector de enfermería de algunos hospitales públicos y privados de la ciudad de Madrid después de la implantación de las medidas privatizadoras de la Sanidad Pública llevadas a cabo por el Gobierno de la Comunidad de Madrid.

Material y método: Estudio descriptivo y longitudinal, realizado a enfermeros/as de algunos hospitales públicos y privados de la ciudad de Madrid. Para la obtención de datos se ha utilizado el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI HSS) y para la interpretación de los mismos se realizará mediante el programa informático SPSS 22.0.

Palabras clave: Síndrome de burnout, enfermería, Maslach Burnout Inventory, medidas privatizadoras.

Abstract

Introduction: the burnout syndrome is the feeling of exhaustion (physical and emotional) that people suffer under difficulties or demanding conditions in their work environment. As it causes fatigue and susceptibility to illness, is one of the most serious problems in the Spanish National Health System. In fact, it is the working sector with more relevant rates of burnout in Spain. The consequences in this field could be fatal, as mistakes can lead to malpractice and higher mortality rates in patients.

Aim: the main aim of this study is to analyze the burnout rates in the medical sector of public and private institutions in Madrid City, after the implementation of privatization of some services in public hospitals carried out by the Comunidad de Madrid government.

Methods and materials: the descriptive and longitudinal study was realized with the help of nurse from different, public and private, institutions in Madrid City. While the data procurement was performed using the Maslach BurnoutInventory (MBI HSS) questioner, the treatment of the results was carried out by employing the software SPSS 22.0.

Key words: burnout syndrome, nursery, Maslach Burnout Inventory, privatization.

Índice

1. Introducción.....	1
2. Objetivos e hipótesis.....	8
3. Metodología.....	9
3.1. Método.....	9
3.2 Procedimiento.....	13
3.3 Temporalización.....	13
4. Resultados esperados.....	13
5. Competencias adquiridas durante el cursado de las asignaturas del máster con aplicación al tema del TFM.....	15
6. Análisis de las posibles transferencias de los conocimientos al ámbito profesional y en concreto al caso del TFM.....	21
7. Conclusiones finales.....	23
8. Referencias y web grafía.....	24
9. ANEXOS.....	28

1. Introducción

Este estudio pretende observar la progresión del burnout y sus dimensiones en algunos hospitales públicos y privados de la ciudad de Madrid, una vez establecidas las medidas privatizadoras de la Sanidad Pública promovidas por el Gobierno de la Comunidad de Madrid.

Según la Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), el 27 de diciembre de 2012 fue aprobado por parte del parlamento regional de Madrid el Plan de Medidas de Garantía de la Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid (PS), que principalmente consistía en aplicar un paquete de medidas para privatizar la gestión de algunos de los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, entre las medidas que adoptaron y que finalmente fueron implementadas, ya que no todas pudieron llevarse a cabo debido a la presión popular y las movilizaciones que llevaron a cabo los trabajadores de los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, cabe destacar:

- Dar facilidades a la gestión de la Atención Primaria por parte de los profesionales sanitarios que quieran invertir en estas sociedades.
- Externalizar los servicios de lavandería, mantenimiento y cocina.
- Reducir el gasto por receta. El primer año se consiguió una disminución, pero posteriormente el gasto por receta se fue incrementando anualmente.
- Se produjo una merma en las plantillas de los hospitales, debido a que los empleados que se jubilaban no eran remplazados.

En 2014 las medidas privatizadoras tomaron otro rumbo, en este caso se procedió a derivar al sector privado pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas.

Todos estos cambios quedan reflejados y esquematizados en la siguiente tabla:

	2012	2016
Camas de hospitales públicos	14.749	13.504
Camas hospitales gestión privada*	782	1.531
Médicos AP*/ 1000 habitantes	0,69	0,64
Enfermería AP/ 1000 habitantes	0,51	0,50
Atendidos AP en 24 horas	31,44 %	21,2 %
PGSC*	7,57 %	11,7 %
Gasto euros/ habitante	363	471

- Fuente: Consejería de Sanidad y Gobierno de la Comunidad de Madrid.
- Hospitales con gestión privada y financiación pública.
- AP = Atención Primaria.
- PGSC = Porcentaje del gasto sanitario público dedicado a conciertos.

Por consiguiente y a tenor de estos resultados podemos comprobar como ha ido deteriorándose la calidad de servicio del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid.

El Síndrome del Burnout, tiene un carácter subjetivo negativo hacia el trabajo que se realiza en una organización, provocando un peor desempeño a la hora de ejecutar las tareas realizadas en su profesión. Debido a este síndrome, se manifestaran unas respuestas psicológicas, fisiológicas y conductuales nocivas para la persona y la organización (Gil-Monte 2005).

La idea de “Burnout” apareció en un estudio realizado por Freudenberg (1974) a jóvenes que estaban trabajando en una clínica de desintoxicación. Muchos de ellos manifestaban síntomas de agotamiento, irritabilidad y tenían una conducta cínica con los internos, lo cual generaba un malestar y un peor desempeño a nivel organizacional.

La definición sobre el burnout que más transcendencia teórica y empírica ha tenido ha sido la elaborada por Maslach y Jackson (1981), que lo definieron como un síndrome compuesto por tres síntomas que corresponden a las tres dimensiones siguientes:

- Agotamiento profesional: aparece la sensación de cansancio o sentimiento de estar exhausto lo que motiva a distanciarse emocionalmente del trabajo. Las personas tienden a irritarse con mayor facilidad y se pierde la capacidad de disfrutar del trabajo.

- Despersonalización: esta actitud negativa genera un comportamiento poco amistoso, de dureza y de intransigencia en el lugar de trabajo, de frialdad y de insensibilidad ante los problemas de los demás.
- Baja realización personal: la persona tiene el sentimiento de no poder conseguir nada, de no tener otra acción que el fracaso. La persona se percibe como alguien totalmente ineficaz en su trabajo e incapaz de mejorar.

No obstante, diversos estudios han concluido que esta definición es insuficiente y limitada, pues no se recoge el fenómeno en toda su amplitud (Halbesleben y Demerouti, 2005; Kristensen, Borritz, Villadsen y Christensen, 2005). Para superar las insuficiencias de esta y otras definiciones, Gil-Monte (2005, 2012) propone incorporar los sentimientos de culpa como un síntoma relevante del síndrome del burnout, y de esta manera mejorar la comprensión del fenómeno y de su evolución, además de refinar el diagnóstico al establecer diferentes perfiles o grados de deterioro por el desarrollo del síndrome.

La culpa aparece cuando el individuo cree que ha violado, o que es capaz de violar, una norma de tipo moral. Una de las causas frecuentes de culpa en los profesionales de servicios es la existencia de pensamientos negativos sobre los demás, y dar un trato cínico y negativo a otras personas (Maslach, 1982). Para Price y Murphy (1984), la culpa está entre los síntomas más destructivos que producen con mucha frecuencia el síndrome del burnout.

En una revisión del concepto de burnout llevada a cabo por Schaufeli, Leiter y Maslach en 2009, se establece que el burnout varía según las intenciones del usuario, el alcance y el contexto. Y estos factores se interrelacionan en estos cinco aspectos:

- Predominio de síntomas mentales y conductuales.
- Predominio de síntomas disfóricos.
- Fenómeno laboral.
- Observación de sus síntomas en individuos sin patología previa.
- Disminución de la efectividad debido a conductas negativas y actitudes que influyen directamente en la productividad.

Según Jerry Edelmich y Archie Brodsky (1980) toda persona que sufre el síndrome del burnout pasa por cuatro fases que se expondrán a continuación:

- Etapa de idealismo y entusiasmo. La persona considera que está preparada para cumplir los objetivos profesionales impuestos por la organización, con lo cual está muy motivada y no reconoce sus límites internos y externos. Posteriormente, al no cumplir con sus propias expectativas se provoca un sentimiento de desilusión por el cual pasa a la siguiente fase.
- Etapa de estancamiento. La persona es consciente de que sus expectativas no son realistas, por ello sufre un menoscabo en el entusiasmo que siente en el trabajo. Se empieza a dar cuenta que necesita un cambio en el área profesional.
- Etapa de apatía. La frustración que siente la persona le lleva a desvincularse emocionalmente del trabajo, a sufrir absentismo laboral y a replantearse su profesión. Lo que le lleva a la última etapa.
- Etapa de distanciamiento. El individuo tiene sentimientos de estar vacío, de no mostrar interés en el trabajo, evita la interacción con compañeros y clientes de forma asidua y aunque considera que no está capacitado para desarrollar su labor, permanece en su profesión debido a las compensaciones extrínsecas que genera (el sueldo).

De forma clásica, el síndrome del burnout ha sido considerado un estado sintomático de antecedentes disfuncionales, siendo él mismo un mediador de consecuencias nefastas, tanto en el plano individual como organizacional (Siegall y McDonald, 2004). Hasta el momento se conoce que el síndrome del burnout se debe a múltiples factores que anteceden su aparición, estas causas suelen ser intensas y duraderas en el tiempo. Diversos autores agrupan estos factores en tres categorías:

- Antecedentes individuales: El objeto de estos estudios ha sido definir los elementos de vulnerabilidad propios de las personas que pueden generar un síndrome de burnout. En este sentido, las investigaciones han mostrado la relación positiva entre el síndrome de burnout y el lugar de control extremo (Semer, 2006) y la débil resiliencia (Alarcon, Escheman y Bowling, 2009). Se han establecido así relaciones entre agotamiento profesional y diversas

dimensiones de la personalidad (*Big Five*). Por ejemplo, el neuroticismo se relacionaría con el agotamiento emocional, mientras que la extraversión, la apertura a la experiencia y la amabilidad estarían más relacionadas negativamente con la despersonalización (Kim, Shin y Umbreit, 2007).

- Antecedentes profesionales: En este nivel, el síndrome de burnout está asociado al desequilibrio entre los recursos del individuo y las altas demandas laborales, lo que repercute en su motivación. En la mayoría de las investigaciones, las principales causas de la aparición del síndrome del burnout han sido los problemas de estrés de rol (conflicto, ambigüedad y sobrecarga), los tiempos de trabajo, las presiones, la carga emocional propia de la tarea, así como las interferencias entre las actividades profesionales y las extraprofesionales. Los recursos más referidos suelen ser los de autonomía, variedad de tareas, desarrollo personal, autoestima, así como diversas formas de apoyo social (jerarquía, colegas...)(Lee y Ahforth, 1996).
- Antecedentes organizacionales: Este tercer nivel de análisis, más global, aborda la relación entre el síndrome de burnout individual y el contexto de las características propias de la organización. Se incluyen aquí los contextos sociales, económicos y culturales como factores que pueden favorecer la aparición del burnout (Maslach y Leiter, 2008).

A tenor de las evidencias anteriormente citadas, se considera el síndrome del burnout como un problema que afecta a múltiples profesiones influyendo en la calidad laboral, la eficacia, la satisfacción laboral y la implicación profesional (Moreno-Jiménez, González y Garrosa, 2001). Las consecuencias del síndrome del burnout tienen tres niveles de análisis: individuales, interpersonales y organizacionales.

- Consecuencias individuales: Al ser el síndrome de burnout una afección psicológica se han establecido relaciones con la depresión, la ansiedad, el sentimiento de culpabilidad y la baja autoestima, entre otros (Gil-Monte, 2005; Maslach et al ., 2001). También se ha relacionado con patologías disfuncionales de naturaleza física como: problemas cardiovasculares, problemas de sueño, problemas musculoesqueléticos y el estado de fatiga generalizado (Melamed, 2009). También tiene consecuencias relacionadas con el comportamiento de riesgo para la salud individual tal como el alcoholismo, el consumo excesivo de

café o incluso el uso de estupefacientes (Cunradi, Greiner, Ragland y Fisher, 2003).

- Consecuencias interpersonales: El síndrome de burnout es un agente significativo de disfunción social. Así, en el marco profesional, se ha relacionado con comportamientos antisociales. Diversos tipos de agresiones pueden ser atribuidos a un estado de agotamiento psicológico y a violencias relacionadas tanto con los compañeros de trabajo como con los clientes (Neveu, 2008). No obstante, las consecuencias no se limitan al ambiente de trabajo. En efecto, se ha comprobado que pueden afectar también al ámbito personal y familiar (Westman, Etzion y Danon, 2001).
- Consecuencias organizacionales: Las consecuencias del síndrome del burnout afectan a la salud misma de la organización. Por sus actitudes y comportamientos negativos de los asalariados constituye un hándicap para la propia organización hasta el punto de afectar a su competitividad y a su supervivencia. Los estudios han mostrado igualmente la relación entre el síndrome de burnout y la disminución del rendimiento. El bajo rendimiento se manifiesta de diferentes formas: absentismo, intenciones de abandono, rotación de personas (Wright y Cropanzano, 1998). El síndrome de burnout de los trabajadores tiene consecuencias sobre el mismo contexto del lugar de trabajo afectando al ámbito económico y social. Por ejemplo, se ha asociado a la baja calidad de los servicios prestados, al desarrollo de la responsabilidad social de las empresas y a los recursos legales presentados por usuarios/clientes (Balch et al., 2011).

El *burnout* (Gil-Monte, 2005) es similar a otros conceptos como la fatiga, el aburrimiento, el estrés, la depresión, etc.

Generalmente el burnout es considerado como una consecuencia del estrés crónico, sin embargo (Caton et al. 1988) opinan que son constructos totalmente diferentes. El burnout puede considerarse una respuesta que se da a largo plazo debido a las desigualdades entre las demandas laborales y los recursos del sujeto. Mientras que el estrés tiene un carácter temporal más breve. Por otra parte, el burnout se vincula con actitudes negativas con la organización y los clientes, sin embargo esto no sucede con el estrés.

Con respecto a la fatiga, Pines y Aronson (1988) consideran que la fatiga física tiene una pronta recuperación mientras que el burnout tiene una sintomatología mucho más prolongada en el tiempo. También contemplan que el esfuerzo físico causa una fatiga que puede percibirse como la superación de un reto provocando una sensación de realización y de éxito, mientras que el burnout es percibido como una experiencia negativa y provoca una sensación de fracaso.

En referencia a la depresión, algunas investigaciones empíricas evidencian que la dimensión de cansancio emocional del burnout está ligada a la depresión (Mingote, 1997), mientras que en las dimensiones de despersonalización y baja realización personal no se halló una asociación significativa. Por otro lado, la depresión puede estar presente en diversos contextos de la vida del individuo, mientras que el burnout es un constructo ligado al contexto laboral.

Las profesiones sanitarias son por naturaleza un importante foco de estrés, debido a las tareas que realizan y a las personas con las que trabajan. También ha de considerarse las transformaciones que está sufriendo el Sistema Sanitario Público en los últimos años (recortes de financiación, falta de personal, reducción salarial...) las cuales acarrearán una serie de consecuencias negativas en el ámbito laboral como la sobrecarga laboral, la desmotivación, la dificultad de conciliación laboral/familiar o las jornadas intensivas.

Por otra parte, la mayor parte de hospitales presentan un ambiente frío tanto para pacientes como para los profesionales que en ocasiones provoca que el trabajador actúe como un *autómata*, evitando implicarse y de manera distante. No es de extrañar por tanto, que el personal sanitario sea de las profesiones con mayor número de bajas laborales por estrés y depresión.

Según el Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid (Codem), la profesión de enfermería encabeza el ranking entre las ocupaciones más estresantes de España. Debido a ello, esta profesión es la que más tasa de burnout registra, principalmente en las áreas de urgencias, oncología y la UCI. Por otra parte, las principales causas que se esgrimen para el desarrollo del burnout en esta profesión son: la disminución de salarios, el contacto con enfermos y sus familias, las jornadas laborales de más de ocho horas seguidas, la sobrecarga laboral y la carencia de recursos.

Según un estudio realizado (Albaladejo; Villanueva, 2004) al personal del Área de Enfermería del Hospital Clínico Universitario de San Carlos (Madrid), utilizando el Maslach Burnout Inventory (MBI) en 622 profesionales de enfermería y auxiliares técnicos, se encontró que, un 30,5% de los sujetos eran afectados por altos niveles de burnout, un 48,9% por niveles medios y un 20,6% de niveles bajos. También cabe destacar que se halló niveles altos de cansancio emocional en un 11,7% de los sujetos, un 48,2% de niveles medio y un 40% de niveles bajos; en lo relativo a la despersonalización se halló un 9,2% de niveles altos, un 32,8% de niveles medios y un 57,9 de niveles bajos; finalmente para la falta de realización personal se encontró un 16,9% de niveles altos, un 48,1% de niveles medios y un 35% de niveles bajos.

Por otra parte, un estudio realizado (Sanchez; Sierra, 2014) al personal del Área de Enfermería del Hospital Ramón y Cajal (Madrid), con una muestra comprendida por 68 enfermeras y auxiliares de enfermería y que pretendía estimar la prevalencia del burnout y de sus dimensiones en dicho servicio utilizando para ello el Maslach Burnout Inventory (MBI), dio los siguientes resultados: un 39,9% mostró niveles bajos de realización personal, un 23,5% dio niveles altos de despersonalización y un 19% presentó niveles altos de cansancio emocional. Una vez analizada la información, se creó un perfil de empleado con burnout “Enfermera, de 35 a 44 años, con contrato fijo, experiencia laboral superior a 16 años y una antigüedad de 1 a 5 años en el puesto de trabajo”.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

- Comparar las puntuaciones del burnout pre y post establecimiento de las medidas privatizadoras de la Sanidad Pública del Gobierno de la Comunidad de Madrid en enfermeros/as de los hospitales públicos ubicados en la ciudad de Madrid.

2.2 Objetivos específicos

- Medir el grado de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo que padecen las enfermeras/os de los hospitales públicos y privados de la ciudad de Madrid, en la actualidad, a los dos años y a los cuatro años.

- Observar las puntuaciones del burnout en las enfermeras/os de los hospitales privados de la ciudad de Madrid posteriormente a la implantación de las medidas privatizadoras instauradas por el Gobierno de la Comunidad de Madrid.

- Observar las diferencias en la incidencia del burnout posteriores a la privatización de la Sanidad Pública en la Comunidad de Madrid en los hospitales públicos y privados de la ciudad de Madrid.

- Obtener medidas del burnout previas a las PS de los hospitales públicos de la ciudad de Madrid, mediante la revisión de bibliografía.

2.3 Hipótesis

- Hipótesis 1. Se producirá un incremento de las tasas de burnout en los hospitales públicos de la ciudad de Madrid con respecto a las puntuaciones obtenidas antes de la implementación de las medidas privatizadoras de la Sanidad Pública.
- Hipótesis 2. Las puntuaciones de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal aumentaran tanto en hospitales públicos como privados.
- Hipótesis 3. Se producirá un incremento de las tasas de burnout en los hospitales privados de la ciudad de Madrid.
- Hipótesis 4. Se encontrarán diferencias en las puntuaciones de burnout de los hospitales públicos y privados de la ciudad de Madrid.

3. Metodología

3.1 Método

3.1.1 Diseño de investigación

Para investigar la incidencia del burnout entre las enfermeras/os de los diferentes hospitales del estudio, utilizare un enfoque cuantitativo, descriptivo y longitudinal.

3.1.2 Población y muestra

El ámbito de estudio de este proyecto será el personal de enfermería de seis hospitales de la ciudad de Madrid, tres de ellos serán públicos y tres privados. El

tamaño de la muestra vendrá determinado por el número de enfermeras/os que trabajen en los seis hospitales de estudio que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

A continuación expondré el número de enfermeras/os que se van a incluir en el estudio, en las siguientes tablas:

HOSPITAL PÚBLICO	Nº ENFERMERAS/OS
Hospital Infanta Leonor	29
Hospital Universitario Ramón y Cajal	36
Hospital Universitario La Paz	29

Fuente: elaboración propia.

HOSPITAL PRIVADO	Nº ENFERMERAS/OS
Hospital Nuestra Señora del Rosario	21
Hospital Virgen de la Torre	30
Hospital Sanitas la Zarzuela	31

Fuente: elaboración propia.

Los sujetos incluidos en este estudio deberán cumplir una serie de requisitos que se expondrán a continuación:

- Criterios de inclusión:
 - Pertenecer al personal de enfermería.
 - Tener una antigüedad en el puesto superior a ocho años, previo al establecimiento de las medidas de privatización.
 - Firmar y aceptar los términos mostrados en el documento de consentimiento informado.
- Criterios de exclusión:
 - Personal con contratos a media jornada o jornada reducida.
 - Personal en tratamiento psiquiátrico y/o psicológico.
 - Negarse a firmar el documento de consentimiento informado.
 - Personal que compagine el trabajo de enfermería con otro tipo de trabajo.
 - Tener una edad inferior a los 60 años, debido a la posible jubilación de los sujetos.

Por lo tanto, la muestra total consta de 176 enfermeras/os de los seis centros sanitarios de Madrid capital, por lo que he optado por no muestrear a la población, pasando el cuestionario al total de sujetos que integran la población diana.

3.1.3 Variables de estudio

- Nivel de burnout: Bajo, medio y alto. (MBI – HSS). Variable dependiente.
- Nivel de agotamiento personal. Bajo, medio y alto. (MBI – HSS). Variable dependiente.
- Nivel de despersonalización. Bajo, medio y alto. (MBI – HSS). Variable dependiente.
- Nivel de realización personal. Bajo, medio y alto. (MBI – HSS). Variable dependiente.
- Hospitales públicos. Variable independiente.
- Hospitales privados. Variable independiente.

3.1.4 Métodos de recogida de datos

Para la recogida de datos se empleará el MBI Human Services Survey (MBI – HSS) que está especialmente diseñado para profesionales de los servicios humanos, incluyendo profesiones como enfermeras, médicos, asistentes de salud, trabajadores sociales, policías y otros campos centrados en ayudar a que las personas vivan una vida mejor ofreciendo orientación y mejorando los problemas físicos, emocionales o cognitivos. El MBI-HSS (Ver ANEXO 1) aborda tres escalas; cansancio emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo. La validez y consistencia interna que posee la escala se mide a través del test de Cronbach, teniendo como resultado un valor cercano al 0,9 en la consistencia interna (Campo-Arias y Oviedo, 2008).

Como sistema de evaluación de los resultados obtenidos en el cuestionario, utilizare los criterios establecidos por Gil Monte y Peiro (2000). Por lo cual, al obtener niveles altos en dos o tres dimensiones se considera un burnout alto, obtener dos o tres dimensiones con niveles medios un burnout medio y obtener dos o tres dimensiones bajas un burnout bajo.

El MBI-HSS dispone de 22 ítems que contemplan las tres dimensiones anteriormente citadas con un formato tipo Likert de siete categorías de respuesta

(nunca= 0) hasta (siempre = 6). Las preguntas del cuestionario se dividen de la siguiente manera:

- Agotamiento personal (9 ítems). Ejemplos “Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo” o “Me siento frustrado en mi trabajo”.
- La despersonalización (5 ítems). Ejemplos “Siento que me he hecho más duro con la gente” o “Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas”.
- Realización personal en el trabajo (8 ítems). Ejemplos “Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes” o “Me siento con mucha energía en mi trabajo”.

3.1.5 Análisis de los datos

El análisis de datos se llevara a cabo mediante el programa estadístico SPSS 22.0, mientras que en el análisis factorial confirmatorio se usara el LISREL 8.

1. Revisión de los datos, descartando a todos los sujetos que no contestaron de forma precisa las escalas.
2. Análisis de frecuencias para observar el intervalo de respuestas de los sujetos.
3. Análisis factorial del MBI-HSS mediante modelos de ecuaciones estructurales.
4. Percentiles para determinar la prevalencia del burnout en las diferentes dimensiones del MBI-HSS.
5. Se aplicará el Test no Paramétrico de Friedman para medidas repetidas con el fin de encontrar diferencias significativas entre las variables de estudio.

3.1.6 Aspectos éticos

Se pedirá la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica de la Comunidad de Madrid para desarrollar la investigación en los diferentes hospitales objetivo de estudio, además de solicitar el consentimiento informado de las enfermeras/os que participen en este proyecto, siendo los datos tratados de manera confidencial y anónima.

3.2 Procedimiento

Para obtener los datos necesarios para llevar a cabo el estudio, se ha de concertar una reunión con la dirección de los hospitales donde se procura realizar el estudio, para explicar el propósito del estudio y obtener su beneplácito. Una vez realizada exitosamente esta tarea, se ha de formalizar una reunión con la dirección de enfermería para desarrollar un plan de acción para la cumplimentación del cuestionario a todas aquellas enfermeras/os que voluntariamente deseen participar en el estudio y cumplan los criterios de inclusión.

Una vez obtenida la muestra, se solicitará el consentimiento informado (ANEXO 2) de todos los sujetos que vayan a participar en el estudio, dejándoles dos semanas para que lo cumplimenten. Debido a que es un estudio longitudinal, este proceso se repetirá a los dos y cuatro años por las mismas fechas.

3.3 Temporalización

Este estudio se llevara a cabo a partir del 18 de junio de 2018, se contactara con la dirección de los hospitales objetivo de estudio el 3 de septiembre de 2018.

Se mandara el consentimiento informado vía email a los participantes que cumplan los criterios de inclusión el 25 de septiembre de 2018 y se dará dos semanas para que lo cumplimenten.

Se efectuara el cuestionario en los hospitales entre el 5 y 10 de octubre de 2018, la segunda recogida de datos en los hospitales se realizará entre el 5 y 10 de octubre de 2020 y finalmente se volverá a pasar el cuestionario entre el 5 y 10 de octubre de 2022.

Finalmente, se espera obtener los resultados de este estudio para el 25 de octubre de 2022.

4. Resultados esperados.

En el presente estudio se procurará describir el nivel de cansancio emocional, despersonalización y realización personal que padecen las enfermeras/os tanto de los hospitales públicos como privados de la ciudad de Madrid. También, se intentara

dilucidar si existen diferencias en las puntuaciones de las dimensiones del burnout en los hospitales públicos y privados. Finalmente, se pretenderá conocer la evolución de las tasas de burnout en la etapa posterior a la implementación de las medidas privatizadoras en los hospitales públicos y privados y si existen mayores puntuaciones de burnout en los hospitales públicos con respecto a la etapa anterior a las PS.

- **Cansancio emocional, despersonalización y realización personal en hospitales públicos y privados de Madrid.**

En los cuestionarios que se realizaran al personal de enfermería en los hospitales públicos de la ciudad de Madrid espero hallar un incremento progresivo de las puntuaciones de las tres dimensiones del burnout. Observando una diferencia significativa en cansancio emocional y despersonalización entre el primer cuestionario realizado y el tercero (en el transcurso de 4 años).

En los cuestionarios que se efectuaran al personal de enfermería en los hospitales privados de la ciudad de Madrid espero encontrar unos resultados muy homogéneos en las tres dimensiones del burnout, con una ligera tendencia al alza en la dimensión de cansancio emocional, una ligera tendencia a la baja en realización personal y un mantenimiento de los niveles de despersonalización en los tres cuestionarios realizados.

- **Diferencias en los niveles de burnout en los hospitales públicos y privados de la ciudad de Madrid.**

En este estudio se espera encontrar altos porcentajes de burnout entre los sujetos evaluados de los hospitales públicos de la ciudad de Madrid (alrededor del 35-40%), mientras que en los hospitales privados objeto de estudio se espera hallar inferiores porcentajes de burnout en el personal de enfermería que participará en este proyecto (alrededor del 20-25%).

- **Desarrollo del los índices de burnout en la época post privatización de la Sanidad Pública en los hospitales privados de la ciudad de Madrid.**

En las distintas etapas de este estudio se espera hallar ligeros incrementos en las puntuaciones de burnout en la etapa posterior a las PS, aunque sin resultar significativas estas diferencias.

- **Desarrollo de los índices de burnout en la época post privatización de la Sanidad Pública en los hospitales públicos de la ciudad de Madrid.**

Anteriormente he comentado que se producirá un incremento significativo de las dimensiones cansancio emocional y despersonalización en el personal de enfermería en los hospitales públicos objeto de estudio, por otra parte también se espera encontrar que los índices de burnout se incrementen de manera significativa en la etapa post PS. Además, comparando los resultados que obtendríamos en este proyecto, con los mostrados en otros estudios similares realizados anteriormente a la implantación de las PS, podemos observar un considerable aumento en las tasas del síndrome del burnout.

Como conclusión y a raíz de los resultados esperados, podemos prever que existen posibilidades razonables para pensar que las medidas privatizadoras de la Sanidad Pública pueden tener repercusión en el incremento de las tasas de burnout, principalmente en los hospitales públicos, aunque se requeriría un estudio aparte para comprobar si existe relación directa en este aspecto.

Por lo tanto, considero que los resultados obtenidos podrían servir para guiar futuras investigaciones entre las medidas adoptadas en las PS y el burnout, así como para la elaboración de programas de intervención del burnout en los hospitales de la ciudad de Madrid.

5. Competencias adquiridas durante el cursado de las asignaturas del máster con aplicación al tema del TFM.

Tabla 1. Para este apartado usaré una escala para calificar el nivel de desarrollo de las competencias:

1	2	3	4
Se constata la existencia del conocimiento y las habilidades básicas pero la competencia está insuficientemente desarrollada.	Se constata la competencia para desempeñar tareas pero su desempeño requiere guía y supervisión.	Se constata la competencia para desempeñar tareas básicas de dicha competencia sin guía ni supervisión.	Se constata la competencia para realizar tareas complejas sin guía ni supervisión.

CE1 – Interpretar las diferentes teorías y los procesos de desarrollo sobre Psicología de la Salud Ocupacional y Ergonomía. Nivel previo 2, final 4.

La asignatura Trabajo y Salud Ocupacional me ha permitido no solo afianzar lo que ya sabía del Grado de Psicología, sino que ha ampliado mis conocimientos logrando incorporar nuevos conceptos que me permitirán comprender mejor el funcionamiento de las organizaciones y así facilitar mis competencias de evaluación sobre los diferentes factores de riesgo psicosocial. Por otra parte, los diferentes modelos de salud ocupacional me permiten tener una visión global de cómo enfocar las tareas de investigación e intervención desde la perspectiva de la Psicología de la Salud Ocupacional. Finalmente, conocer los principales factores de riesgo psicosocial (carga de trabajo, ambigüedad de rol, presión temporal...) me permitirá realizar evaluaciones e intervenciones más efectivas para intentar eliminar o paliar los efectos que producen dichos factores. Por lo tanto, considero que mi nivel de competencia inicial sería un 2 y una vez cursado él máster un 4.

CE2 – Desarrollar una investigación básica en Psicología de la Salud Ocupacional, Psicología de las Organizaciones y desarrollo de Recursos Humanos. Nivel previo 2, final 3.

Para realizar un estudio en una organización es fundamental conocer cuál es la metodología a seguir y que procedimientos hay que llevar a cabo para poder contrastar los resultados obtenidos, ya sea en procesos de investigación o intervención en una organización. Tomando como ejemplo este TFM, me ha permitido conocer qué pasos debía realizar y como desarrollarlos, donde obtener información pertinente para la investigación y que herramientas usar para interpretar los resultados obtenidos en el cuestionario realizado. De ahí que considere que inicialmente poseía un nivel de competencia de 2 y finalice con un nivel de competencia de 3.

CE3 –Comparar las diferentes teorías y los procesos de desarrollo sobre Psicología de Recursos Humanos. Nivel previo 1, final 3.

El contenido teórico impartido en la asignatura de Psicología de Recursos Humanos me ha permitido introducirme en un campo relativamente nuevo para mí. Me ha permitido conocer la importancia de los diferentes Modelos de Gestión y como estos se adecuan a las diferentes características de cada organización, que pasos hay que seguir para construir un plan estratégico adecuado a la organización y como obtener información (HR Analytics, Máster Data) para mejorar la productividad o realizar cambios de negocio, lo cual puede resultar muy útil en los procesos de intervención en las organizaciones, ya que, para llevar a cabo una actuación exitosa se debe conocer el contexto global que rodea a dicha organización. Por consiguiente, considero que partía con un nivel de competencia de 1 hasta alcanzar un nivel de competencia de 3.

CE4 – Aplicar las diferentes teorías y los procesos de desarrollo de las principales fortalezas individuales y organizacionales sobre Psicología Organizacional Positiva. Nivel previo 1, final 3.

La Psicología Positiva introduce un enfoque complementario al convencional. Se centra más en las fortalezas y experiencias positivas que en corregir debilidades, intentando aumentar la productividad y los resultados de las organizaciones incrementando el bienestar y las relaciones personales positivas en el ejercicio profesional. El proyecto grupal realizado en la asignatura (intervención positiva en la fusión de dos empresas), me ha permitido conocer mejor como realizar una intervención

en un entorno organizacional para la prevención y la promoción de la salud de los empleados. Por lo tanto, sopeso que debía partir con un nivel de competencia de 1 hasta finalizar con un nivel de competencia de 3.

CE5 – Valorar las características que determinan el clima y la cultura organizacionales así como los procesos de cambio y desarrollo organizacional a través del tiempo. Nivel previo 1, final 3.

Conocer el clima y la cultura organizacional resulta imprescindible para valorar el ambiente en el que se desarrolla una organización, siendo una de las bases para producir el cambio hacia una organización más saludable. Debo hacer mención a los diferentes modelos de gestión de la calidad (SERVQUAL, Grönross) como promotores sobre la salud y desempeño organizacional en contextos de cambio y al trabajo en grupo realizado sobre una organización que aprende, el cual me han servido para conocer y desarrollar mis conocimientos sobre los procesos de cambio en las organizaciones. Este TFM estudia el desarrollo del burnout una vez establecidos los cambios implementados en las PS, lo cual me permitiría observar la evolución de esta psicopatología laboral durante un proceso de cambio organizacional. Partiendo de un nivel de competencia de 1 considero estar en posesión de un nivel de 3 actualmente.

CE6 – Implementar las técnicas de gestión de Recursos Humanos e interpretar su relación con la salud psicosocial y el desarrollo personal y de grupos en las organizaciones. Nivel previo 1, final 3.

Los procesos básicos de incorporación, socialización laboral y desvinculación están estrechamente vinculados al desarrollo de la salud psicosocial de la organización modelando la visión que tienen los empleados sobre la organización a la que pertenecen. Se han visto a lo largo de la asignatura Técnicas de Gestión de Recursos Humanos diferentes procedimientos que me permitirán actuar para una mejor adaptación de los empleados a los ideales que aporta la organización, consiguiendo así aumentar tanto la satisfacción como el desempeño, tanto a nivel individual como grupal. No solo teniendo en cuenta la formación, sino que también el trabajo en equipo y las relaciones laborales.

El nivel de competencias que tenía en este ámbito lo valoro en un nivel 1 y posteriormente a la consecución del máster en un nivel 3.

CE7 – Intervenir en entornos organizacionales a través de la puesta en marcha de prácticas organizacionales que contribuyan a la prevención y la promoción de la salud de los empleados. Nivel previo 1, final 3.

Las diferentes técnicas vistas en la asignatura Prácticas Organizacionales Saludables (HERO y M3C) nos permiten hacernos una idea de que protocolos de acción son necesarios para la promoción de la salud entre los empleados y sirven como guía para la puesta en marcha de acciones que se adecuen al problema concreto de cada organización para la consecución del objetivo fijado. El trabajo en grupo realizado siguiendo el Modelo HERO me ha permitido observar de una manera más práctica como intervenir en los entornos organizacionales, compaginando mis conocimientos con los de mis compañeros y aumentando considerablemente mi habilidad en esta competencia. Por consiguiente, considero que mi nivel de competencia inicial era de 1 y actualmente es 3.

CE8 – Aplicar técnicas de intervención/optimización de la salud psicosocial desde la psicología de la salud ocupacional. Nivel previo 2, final 3.

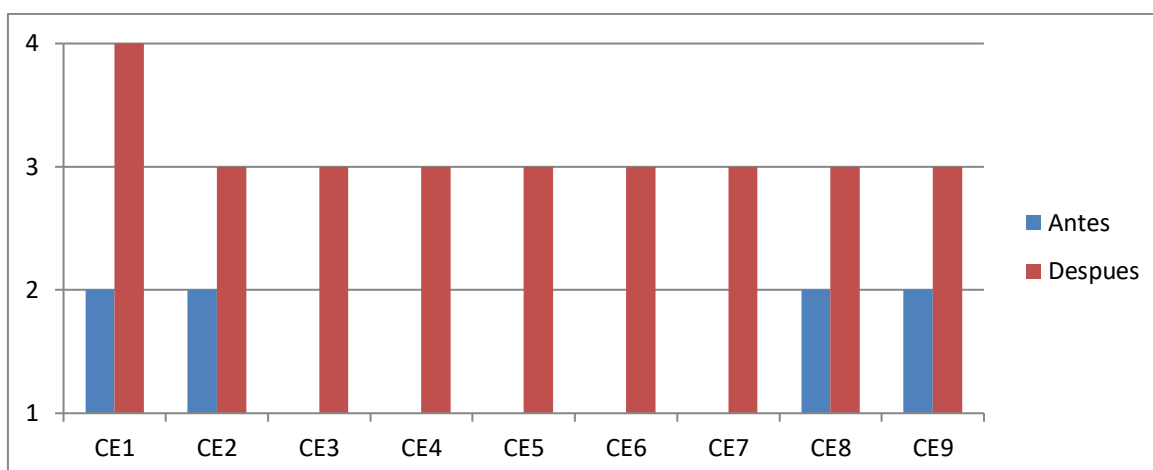
Una vez obtenidos los conocimientos básicos sobre la salud ocupacional desarrollados en algunas de las anteriores asignaturas, es preciso conocer los procesos de evaluación y los protocolos de prevención e intervención para llevar a cabo las actuaciones precisas para eliminar o paliar los efectos de los riesgos psicosociales existentes en todas las organizaciones, aumentando así el bienestar y la salud psicosocial de los miembros de la organización. La asignatura Intervención Psicosocial en el Trabajo nos ha proporcionado información sobre algunas de las técnicas de evaluación e intervención de riesgos psicosociales más utilizadas como el DUWAS, el Modelo HERO, Survey Feedback... Por otra parte, el trabajo en grupo me ha dado la posibilidad de poner en práctica el Método FPSICO 3.0 en un supuesto de evaluación de riesgos psicosociales, lo que me ha permitido profundizar más si cabe en los contenidos teóricos que se han visto en esta asignatura. En lo referente a mi nivel de

competencia inicial lo valoraría con una puntuación de 2 en la escala, finalizando con un nivel 3 a la consecución del máster.

CE9 – Juzgar las competencias adquiridas a lo largo del máster sobre Psicología del Trabajo, de las Organizaciones y en Recursos Humanos. Nivel previo 2, final 3.

Todos los conocimientos teóricos impartidos en el máster me han permitido conocer mejor como funcionan internamente las organizaciones, principalmente las de ámbito laboral, que factores de riesgo tanto físico como psicológico actúan en ellas y como se pueden evaluar e intervenir sobre estos riesgos tan presentes en las organizaciones actuales. También me han permitido comprender de una manera más esclarecedora que funciones y roles tienen los departamentos de Recursos Humanos dentro de las empresas y cómo actúan para incrementar la salud psicosocial de los miembros de la organización. Por otra parte, los diferentes modelos vistos en el máster me permiten tener diferentes perspectivas de un mismo objetivo, ya sea la evaluación o intervención de un riesgo psicosocial, o la descripción de un constructo. Todo esto más los trabajos que he realizado en grupo en las diferentes asignaturas me dan un bagaje suficiente para poder empezar a desempeñar tareas básicas o moderadamente complejas sin supervisión en un espero que probable futuro profesional como psicólogo del trabajo. Durante el desarrollo del TFM he practicado algunas de estas competencias en el ámbito de la investigación, dotándome de mayores recursos a la hora de realizar futuros proyectos de evaluación en los entornos organizacionales. Finalmente, cabe mencionar que las prácticas de empresa me han permitido llevar a cabo algunas de las competencias adquiridas durante el máster en un contexto laboral, observar mis fortalezas y debilidades durante el desempeño de de las tareas realizadas y valorar la ejecución de dichas competencias para intentar mejorarlas en el futuro. Considero que partía con un nivel 2 de conocimiento de estas competencias por mis estudios de psicología y finalizado el máster sopeso que podría estar en un nivel 3.

Gráfico del nivel de competencias del máster



6. Análisis de las posibles transferencias de los conocimientos al ámbito profesional y en concreto al caso del TFM.

Todas las experiencias vividas en el máster me han servido para conocer mejor el funcionamiento de las organizaciones, la importancia del Departamento de Recursos Humanos dentro de las empresas y que roles desempeña dentro de la organización. Lo cual me permite comprender que competencias se deben poseer para ejecutar una labor profesional eficaz en este ámbito y aunque la experiencia es imprescindible para un buen desempeño en el trabajo, los conocimientos adquiridos en el máster me permiten tener el bagaje suficiente para iniciar mi carrera profesional.

La Psicología de la Salud Ocupacional y la Psicología Organizacional Positiva me ha permitido conocer un enfoque diferente para el buen funcionamiento de las organizaciones, centrándose más en las fortalezas, las emociones positivas y el optimismo de los miembros de la organización, otorgándoles mayores recursos personales para afrontar las demandas laborales existentes. Por otra parte, es necesario conocer y comprender los riesgos psicosociales para poder realizar evaluaciones e intervenciones que eliminen o palien los efectos producidos por estos en los miembros de la organización, para ello se nos ha dotado de los conocimientos necesarios con el propósito de poder implementar las técnicas adecuadas para una optimización de la salud psicosocial, este apartado a resultado especialmente importante en la realización del TFM, debido a que me ha dado las pautas para su desarrollo.

El conocer las diferentes teorías sobre la Psicología de la Salud Ocupacional me permite tener una visión global de los procesos psicológicos que se llevan a cabo en las organizaciones, dándome una base para identificar y evaluar las posibles demandas laborales que puedan producir malestar entre los miembros de la organización, por otra parte, también me informan sobre los recursos tanto laborales como personales que permiten atenuar o eliminar los efectos de las demandas laborales.

En cuanto a las diferentes técnicas de intervención vistas en el máster, estas me proporcionan las herramientas necesarias para generar los cambios que deseo introducir en las organizaciones, en este sentido ha sido de gran ayuda los trabajos grupales realizados, pudiendo hacer simulacros de intervención de manera cooperativa al fin de conseguir los objetivos fijados. Por lo cual, dispongo de una base para implementar las intervenciones que sean necesarias en mi futuro laboral.

Conocer que clima y cultura existe en una organización me permite saber que valores y creencias caracterizan a una organización y que percepciones del contexto social poseen sus miembros. Este conocimiento es fundamental para entender cuáles son las metas y la manera de funcionar de la organización, por lo cual podré adaptar mi actuación a los objetivos de la organización y así encontrar la solución más adecuada en dicho contexto.

Ante un mercado laboral en continuo cambio, es necesario contar con las técnicas más actuales de gestión de Recursos Humanos. En este máster hemos visto las nuevas tendencias de RRHH y cómo usar las nuevas tecnologías para recabar información que nos permita realizar una gestión eficaz para el desarrollo personal y grupal en las organizaciones, con la finalidad de promover la salud psicosocial de los empleados y mejorar la productividad organizacional, lo cual me permite contar con diversos recursos para desarrollar mi trabajo en este ámbito laboral.

Por otro lado, durante el transcurso del máster he podido optimizar algunas competencias profesionales que no son específicas de máster, como el trabajo en equipo, la creatividad, la proactividad, la comunicación interpersonal y la resolución de problemas. Cabe mencionar, que en este sentido, ha sido de gran ayuda las prácticas de empresa que no solo me han permitido conocer de primera mano cómo se trabaja en un departamento de RRHH, sino que también me ha proporcionado la posibilidad de ejercitar este tipo de competencias de forma asidua.

7. Conclusiones finales

El Máster en Psicología del Trabajo y de las Organizaciones y en Recursos Humanos me ha permitido contemplar el mundo laboral desde otra perspectiva, ampliando significativamente mis conocimientos a este respecto.

Las asignaturas impartidas me han parecido bien estructuradas, lo cual ha facilitado el aprendizaje de las mismas. He de hacer hincapié en la buena predisposición del profesorado a la hora de resolver las dudas que nos iban surgiendo a lo largo de las clases. También cabe destacar que los ejercicios prácticos realizados a lo largo de las clases me han servido para consolidar los conocimientos impartidos, al ser estos ejercicios de carácter grupal, he podido debatir con mis compañeros cualquier duda que tuviese para realizar la tarea, lo que nos ha permitido resolver los problemas que aparecían durante su realización.

Por otra parte, los trabajos en grupo han resultado especialmente útiles para poner en práctica lo aprendido durante el desarrollo de las asignaturas, no solo he tenido que recurrir a la información obtenida en las asignaturas, sino que debía buscar más conocimientos a través de diferentes fuentes. Por el contrario, he de destacar que me habría gustado que se nos hubiera proporcionado algún tipo de feedback sobre qué aspectos mejorar del trabajo realizado.

Con respecto a los exámenes, considero que las fechas propuestas por el máster no eran las más idóneas, ya que, en los exámenes de marzo estaba inmerso en las prácticas de empresa y no pude dedicarles el tiempo deseado. Considero que habría sido más cómodo para los estudiantes del máster tener los exámenes cada dos asignaturas durante el transcurso del mismo. Sin embargo, el formato tipo test con feedback de respuestas me pareció muy acertado, debido a que podíamos consultar de manera inmediata cuales eran los errores cometidos.

En cuanto a las competencias desarrolladas en el transcurso del máster, me han permitido disponer de una visión global y profunda de la gestión organizacional y de los procedimientos que se han de promover para lograr un mayor desempeño tanto a nivel

organizacional, grupal e individual en el entorno laboral, así como a impulsar el crecimiento personal y la salud psicosocial de los miembros de las organizaciones.

Con respecto al TFM, pienso que aunque ha sido buena idea no solo realizar una supuesta evaluación/intervención en una organización, sino que además reflexionar sobre las competencias adquiridas durante el transcurso del máster, esta reflexión en vez de centrarse en el TFM hubiera sido más útil haberla centrado en las prácticas de empresa, debido a que en este contexto estábamos desarrollando en vivo muchas de las competencias aprendidas en las diferentes asignaturas del máster, pudiendo así valorar de una manera más profunda y completa nuestro desarrollo en dichas competencias.

Finalmente, considero que los conocimientos y la experiencia adquirida durante el transcurso del máster me han permitido crecer personal y profesionalmente y por ello agradezco al personal docente y a mis compañeros por todas las experiencias que hemos vivido en este último año.

8. Referencias y web grafía.

- Abadejo, R., Villanueva, R. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 2004. Extraído el 29 de marzo de 2018 desde https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000400008&lang=pt
- Alarcon, G., Eschleman, K. J. y Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variable and burnout: A meta-analysis. *Work & Stress*, 23, 244-263.
- Balch, C. M., Oreskovich, M. R., Dyrbye, L. N., Colaiano, J. M., Satele, D. V., Sloan, J. A. y Shanafelt, T. D. (2011). Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons. *Journal of American College of Surgeons*, 213, 657-667.
- Campo-Arias, A. y Oviedo, H. (2008). Propiedades Psicométricas de una escala: la Consistencia Interna. *Revista de Salud Pública*, 2008. Extraído el 16 de abril 2018 desde <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v10n5a15.pdf>

- Caton, D., Grossnickle, W. Cope, J., y Long, T. (1988). Burnout and stress among employees at a state institution for mentally retarded persons. *American Journal on Mental Retardation*, 93, 3, 300-304.
- Cundari, C. B., Greiner, B. A., Ragland, D. R. y Fisher, J. M. (2003). Burnout and alcohol problems among urban transit operators in San Francisco. *Addictive Behaviors*, 28, 91-109.
- Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública. La Sanidad Pública en Madrid cinco años después del Plan de Sostenibilidad. FADSP, 26 de octubre 2017. Extraído el 26 de febrero de 2018 desde <https://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/nota-de-prensa/1548-la-sanidad-pública-en-madrid-cinco-años-después-del-plan-de-sostenibilidad>
- Freudenberg, H.J. (1974). Staff Burn-out. *Journal of Social Issues*, 31, 1, 159-165.
- Gil-Monte, P. R., (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2000; 16(2), 135.
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Halbesleben, j. R. y Demerouti, E. (2005). The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work & Stress*, 19, 208-220.
- Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. Los enfermeros son los empleados más quemados. Codem, 22 de mayo 2013. Extraído el 16 de febrero de 2018 en: <http://www.codem.es/Canales/Ficha.aspx?IdMenu=89764D7C-A8F4-444B-8577-36898F94F89F%20&Cod=85B3D499-47EC-4B2D-B1A2-0192F69EC3C0>
- Kim, H. J., Shin, K. H. y Umbreit, T. (2007). Hotel job burnout: The role of personality characteristics. *International Journal of Hospitality Management*, 26, 421-434.

- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E. y Chistensen, k. B. (2005). The Copenhagen Bournout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19,192-207.
- Lee, R. T. y Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytical examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81, 123-133.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Nueva York: Prentice Hall Press.
- Maslach, C., y Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement.. *Journal of Applied Psychology*, 93, 498-512.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Melamed, S. (2009). Burnout and risk of regional musculoskeletal pain: A prospective study of apparently health employed adults. *Stress & Health*, 25, 313-321.
- Mingote, J. C. (1997). Síndrome “Burnout”. Síndrome de desgaste profesional. *Monografías de Psiquiatría*. Nº 5. Septiembre-octubre.
- Moreno-Jiménez, B., González Gutiérrez, J.L, Garrosa Hernández, E. Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En: Buendía j y Ramos F. Empleo, estrés y salud 2ª ed. Madrid: Pirámide; 2001. P, 59-83. Extraído el 5 de abril de 2018 en:
<https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>
- Neveu, J. P. (2008). Burnout and consequences: the case of professional aggressiveness on service quality to the patient. En J. Halbesleben (ed.), *Handbook of stress and burnout in health care*. Nueva York: Nova Science Publishers.
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career Burnout: Causes and cures*, (2nd Ed.) New York: The Free Press.
- Sánchez Alonso P. y Sierra Ortega V. M. (2014). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI. *Enfermería Global*. 2014; 13 (33), 252-266.

Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Carrer Development International*. 14, 204-206.

Semmer, N. K. (2006). Job stress interventions and the organization of work. *Scandinavian Journal of Work, Enviroment and Health*, 32(6), special insue), 515-527.

Siegall, M. y McDonald, T. (2004). Person-organization value congruence, burnout and diversión of resources. *Personnel Review*, 33, 291-301.

Universia.es. Burnout o síndrome del quemado. Extraído el 4 de abril desde <https://www.universia.es/fases-burn-out/burn-out-sindrome-quemado/at/1121751>

Westman, M., Etzion, D. y Danon, E. (2001). Job insecurity and crossover of burnout in married couples. *Journal of Organitacional Behavior*, 22, 467-481.

Wright, T. A. y Cropanzano, R. (1998). Emotional exhaustion as a predictor of job performance and voluntary turnover. *Journal of Applied Psychology*, 83, 486-493.

ANEXOS

ANEXO 1

Escala Maslach Burnout Inventory (MBI)

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento acabado	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento animado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

La frecuencia de la situación vendrá definida por la respuesta en base a los siguientes criterios: 0 Nunca, 1 Pocas veces al año o menos, 2 Una vez al mes o menos, 3 Unas pocas veces al mes o menos, 4 Una vez a la semana, 5 Pocas veces a la semana, 6 Todos los días.

ANEXO 2

Consentimiento informado

Usted ha sido invitado/a para ser partícipe de un estudio con el objetivo de analizar la situación actual del problema del Síndrome de Burnout entre los enfermeros/as de los hospitales ubicados en la ciudad de Madrid. Con tal propósito, usted deberá contestar un cuestionario para conocer su valoración sobre algunos aspectos vinculados al tema a tratar.

El anonimato en este estudio está asegurado, toda la información obtenida en el dispondrá de la máxima confidencialidad por parte del grupo de investigación que lleva a cabo el proyecto. Cualquier información personal que facilite no quedara registrada en ningún documento o base de datos y los resultados obtenidos se utilizaran únicamente con la finalidad de llevar a cabo esta investigación.

La participación será voluntaria por lo que su colaboración será fundamental para el buen desarrollo de la investigación.

Un cordial saludo.

Fdo.....