

Enfermería del Trabajo

International Journal Occupational Health Nursing

www.enfermeriadeltrabajo.com/ojs/index.php/et/

Volumen 7

Número 3

Julio 2017



AET



Asociación de Especialistas
en Enfermería del Trabajo

■ Editorial

Enfermería del Trabajo en el Congreso Internacional de Enfermería

■ Artículos Originales

¿Cuál es la satisfacción laboral de los trabajadores que solicitan valoración de puesto de trabajo por motivos desalud?

Síndrome de Burnout en profesionales de Enfermería en el ámbito hospitalario: un estudio descriptivo

■ Artículo de Revisión

Mindfulness, prevención y control del síndrome de desgaste profesional en la enfermería española

■ Nuevos Retos Profesionales

"La Enfermería en la Inspección de Servicios"
"Sanitarios. Origen, evolución y rol de la Enfermería del Trabajo en la actualidad"

■ Caso Clínico

"El trabajador que sufre un trastorno de"
"personalidad obsesiva en el trabajo"

ENFERMERÍA DEL TRABAJO

International Journal of Occupational Health Nursing

www.enfermeriadeltrabajo.com/ojs/index.php/et/



Editores

Manuel Romero Saldaña
Ayuntamiento de Córdoba

Alfonso Meneses Monroy
Facultad Enfermería de la Cruz Roja. Madrid

Consejo de Redacción

Silvia Arranz Alonso
Enfermera del Trabajo. Madrid

Carmen Lameiro Vilariño
Hospital Meixoeiro. Vigo

José Manuel Corbelle Álvarez
El Corte Inglés. Madrid

Antonio G. Moreno Pimentel
Sociedad Prevención Fremap. Madrid

Julio de Benito Gutiérrez
Hospital Clínico Universitario. Valladolid

María Novoa García
EMT. Madrid

Antonio J. Déniz Hernández
Colegio Oficial de Enfermería de Las Palmas

María Sociedad Olmo Mora
SESCAM. Puertollano

Javier Gracia Rivera
Sociedad Prevención Fremap. Córdoba

Paula Peña Salguero
El Corte Inglés. Madrid

Beatriz Herruzo Caro
Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir

Araceli Santos Posada
Agencia Tributaria. Madrid

Consejo Asesor

M^a Ángeles Almenara Angulo
El Corte Inglés. Marbella

Marta Hernández Martín
Enfermera de Trabajo. Madrid

Gema Arévalo Alonso
El Corte Inglés. Madrid

Yolanda Raquel Lapeña Moñuz
Facultad Ciencias Salud. Univ. Jaume I. Castellón

María Dolores Calvo Sánchez
Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Salamanca

Pablo J. López Soto
Universidad de Córdoba

José Ciércoles Prado
Repsol. Madrid

Jerónimo Maqueda Blasco
Director E.N.M.T. ISC III. Madrid

Antonio Javier Cortés Aguilera
Cabildo de Tenerife

Carlos Martínez Martínez
Asoc. Española Enfermería Deportiva. Madrid

Cristina Cuevas Santos
Ministerio Educación. Madrid

Guillermo Molina Recio
Facultad de Enfermería. Córdoba

Francisco José García Sánchez
Facultad Enfermería. Ciudad Real

María Cándida Pérez Gonzalves
Hospital Universitario Ourense

Begoña García Ramírez
Enfermera del Trabajo. Madrid

Juan Ramón Quirós Jiménez
Diputación Provincial de Jaén

Cristina Godino González
Consejería MA, V y OT. Comunidad de Madrid

Manuel Sánchez García
Diputación Provincial de Córdoba

Javier González Caballero
INSS. Bilbao

Manuel Vaquero Abellán
Facultad de Enfermería. Córdoba

Revista indexada en:



Edita: Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo. Plaza de Mariano de Cavia, 4. 28007 Madrid
ISSN on line 2444-7226 ISSN printed 2174-2510 Depósito Legal: CO 288-2011

Editorial

Redacción

<i>Enfermería del Trabajo en el Congreso Internacional de Enfermería de Barcelona</i>	3
---	---

Artículo Original

Mirás S, Villoria E, Álvarez J, Cotobal F, González L

<i>¿Cuál es la satisfacción laboral de los trabajadores que solicitan valoración de puesto de trabajo por motivo de salud?</i>	4
--	---

Salillas R

<i>Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario: un estudio descriptivo</i> . . .	11
---	----

Artículo de Revisión

Gómez del Pulgar E, Meléndez-Moreno A.

<i>Mindfulness, prevención y control del síndrome de desgaste profesional en la enfermería española</i>	16
---	----

Nuevos retos profesionales

Miras J A

<i>La Enfermería en la Inspección de Servicios Sanitarios. Origen, evolución y rol de la Enfermería del Trabajo en la actualidad</i>	22
--	----

Caso clínico

Reyes J F, Rodríguez E, Ruíz M.

<i>El trabajador que sufre un trastorno de personalidad obsesiva en el trabajo. Caso práctico</i>	26
---	----

Summary

Editorial

Redaction Staff

<i>Occupational Health Nursing in the Intenational Congress of Nurses. Barcelona 2017</i>	3
---	---

Original articles

Mirás S, Villoria E, Álvarez J, Cotobal F, González L

<i>What is the work satisfaction of the workers who request the valuation of workplace for health?</i>	4
--	---

Salillas R

<i>Burnout Syndrome in nursing professionals in the hospital setting: a descriptive study</i>	11
---	----

Review article

Gómez del Pulgar E, Meléndez-Moreno A.

<i>Mindfulness, prevention and control of the syndrome of profesional in spanish nursing wear</i>	16
---	----

New professional challenges

Miras J A

<i>Nursing in the Inspection of Health Services. Origin, evolution and role of the Occupational Health Nursing at the present time</i>	22
--	----

Clinical Case

Reyes J F, Rodríguez E, Ruíz M.

<i>Worker who suffer from an obsessive personality disorder. Case study</i>	26
---	----

el suministro integral



Primer Centro Proveedor de Suministros, Servicios y Asesoramiento, con plataformas en la Península y Canarias

EDITORIAL

Enfermería del Trabajo en el Congreso Internacional de Enfermería de Barcelona

Una experiencia y oportunidad única para nuestra profesión

Redacción

Enfermería del Trabajo tenía que estar en el mayor evento mundial que la profesión enfermera iba a celebrar en 2017, máxime cuando nuestro país acogía este gran acontecimiento en una ciudad del potencial atractivo y seductor de Barcelona.

Desde un primer momento, la AET supo interpretar la importancia estar presentes y desempeñar un rol activo que permitiera aumentar nuestra visibilidad, y dar a conocer al resto de Enfermería nuestra asociación y nuestra cartera de servicios. Para ello, con la suficiente previsión, comenzaron las negociaciones entre nuestra Presidenta y el Consejo General de Enfermería al objeto de conseguir un stand en el área destinado a las asociaciones nacionales de Enfermería. Supimos apreciar la importancia de participar en un Congreso Internacional, y la AET demostró madurez, responsabilidad y una gran capacidad organizativa para estar a la altura de un acontecimiento científico mundial.

A partir de aquí, todos hemos leído en numerosas crónicas cómo entre los últimos días de mayo (28 al 31) y el 1 de junio, unas 12.000 enfermeras venidas de todo el mundo confluyeron en un mar de ciencia, en un espacio común lleno de relaciones y experiencias humanas compartidas. De una manera u otra, hemos sido conscientes como miles de profesionales ávidos de conocer qué otra enfermería había más allá de sus países, llegaron dispuestos a expresar sus inquietudes, avances, temores e ilusiones que colorearon el International Council of Nurses, BCN 2017. Más de 2.000 comunicaciones y pósteres dieron cuenta de cómo es la investigación y el trabajo diario de la Enfermería en todo el mundo.

Enfermería del Trabajo presentó cuatro estudios científicos, dos defendidos como comunicaciones orales y otros dos en formato póster. Por otra parte, gracias a la Escuela Internacional de Ciencias de la Salud y al grupo Quirón, la AET tuvo la oportunidad de llevar a cabo cuatro sesiones informativas donde dimos a conocer el estado actual de nuestra profesión así como demostrar cuál es la capacidad de vanguardia y de convocatoria, tanto en asistentes como en liderazgo, ofreciendo propuestas innovadoras de gestión y organización. A todos los compañeros de

la AET que colaboraron en estas actividades científicas y organizativas, nuestro más reconocido agradecimiento.

No podemos olvidarnos de nuestros patrocinadores que han estado apoyando las iniciativas de la AET desde el primer momento. Muchas gracias a SERLOMED por todo su soporte y sustento.



De izquierda a derecha: D. José Manuel Corbelle Álvarez (Presidente de la UESCE), Dª Araceli Santos Posada (Presidenta de la AET), Dª Juddith Shamian (Presidenta del CIE), D. Máximo Gonzalez Jurado (Presidente del CGE), D. Alfonso Meneses Monroy (Presidente de AMET), D. Julio de Benito Gutiérrez (Vicepresidente de AET), y D. Antonio G. Moreno Pimentel (Secretario AET), situado detrás.

Pero los congresos también tienen una cara "B", otra realidad que convive sincrónicamente con las conferencias, ponencias, pósteres, patrocinadores y stands, saludos y apretones de manos entre asistentes. Otro perfil tan interesante como amable. Todos los compañeros que pudimos estar en Barcelona, que colaboramos en la puesta en marcha y desarrollo del Congreso, compartimos vivencias únicas e irrepetibles, que ensanchan y acrecientan más todavía la satisfacción de formar parte de esta gran familia que es la AET. A todos ellos, gracias, muchísimas gracias por aceptar esta oportunidad única, y por sacrificar vuestro tiempo y descanso en pos de la Asociación.

ARTÍCULO ORIGINAL

¿Cuál es la satisfacción laboral de los trabajadores que solicitan valoración de puesto de trabajo por motivo de salud?

Autores:

Mirás S., Villoria E., Álvarez J.,
Cotobal F., González L.

Autor de correspondencia:

D^a Susana Mirás Carballal
susanamiras89@gmail.com

Trazabilidad editorial

Recibido: 7-04-2017

Revisado: 12-06-2017

Aceptado: 26-06-2017

Citar como:

Mirás S, Villoria E, Álvarez J, Cotobal F, González L. ¿Cuál es la satisfacción laboral de los trabajadores que solicitan valoración de puesto de trabajo por motivo de salud?. Revista Enfermería del Trabajo. 2017. 7; 3: 58-64

Resumen

Introducción. A través de la Valoración de Puesto de Trabajo (VPT), el trabajador puede solicitar, que se valore su puesto de trabajo y su aptitud para el mismo. Una de las teorías que más ha influido en el área de la satisfacción laboral es la formulada por Herzberg (*Teoría de los dos Factores*).

Los objetivos del estudio son: medir la satisfacción laboral de los trabajadores que han solicitado VPT por motivo de salud en un Hospital de tercer nivel, y determinar las patologías, categorías profesionales y resultados de aptitud de los trabajadores que han solicitado VPT por motivo de salud.

Material y métodos. Se ha realizado un estudio descriptivo transversal retrospectivo. La muestra estuvo formada por los trabajadores que solicitaron VPT en el periodo de 1 año. La satisfacción laboral se valoró con la encuesta validada Escala General de Satisfacción.

Resultados. La patología más prevalente por la que los trabajadores solicitan Valoración del Puesto de Trabajo fue la musculoesquelética con un 74,5%.

En la escala General el 43,7% se encuentra Moderadamente Satisfecho, seguido del 32,7% que se encuentra Satisfecho.

Conclusiones. En otros estudios similares que ha usado la misma escala para valorar diferentes puestos y empresas, los resultados obtenidos han sido mucho más inferiores al presente, puesto que se han obtenido puntuaciones de Insatisfecho en todos los campos. Los trabajadores estudiados presentan un nivel de Satisfacción Moderada. Los más satisfechos son el grupo de TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) y el más insatisfecho el grupo de Enfermería. Sería conveniente para intentar disminuir la tasa de demandas de cambios de puesto de trabajo incrementar los factores motivadores en los trabajadores (motivación intrínseca).

Palabras clave: valoración puesto, trabajador, satisfacción, patología, motivación.

What is the work satisfaction of the workers who request the valuation of workplace for health?

Abstract

Introduction. The Workplace Valuation (VPT) is a mechanism through which the worker can request that his work position and his aptitude for it be valued.

One of the theories that has most influenced the area of job satisfaction is the one formulated by Herzber (*Theory of the Two Factors*).

The objectives of this study are: Measure the job satisfaction of workers who have requested VPT for health reasons in

a third level hospital and to determine the pathologies, professional categories and aptitude results of workers who have requested VPT due to health reasons.

Material and methods. A retrospective cross-sectional descriptive study was carried out. The study sample is the workers who have requested VPT in the period of 1 year. Work satisfaction was assessed with a validated survey: General Satisfaction Scale.

Results. The most prevalent pathology by which workers

ARTÍCULO ORIGINAL

request Workplace Valuation was the musculoskeletal with 74.5%.

In the General scale, 43.7% is Moderately Satisfied, followed by 32.7% that is Satisfied.

Conclusions. In other similar studies that have used the same scale to evaluate different positions and companies, the results obtained have been much lower than at

present, since scores of Dissatisfied in all the fields have been obtained. The workers studied present a level of Moderate Satisfaction. The most satisfied are the group of TCAE (Technician in Auxiliary Nursing Cudi) and the most dissatisfied group of Nursing. It would be desirable to try to reduce the rate of job change demands to increase motivating factors in workers (intrinsic motivation).

Keywords: post, worker, satisfaction, pathology, motivation.

INTRODUCCIÓN

La Valoración de Puesto de Trabajo (VPT), constituye un derecho mediante el cual el trabajador puede solicitar al Servicio de Prevención de su servicio de Salud, que se valore, desde el punto de vista técnico y sanitario, su puesto de trabajo y su aptitud para el mismo en relación a su estado de salud.

En la Comunidad de Castilla y León, la normativa que regula dicho derecho es el Decreto 56/2014, de 6 de noviembre, que establece en el capítulo V del Título III el procedimiento de valoración del puesto de trabajo por causa de salud del trabajador, desarrollado mediante la presente orden (Orden SAN/1037/2014)¹.

El procedimiento se inicia con una instancia del interesado (Anexo I), la cual se entrega por Registro, junto esta solicitud se podrán adjuntar todas las pruebas médicas que el interesado considere necesario.¹

El siguiente paso es que el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, cite al trabajador para realizar las valoraciones pertinentes.

El SPRL, una vez evaluados los riesgos del puesto de trabajo y valorado el estado de salud del interesado, deberá remitir a la Gerencia solicitante el correspondiente informe. El informe deberá acompañarse de la calificación de la aptitud para el desempeño del puesto de trabajo, conforme al modelo establecido en el Anexo II a la presente orden, y en el que deberá reflejarse alguna de las siguientes calificaciones y, en su caso, las medidas a adoptar y el plazo de revisión: Apto, apto con limitaciones, no apto de forma temporal y no apto de forma definitiva.¹

Son los Gerentes los que dictan la resolución sobre la valoración del puesto de trabajo cuando el trabajador sea apto o apto con limitaciones y se decida la adaptación del puesto o el cambio de puesto dentro de la misma Gerencia. La resolución contendrá la aptitud del trabajador para el desempeño de su trabajo habitual, las medidas a adoptar, en su caso, y el plazo de revisión.¹

de solicitud de Valoración de Puesto de trabajo en los trabajadores de Hospital, por lo que puede ser un dato llamativo analizar si la solicitud para valorar dicho puesto es estrictamente un motivo de salud o hay una relación con la satisfacción en ese puesto de trabajo. En entrevistas mantenidas al azar con diversos trabajadores referían una mala situación en su puesto de trabajo tanto por motivos de salud como por el ambiente laboral, de tal forma que ambos motivos se influían mutuamente.

La Satisfacción laboral está relacionada con el clima organizacional de la empresa y con el desempeño laboral, y se suele definir como un estado emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del trabajador.²

Esta satisfacción en el ámbito laboral, puesto que determina el grado de bienestar que una persona experimenta en su puesto de trabajo, se ha convertido en un tema importante en la investigación, dado que es un eje central de la calidad en el trabajo.²



Otra definición de satisfacción laboral es la actitud o conjunto de actitudes desarrolladas por la persona hacia su situación de trabajo



Otra definición de satisfacción laboral es la actitud o conjunto de actitudes desarrolladas por la persona hacia su situación de trabajo, actitudes que pueden ir referidas hacia el trabajo en general o hacia facetas específicas del mismo.²

En definitiva, que las circunstancias personales por un lado, y las características del propio trabajo por otro, condicionarán la respuesta afectiva de éste hacia diferentes aspectos del trabajo.³

En la actualidad se ha detectado un aumento considerable

La satisfacción laboral ha sido estudiada en relación con

ARTÍCULO ORIGINAL

diferentes variables en un intento de encontrar relaciones entre ellas. Diferentes estudios han hallado correlaciones positivas y significativas entre satisfacción laboral y buen estado de ánimo general, salud física y psíquica y conductas laborales como absentismo.³

Una de las teorías que más ha influido en el área de la satisfacción laboral es la formulada por Herzberg (1959), denominada *Teoría de los dos Factores o teoría Bifactorial de la satisfacción*.^{4, 5}

Este autor postuló la existencia de dos grupos o clases de aspectos laborales: un grupo de factores extrínsecos y otro de factores intrínsecos. El primer grupo está referido a las condiciones de trabajo en el sentido más amplio, tales como son el salario, las políticas de empresas, el entorno físico, la seguridad en el trabajo, etc., estos factores nunca aumentan la satisfacción laboral, solo la disminuyen si estas condiciones desaparecen. Por otro lado, los factores intrínsecos, son factores motivadores, que cuando están aumentan la satisfacción.^{6, 7, 8}

Los objetivos del presente estudio son:

- Medir el grado de satisfacción laboral de los trabajadores que han solicitado Valoración del Puesto de Trabajo por motivo de salud en un Hospital de tercer nivel.
- Determinar las patologías, categorías profesionales y resultados de aptitud de los trabajadores que han solicitado Valoración del Puesto de Trabajo por motivo de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio.

Se realizó un estudio descriptivo transversal retrospectivo. La muestra estuvo formada por los trabajadores que solicitaron Valoración del Puesto de Trabajo en el periodo comprendido entre el 1 de Mayo de 2015 a 1 de Mayo de 2016. El periodo de estudio y recogida de datos fueron los meses de Julio y Agosto de 2016.

Criterios de inclusión y variables.

Los criterios de inclusión para la muestra fueron: haber solicitado valoración del puesto de trabajo mediante el Anexo I, de la normativa vigente.

Los criterios de exclusión fueron: que el trabajador ya tuviese un cambio de puesto concedido en el momento del estudio, no aceptar formar parte del estudio.

Las variables del estudio son:

- Dependientes: satisfacción laboral.
- Independientes: edad, sexo, categoría profesional (Médico, Enfermera, TCAE, celador, cocina, otros), patología y criterio de aptitud.

El número de trabajadores que habían solicitado Valoración del Puesto de Trabajo en dicho año fue un total de 76, de los cuales se han excluido 21, bien porque ya se encontraban en un nuevo puesto de trabajo, porque el mismo trabajador había solicitado de forma repetida una nueva Valoración o porque que no han querido formar parte del estudio. De tal forma que la muestra final del estudio fue de 55 trabajadores.

Para determinar las patologías más prevalentes, así como las categorías profesionales y los demás datos relacionados con los resultados de las Valoraciones de Puestos de Trabajo se consultó la base de datos del SPRL del área de León, manteniendo la confidencialidad en los datos de los trabajadores.

Para valorar la satisfacción laboral del trabajador, se cumplimentó una encuesta validada: Escala General de Satisfacción (Overall Job Satisfaction), la cual fue desarrollada por Warr, Cook y Wall en 1979.³

Esta escala fue creada a partir de detectarse la necesidad de escalas cortas y robustas que pudieran ser fácilmente completadas por todo tipo de trabajador con independencia de su formación. A partir de varios estudios e investigaciones en Reino Unido, se conformó la escala con los quince ítems finales.³

La escala se sitúa en la línea de quienes establecen una dicotomía de factores y se diseñó para abordar tanto los aspectos intrínsecos como los extrínsecos de las condiciones de trabajo. Está formada por dos subescalas:

- Subescala de factores intrínsecos: aborda aspectos como el reconocimiento obtenido por el trabajo, responsabilidad, promoción, etc. Los ítems que valoran este aspecto son los números: 2, 4, 6, 8, 10, 12
- Subescala de factores extrínsecos: indaga sobre la satisfacción del trabajador con aspectos relativos a la organización del trabajo como el horario, la remuneración, las condiciones físicas del trabajo, etc. Los ítems que miden estas características son los números: 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 y 15.

Es una escala breve, puesto que tiene las opciones de respuesta especificadas, la posibilidad de una sencilla

ARTÍCULO ORIGINAL

asignación de pesos numéricos a cada alternativa de respuesta y su vocabulario sencillo hacen de ella una escala de aplicación sencilla, para la cual no es necesario administradores de la prueba especialmente cualificados.³

Con este tipo de cuestionario existe la posibilidad de mantener la confidencialidad, puesto que se repartió a las personas que había solicitado la valoración de puesto de trabajo en el periodo determinado, y la devolvieron al servicio de Prevención de Riesgos Laborales en sobre cerrado.

Por otro lado, se estableció una segunda vía de contacto, que fue la vía telefónica. Se configuró un listado, con los teléfonos de contacto, de forma aleatoria de la muestra, sin contemplar el nombre y se realizó la encuesta por esta vía.

Para preservar la confidencialidad se identificó a los trabajadores con un código que corresponde con el número de historia interna del Servicio de Prevención. A cada código se asoció el número de teléfono buscado previamente, y nunca el nombre del trabajador.

Las llamadas se hicieron de forma aleatoria y el investigador desconocía el nombre de la persona que estaba llamando.

Quienes cumplimentaron la escala indicaban, para cada uno de los quince ítems, su grado de satisfacción o insatisfacción, posicionándose en una escala de siete puntos: muy insatisfecho, insatisfecho, moderadamente insatisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho, moderadamente satisfecho, satisfecho, muy satisfecho.

En el momento de la corrección, esta escala permitió la obtención de tres puntuaciones, que se correspondían con la Satisfacción general, Satisfacción extrínseca y Satisfacción intrínseca.

La puntuación total se obtuvo de la suma de los posicionamientos del encuestado en cada uno de los quince ítems, asignando un valor de 1 a Muy insatisfecho y correlativamente hasta asignar un valor de 7 a Muy Satisfecho.

La puntuación total de la escala osciló entre 15 y 105, de manera que una mayor puntuación refleja una mayor satisfacción general.

Por otro lado, se corrigió de forma separada la escala intrínseca (entre 7 y 49 puntos) y extrínseca (entre 8 y 56 puntos).

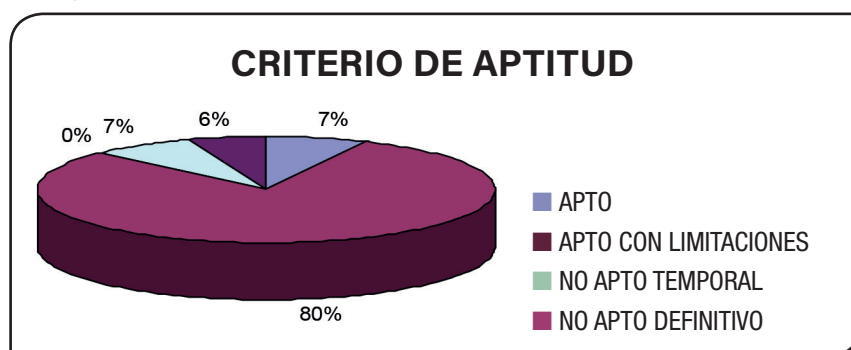
Para la lectura de las encuestas se obtuvo la puntuación total para la Satisfacción General (intrínseca y extrínseca), simplemente con la suma de todos los valores en cada caso. Par obtener el puesto de cada trabajador en un punto de satisfacción en concreto se repartieron las puntuaciones en 7 grupos de satisfacción en cada escala respectivamente. De tal forma que se pudo clasificar a cada trabajador en las tres escalas en una posición determinada de los 7 ítems de la encuesta.

RESULTADOS

La media de edad de la muestra fue de 53 años y el rango de edad fue de 34 a 63 años. La incidencia de solicitud de Valoración de Puesto de Trabajo por motivo de salud en el hospital de estudio es del 2,2%. La distribución de sexo en la muestra fue del 18, 2% hombres y 81,8% mujeres. En cuanto a las categorías profesionales las más prevalentes fueron la de Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) y Enfermería, con un 32,7% y 30,9% respectivamente. A continuación le siguen la categoría de Celador (10,9%), Personal de Cocina (9,1%) y otras (9,1%).

Por otro lado se valoró el criterio de aptitud emitido por el Médico del Trabajo que atendió a ese trabajador en relación con su puesto de trabajo y sus funciones, de tal forma que el 80% de la muestra fue "apta con limitaciones", con lo cual necesitaron adaptación de su puesto de trabajo. En torno a un 7 % eran "aptos" y un 7,3% "no apto temporal". El 5,5% fueron "no apto definitivo", lo que implica cambio de puesto de trabajo en la misma área o otra diferente si no había puesto compatible (Figura 1).

Figura 1. Criterio de aptitud obtenido en la Valoración Médica



La patología más prevalente por la que los trabajadores solicitaron Valoración del Puesto de Trabajo fue la musculoesquelética con un 74,5%. Tanto en hombres como en mujeres, la más prevalente fue también la músculo esquelética, con un 60% y 77,8% respectivamente. Los problemas psíquicos representaron el 9,1% y el 16,4% restante diferentes patologías o causas muy concretas que se agruparon bajo la etiqueta de "otros".

ARTÍCULO ORIGINAL

Figura 2. Prevalencia de patologías en la muestra

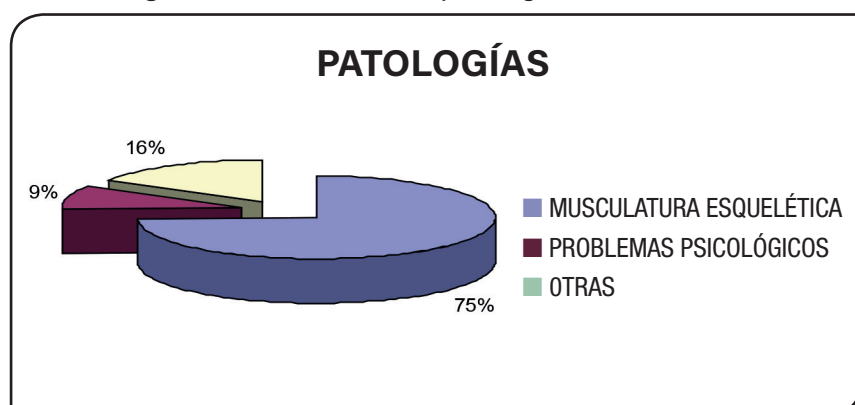


Tabla 1. Patología prevalente según el sexo

PATOLOGÍA PREVALENTE SEGÚN SEXO			
MUJERES		HOMBRES	
MUSCULO ESQUELÉTICA	77,80 %	MUSCULO ESQUELÉTICA	60 %
PROBLEMAS PSÍQUICOS	11,70 %	PROBLEMAS PSÍQUICOS	0 %
OTRAS	11,70 %	OTRAS	40 %

Tabla 2. Satisfacción laboral de la muestra en las tres subescalas

SATISFACCIÓN LABORAL DE LA MUESTRA (%)			
	ESCALA GENERAL	ESCALA INTRÍNSECA	ESCALA EXTRÍNSECA
INSATISFECHO	0	1,8	0
MODERADAMENTE ISATISFECHO	9	1,8	10,9
NI SATISFECHO NI INSATISFECHO	3,7	16,4	10,9
MODERADAMENTE SATISFECHO	43,7	52,7	40
SATISFECHO	32,7	20	32,7
MUY SATISFECHO	10,9	7,3	12,7

Tabla 3. Satisfacción en la escala general por categorías en la muestra total.

SATISFACCIÓN ESCALA GENERAL POR CATEGORÍAS SOBRE EL TOTAL DE LA MUESTRA (%)						
	TCAE	Celador	P. Cocina	Médico	Enfermero	Otros
MUY INSATISFECHO	0	0	0	0	0	0
INSATISFECHO	0	0	0	0	0	0
MODERADAMENTE INSATISFECHO	0	0	0	0	7,3	1,8
NI SATISFECHO NI INSATISFECHO	0	0	0	0	3,6	0
MODERADAMENTE SATISFECHO	16,4	7,3	1,8	5,5	9,1	3,6
SATISFECHO	10,9	3,6	5,5	1,8	7,3	3,6
MUY SATISFECHO	5,5	0	1,8	0	3,6	0

El grupo de las mujeres presentó un 11,7% de problemas psíquicos frente el nulo porcentaje en el grupo de los hombres (Figura 2 y Tabla 1).

Valorando la Satisfacción de la muestra en las tres escalas, se obtuvo que en la escala General el mayor porcentaje (43,7%) se encontró en *Moderadamente Satisfecho*, seguido del 32,7% que se encontró *Satisfecho*.

En la escala Intrínseca, el 52,7% de la población se encontró *Moderadamente Satisfecho*, dicho porcentaje disminuyó en la Escala Extrínseca a un 40%. En la escala Extrínseca destaca que el 10,9% estaban *Moderadamente Insatisfechos* (Tabla 2).

Relacionando la Satisfacción por categorías se obtuvo que la categoría profesional más *Satisfecha* fue la de TCAE (10,9%), seguida del Enfermero (7,3%), aunque esta última categoría obtuvo puntuaciones muy repartidas desde un 7,3% en *Moderadamente insatisfecho* hasta un 3,6% en *Muy Satisfecho*.

En el ítem de *Moderadamente Satisfecho*, la categoría que ha obtenido mayor puntuación fue de nuevo la de TCAE (16,4%) (Tabla 3).

Los sujetos de la muestra con patología musculoesquelética que demandaron cambio de puesto por motivos de salud puntuaron bajo en Satisfacción General (*Moderadamente satisfecho*), al igual que en la Escala Intrínseca. En la escala extrínseca la puntuación se inclinó más por *Satisfecho*.

ARTÍCULO ORIGINAL

Los sujetos con problemas psíquicos que demandaron cambio de puesto de trabajo por motivos de salud en la Escala de Satisfacción General puntuaron de forma repartida entre *Moderadamente Satisfecho* y *Satisfecho*. Dicho porcentaje disminuyó tanto en la Escala Intrínseca como Extrínseca que es más bajo (*Moderadamente Satisfecho*).

DISCUSIÓN

En diferentes revisiones bibliográficas encontramos trabajos donde se ha estudiado la relación entre el síndrome de Burnout y satisfacción laboral⁹, entre ansiedad y satisfacción laboral¹⁰, etc., pero hay pocos trabajos que relacionan la satisfacción laboral en los trabajadores que solicitan adaptación/cambio de puesto de trabajo por motivos de salud.

En este trabajo se ha querido reflejar la prevalencia de solicitudes de valoración de puesto de trabajo así como las características principales de los trabajadores que solicitan la misma. Con los datos obtenidos se valoró si estos trabajadores estaban satisfechos tanto a nivel intrínseco (factores motivadores) como a nivel extrínseco (factores higiénicos) en su puesto de trabajo actual. De esta forma se pretendía estudiar si el motivo de problema de salud atañe exclusivamente a un cambio concreto en el puesto de trabajo o repercute en la satisfacción del trabajador en su puesto.

En otros estudios similares que ha usado la misma escala para valorar diferentes puestos y empresas, los resultados obtenidos han sido mucho más inferiores al presente, puesto que se han obtenido puntuaciones de Insatisfecho en todos los campos ¹¹.

Con estos resultados obtenemos diferencias curiosas frente otros estudios en los que la vía extrínseca era peor puntuada, es decir se apoyaba la teoría de Herberg.¹²

En este caso los datos no son excesivamente diferentes pero sí se ha puntuado ligeramente más baja la vía extrínseca. Para hacer conclusiones más certeras, habría que hacer una comparación con el resto de trabajadores del Complejo Asistencial para valorar si es insatisfacción intrínseca está motivada solo por razones de salud.

Como en otras investigaciones, este estudio confirma que las mujeres tienden a presentar más sintomatología de tipo ansiedad, estrés y quejas psicósomáticas diversas.¹³

Tabla 4. Satisfacción en la Escala General según grupo de patologías

SATISFACCIÓN ESCALA GENERAL POR PATOLOGÍAS (%)			
	MUSCULO ESQUELÉTICA	P. PSIQUICO	OTRAS
MUY INSATISFECHO	0	0	0
INSATISFECHO	0	0	0
MODERADAMENTE ISATISFECHO	12,2	0	0
NI SATISFECHO NI INSATISFECHO	2,4	20	0
MODERADAMENTE SATISFECHO	48,9	40	22,2
SATISFECHO	29,3	40	44,5
MUY SATISFECHO	7,2	0	33,3

Limitaciones el estudio.

El número de trabajadores que solicitaron VPT es inferior al que en un principio se estimó, y el número final al que se le ha realizado la encuesta fue inferior a la muestra inicial, ya que se ha reducido al tener en cuenta los criterios de exclusión. Para extrapolar resultados el periodo de recogida de datos debería ser mayor para obtener un número de participantes más numeroso. Otra de las limitaciones, es que aunque la metodología permite alcanzar los objetivos principales, sería necesario un diseño más estricto y establecer un posterior contraste de hipótesis, así como una base de datos específica par la recogida de datos.

Conclusiones

Como conclusión, en cuanto a resultados puede decirse que los trabajadores estudiados presentan un nivel de *Satisfacción Moderada*. Atendiendo a categoría profesional el grupo *más satisfecho* es el de TCAE y el *más insatisfecho* el de Enfermería.

“ la patología musculoesquelética, es la que presenta mayor tasa de insatisfacción sobretodo en la vía intrínseca ”

En cuanto a la patología musculoesquelética, es la que presenta mayor tasa de insatisfacción sobretodo en la vía intrínseca, es decir los trabajadores con dicha patología puntúan bajo en el reconocimiento por el trabajo bien hecho, el uso de las propias capacidades, posibilidades de

ARTÍCULO ORIGINAL

promocionar etc.

Por el contrario los trabajadores con problemas de tipo psíquico no alcanzan puntuaciones tan bajas en ningunas de las dos vías, aunque se repite que la puntuación es un poco inferior en la vía intrínseca.

En la muestra general, sin tener en cuenta categorías profesionales ni patologías, los trabajadores puntúan inferior en la escala intrínseca, lo que demuestra que hay *insatisfacción laboral* en los factores motivadores.

Probablemente, aquellos trabajadores que la valoración del puesto no conlleva a una adecuada adaptación ni a un cambio del mismo, repercute en la satisfacción de forma interna.

Los resultados indican que los titulados superiores son los que menos solicitan el cambio o adaptación de puesto de trabajo (7.31%), frente al grupo de TCAE (32.7%), lo cual puede reflejar que a mayor nivel de estudios existe

más adaptación al puesto de trabajo o también podemos concluir que el grupo que solicita más Valoración del Puesto de trabajo presenta mayor prevalencia de patología musculoesquelética.

Sería conveniente para intentar disminuir la tasa de demandas de cambios de puesto de trabajo por motivos de salud, incrementar la participación de los directivos y trabajadores en la toma de decisiones operativas y de recursos humanos, lo cual probablemente ayudaría a incrementar los factores motivadores (motivación intrínseca).

Una forma sería establecer incentivos individuales, puesto que la satisfacción se ha descrito como la diferencia entre la cantidad de recompensas que reciben los trabajadores y la cantidad que piensan que deberían recibir.

Aquellos factores motivadores que hacen que un trabajador se sienta satisfecho son: reconocimiento por el trabajo bien hecho, condiciones laborales adecuadas, prestar atención a las sugerencias y buenos compañeros de trabajo.

REFERENCIAS

1. BOCYL N°238, del 11 de Diciembre de 2014. ORDEN SAN/1037/2014, de 27 de noviembre, por la que se establece el procedimiento para la valoración del puesto de trabajo por causa de salud.
2. INSHtT. Satisfacción laboral: Escala General de satisfacción. NTP 394. Madrid; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2002
3. Cook, Wall y Warr. The Experience of Work. Academic Press, London, 1981.
4. Márquez M. Satisfacción laboral (Citado 15 de Julio de 2016). Disponible en: <http://www.monografías.com/trabajo6/moti/moti.html>
5. Boada J, Tous J. Escalas de satisfacción laboral: una perspectiva dimensional. Rev. Psic Univ Terrac 1993; 15(2): 151-166.
6. Fría MR. Estudio de satisfacción del profesorado en la Universidad Pública Española. Rev Met CCSS.2006;11:175-204.
7. Martínez CA. Estrés laboral y trastornos musculoesqueléticos (I). Gestión práctica de riesgos laborales: Integración y desarrollo de la gestión de la prevención.2009; 61: 38-46.
8. Bravo MJ, Peiró JM, Rodríguez I. Satisfacción laboral. Tratado de Psicología del Trabajo, Volumen I. Madrid: Síntesis Psicología;2002
9. García M. Burnout en los profesionales de enfermería en centros hospitalario. Psico Trab Org. 1991; 7(18): 3-12
10. Ramos J, Torres MC. Evaluación de la satisfacción laboral e índices de ansiedad en trabajadores de la Administración Pública. Cien Psic. 1999; 6:69-80
11. Mansilla F, García JC, Gamero C, Congosto A. Influencia de la insatisfacción laboral en las demandas de cambio de puesto de trabajo por motivos de salud. Med Segur Trab.2010;56(219):147-157.

ARTÍCULO ORIGINAL

Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario: un estudio descriptivo

Autor:
Salillas R.

Autor de correspondencia:
D^a Raquel Salillas Guillén
rsali11@msn.com

Recibido: 4-04-2017

Trazabilidad editorial
Revisado: 08-05-2017

Aceptado: 12-05-2017

Citar como:

Salillas R. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario: un estudio descriptivo. Revista Enfermería del Trabajo. 2017. 7; 3: 65-69

Resumen

Objetivo. Analizar la prevalencia y la distribución de Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería.

Metodología. Estudio transversal analizando las encuestas "Maslach Burnout Inventory". La muestra objeto de estudio ha sido constituida por 72 profesionales de enfermería que forman parte de la plantilla de los servicios de materno-infantil, urgencias, psiquiatría y cirugía. Las variables estudiadas tratan datos sociodemográficos y relativos al Síndrome de Burnout en el Hospital San Jorge de Huesca durante el año 2016.

Resultados. De los 72 participantes estudiados el 84,7% eran mujeres, distribuidos en cuatro servicios diferentes: urgencias (23,6%), materno-infantil (29,2%), cirugía digestiva (29,2%) y psiquiatría (18,1%). Considerando

el Síndrome de Burnout en su conjunto, el 15,3% de los encuestados lo presentaron. Si desglosamos las dimensiones del síndrome, respecto al cansancio emocional, el 83,3% presentó niveles bajos. El 45,8% presentó niveles bajos de despersonalización. En cuanto a la realización personal, se observó un 23,6% con niveles bajos. El servicio que presentó mayores niveles del síndrome fue el de psiquiatría con un 46,2% del servicio. Presentaron el 100% del Síndrome de Burnout los profesionales con una experiencia laboral alta.

Conclusiones. La muestra presentó niveles bajos de Síndrome de Burnout. Se encontraron mayores niveles del síndrome en el servicio de psiquiatría y en profesionales con una experiencia laboral alta.

Palabras clave: Burnout profesional, enfermería, estrés emocional, hospitales, satisfacción en el trabajo.

Burnout Syndrome in nursing professionals in the hospital setting: a descriptive study

Abstract

Objective. To analyse the prevalence and the distribution of the Burnout Syndrome among the nursing professionals.

Methods. It is about a transversal descriptive study by the surveys 'Maslach Burnout Inventory'. The sample to study is formed by 72 nursing professionals that are part of the personnel of the following departments: maternal-infant care, emergency department, psychiatry, and surgery. The variables studied are about sociodemographic data and related to the Burnout Syndrome.

Results. 84.7% of the cases studied were women. They were distributed in four different departments with the following percentages of the total sample: emergency department (23.6%), maternal-infant care (29.2%), surgery (29.2%), and psychiatry (18.1%). Considering the Burnout

Syndrome, a 15.3% of the respondents show levels. If we itemize the dimensions of the syndrome, regarding emotional exhaustion, 83.3% showed low levels. A 45.8% showed low levels of depersonalization. In regard to personal fulfillment, it was observed that a 23.6% had low levels. The psychiatry department was the one which showed higher levels of the syndrome with a 46.2%. The professionals who showed a 100% of the Burnout Syndrome had a long work experience.

Conclusions. The sample showed low levels of the Burnout Syndrome. The sample of the study showed higher levels of the syndrome in the psychiatry department, both with a long work experience.

Key words: Professional Burnout, nursing, emotional stress, hospitals, job satisfaction.

ARTÍCULO ORIGINAL

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Burnout es un síndrome psicológico que se presenta en respuesta a estresores crónicos presentes en el trabajo. Aparece en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, primordialmente cuando esta relación es de ayuda como es el caso de docentes, terapeutas, psicólogos, trabajadores sociales, estudiantes, amas de casa, médicos y enfermeras¹. Quien lo presenta manifiesta actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado².

“ El síndrome clínico de Burnout, se considera equivalente al de desgaste profesional o al de profesional quemado, exhausto o sobrecargado ”

El síndrome clínico de Burnout, que se considera equivalente al de desgaste profesional o al de profesional quemado, exhausto o sobrecargado³, fue descrito por primera vez en 1974 por el psiquiatra norteamericano Herbert Freudenberger que lo definió como “un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”⁴.

Sin embargo, Maslach y Jackson son las autoras que han desarrollado con mayor profundidad este concepto. No fue hasta el año 1977 cuando el término fue acuñado por Maslach en un reunión científica de la Asociación Americana de Psicólogos (APA) para referirse a una situación que sufrían con periodicidad aquellas personas que en razón de su profesión mantenían una relación directa y prolongada con la gente y que después de un periodo de tiempo inestable terminaban por sufrir un importante desgaste profesional. Las dos autoras definen el Burnout como “un síndrome que consta de tres dimensiones que son: el cansancio emocional (CE), la despersonalización (DP) y la falta de realización personal (FRP), que puede darse entre individuos que de alguna manera trabajan con personas”^{5, 6}.

Dicho síndrome ha suscitado gran interés en los colectivos profesionales por el costo interpersonal, de salud, social y económico que genera al individuo, en particular, y a la sociedad en general. Es considerado un problema social y de salud pública, debido a que “es un trastorno adaptativo crónico que daña la calidad de vida del profesional,

generando aumento de costos económicos y sociales”⁷. De primordial interés para cualquier organización debería ser la mala calidad del trabajo que un empleado que sufre Burnout puede producir. Cuando los empleados cambian su desempeño, estándares mínimos de trabajo y mínima calidad de producción en vez de desempeñarse al máximo, cometen más errores, son menos minuciosos y tienen menos reactividad para resolver problemas⁸.

A través de la revisión bibliográfica se ha detectado la existencia de diferentes niveles de cansancio emocional, despersonalización y realización personal dependiendo del servicio en el cual se trabaja. Los estudios muestran que existe un alto nivel de estrés percibido por los profesionales de enfermería en el entorno laboral⁹, que existe un porcentaje mayor de Burnout en la atención especializada que en la primaria. Se estima que en el territorio español existe un Burnout entre el 18-33% que va en aumento a causa de los elevados ratios enfermera-paciente, construcción de hospitales cada vez más grandes y trabajar en unidades de hospitalización¹⁰. Sin embargo, entre los aspectos epidemiológicos del síndrome descritos en la literatura no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores¹¹.

El objetivo principal del estudio es analizar la prevalencia y la distribución de Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería pertenecientes al Hospital San Jorge (HSJ) de Huesca en el año 2016. Como objetivos secundarios, se pretende determinar la posible asociación del síndrome con alguna variable sociodemográfica o laboral, comparar el grado de Burnout entre profesionales enfermeros de diferentes servicios que integran el hospital y determinar el grado de cansancio emocional y despersonalización que experimentan dichos profesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño. Población y muestra.

Se trata de un estudio epidemiológico transversal para determinar la prevalencia y distribución del síndrome de Burnout en profesionales de enfermería pertenecientes al hospital San Jorge de Huesca (HSJ) en el año 2016.

La población objeto de estudio es de 96 profesionales que forman parte de los servicios de materno-infantil, urgencias, psiquiatría y cirugía del hospital. Se ha tomado como criterio de inclusión ser profesional de enfermería y estar activo laboralmente en el momento que se realizó el estudio.

Variables e instrumentos de medición.

El registro primario se constituyó mediante las encuestas autoadministradas Maslach Burnout Inventory que tienen una alta consistencia interna (0,8) y una fiabilidad de 0,9 para el agotamiento emocional, 0,7 para la realización personal y 0,8 para la despersonalización (12).

En cuanto al apartado sociodemográfico, se obtuvieron otras variables indispensables para este estudio, a partir de

ARTÍCULO ORIGINAL

un cuestionario de elaboración propia, como son: género, edad, servicio en el que se trabaja, tiempo de experiencia total como enfermera, tiempo de experiencia como enfermera en el Hospital San Jorge y tiempo de experiencia como enfermera en dicho servicio.

Análisis estadístico.

Los datos fueron tabulados en una base de datos Excel 2010 y el análisis estadístico se realizó con el paquete informático SPSS Statistics 23 para Windows. En primer lugar, se hizo una estadística descriptiva de todas y cada una de las variables que aparecen en el estudio. Las variables cuantitativas se transformaron en variables cualitativas. Para establecer relaciones entre las variables cualitativas dependientes e independientes se realizó un análisis bivalente mediante el estadístico chi cuadrado con la corrección de Fisher para valores esperados <5.

Aspectos éticos

Durante todo el proceso de investigación se han considerado los aspectos éticos fundamentales. Se solicitó el permiso por escrito al director de enfermería del Hospital San Jorge y el consentimiento informado a los participantes. Se ha respetado la declaración Mundial de Helsinki sobre investigación biomédica con seres humanos.

RESULTADOS

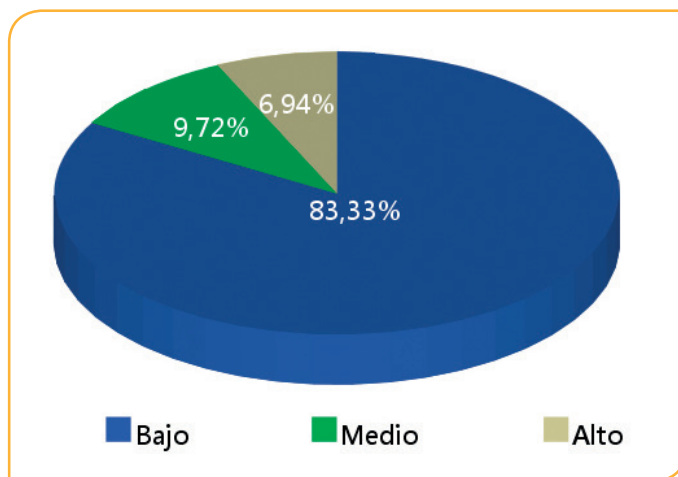
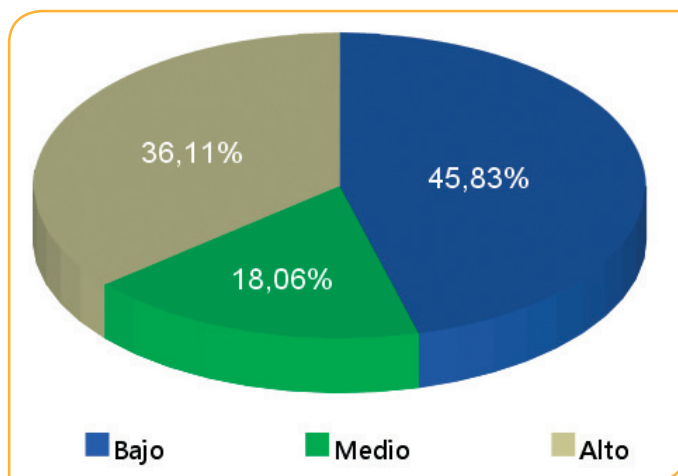
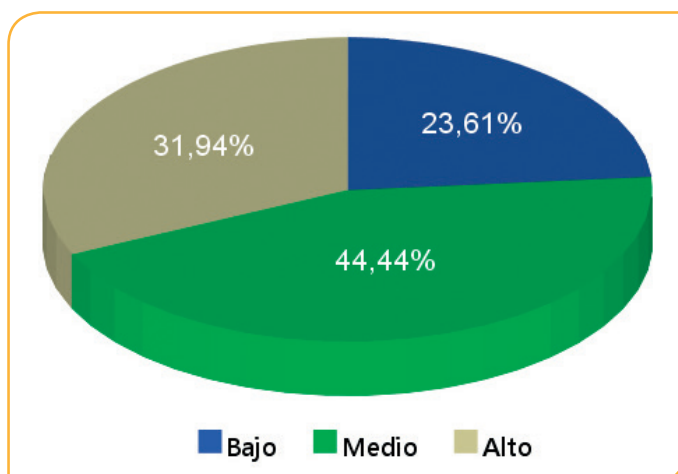
Se distribuyeron 96 cuestionarios de los que fueron devueltos correctamente contestados 72. El perfil de la muestra se trata en su mayoría de mujeres (84,7%). Se distribuyó la muestra en cuatro servicios diferentes con los siguientes porcentajes: urgencias (23,6%), materno-infantil (29,2%), cirugía (29,2%) y psiquiatría (18,1%). La media de edad de los participantes fue de unos 35,5 (8,7) años. La muestra tuvo una media de 12,8 (8,6) años en experiencia laboral como profesionales enfermeros, una media de 7,6 (6,9) años como enfermeros en el Hospital San Jorge de Huesca y una media de 3,6 (4,9) años de experiencia en el servicio en el que trabajan actualmente.

Considerando el Síndrome de Burnout en su conjunto el 15,3% de todos los encuestados distribuidos en los diferentes servicios lo presentaban, en contra del 84,7%. Si desglosamos las dimensiones del Síndrome de Burnout del total de los encuestados podemos observar que el cansancio emocional presentó una mayoría del 83,3% de niveles bajos (Figura 1). En cuanto a la distribución de la muestra por niveles de despersonalización se pudo comprobar que el 45,8% de los participantes presentaron niveles bajos (Figura 2º). En función de la realización personal, como aparece en la Figura 3, se observó que una mayoría del 44,4% presentó niveles medios de realización personal.

Al realizar el test de X² se encontraron diferencias significativas entre las variables del síndrome y el servicio en el que se trabaja ($p < 0,05$). Como se puede observar en la Figura 4, el servicio que presentó mayores niveles del

síndrome fue el de psiquiatría con un 46,1% de prevalencia.

La experiencia se dividió en baja (0-5,9 años), en media (6-9,9 años) y en alta a partir de los 10 años trabajados. Al relacionar la experiencia total como enfermera con el Síndrome de Burnout se pudo observar que la presencia del síndrome la encontramos en la parte de la muestra que

Figura 1**Figura 2****Figura 3**

ARTÍCULO ORIGINAL

Figura 4

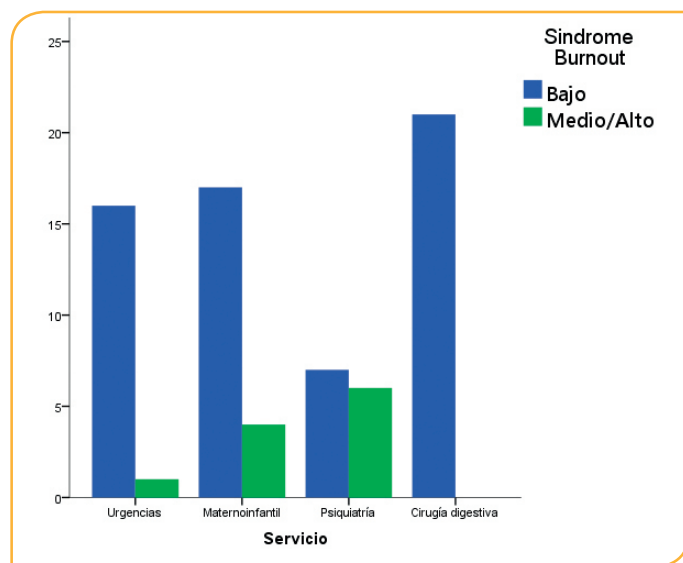


Figura 5

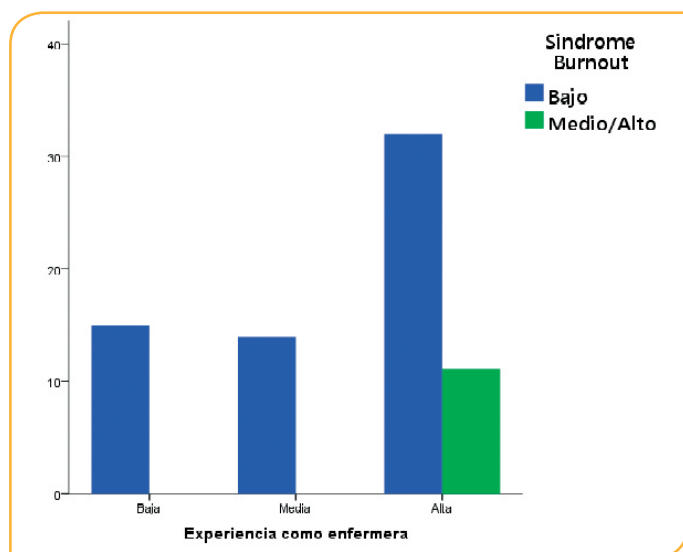
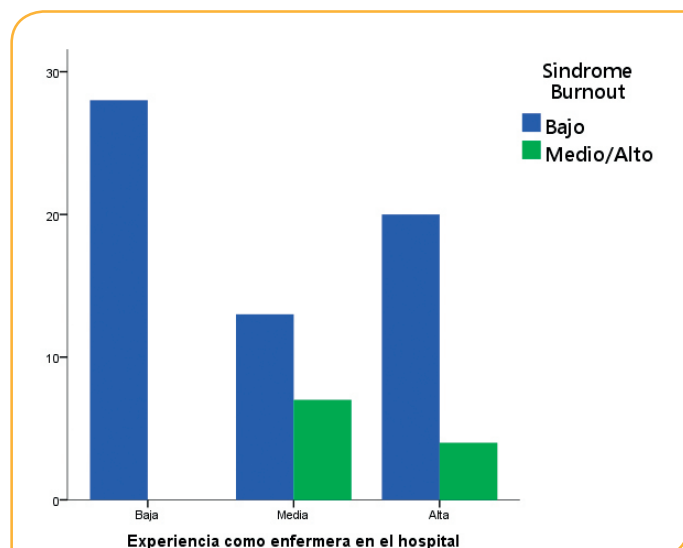


Figura 6



tiene una experiencia laboral alta (Figura 5). Al realizar el test de X2 se concluyó que existe una relación significativa ($p < 0,05$) entre los años totales de experiencia laboral y el síndrome de Burnout.

Se puede comprobar observando la Figura 6, que las personas con una media y alta experiencia laboral en el Hospital San Jorge son las que presentaron un porcentaje mayor del síndrome. Siendo las que tienen una experiencia media en dicho hospital las que más Síndrome de Burnout presentaron. El 35% de los profesionales con una experiencia media y el 16,7% con una experiencia alta presentaron niveles del síndrome ($p < 0,05$).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos amplían el conocimiento previo sobre el nivel de Burnout en el ámbito hospitalario. Cabe mencionar que entre los aspectos epidemiológicos y sociodemográficos del Síndrome de Burnout descritos en la literatura no pareció existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores⁷⁻¹¹.

Los resultados indicaron una prevalencia baja del síndrome si los comparamos con otros artículos^{6, 10, 13, 14} que nos hablan de que en el territorio español existen unos niveles de Burnout altos, aproximadamente entre el 18% y 33%.

En cuanto a las tres dimensiones del síndrome, al comparar los resultados obtenidos con los resultados de otros estudios realizados anteriormente en el ámbito sanitario del territorio español se podría añadir que nuestra muestra presentó niveles bajos de cansancio emocional y niveles altos de realización personal y despersonalización^{14, 4, 6}. De Las Cuevas¹⁵ informó de un 27,6% de la puntuación elevada en la escala de cansancio emocional y de un 30,1% en despersonalización. Respecto a las posibles causas de estos niveles de despersonalización en los resultados obtenidos podrían estar favorecidos por el consecuente aumento de la demanda sanitaria en los hospitales que hace que los profesionales se vean desbordados.

En el estudio realizado sí que se han encontrado diferencias significativas entre el síndrome y el área clínica en la que se trabaja al igual que ocurre en otros estudios^{1, 4, 9, 11, 14}. Los resultados han mostrado que los profesionales que trabajan en el área de la psiquiatría presentaron un 46,1%, en materno-infantil un 19%, en urgencias un 5,9% y en cirugía un 0% de prevalencia del síndrome. Estas diferencias podrían hacer pensar en las diferencias propias que presenta cada servicio. Sería necesario abrir nuevas líneas de investigación sobre el porqué de estas diferencias y estudiar otras variables como podrían ser las características propias de cada servicio (como pueden ser los ratios enfermera-paciente, el número de pacientes o profesionales, los sistemas de comunicación entre profesionales, la complejidad del trabajo, la carga laboral, la turnicidad y el salario).

En cuanto a la experiencia laboral expresada en años trabajados, que también se podría relacionar con la

ARTÍCULO ORIGINAL

edad de los profesionales, se han encontrado diferencias significativas entre el Síndrome de Burnout y la experiencia laboral total como enfermera y la experiencia laboral como enfermera dentro del hospital. Moreno y Peñacoba¹¹ sostienen que aunque la edad no parece influir en la aparición del síndrome, se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable, siendo éstos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana. En cambio, nuestros resultados fueron que la presencia del síndrome pertenece a la parte de la muestra que tiene una experiencia laboral total alta y una experiencia media en dicho hospital. Sin embargo, no se han extraído resultados significativos entre el síndrome y la experiencia

laboral dentro de los servicios donde los profesionales se encontraban trabajando en el momento del estudio. Otros autores indican una relación positiva con el síndrome manifestado en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de diez años de experiencia, como los momentos en los que se produce un nivel de asociación con el síndrome. Naisberg y Fenning¹¹ identifican una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes.

En los resultados obtenidos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el sexo, la edad y la experiencia laboral dentro del servicio en el que se trabaja respecto al Síndrome de Burnout.

REFERENCIAS

1. Gómez L, Estrella D. Síndrome de Burnout: una revisión breve. *Ciencia y humanismo en la salud*. 2015; 2 (3): 116-122.
2. Martínez A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*. 2010; 112.
3. De las Cuevas C, González JL, De la Fuente JA, Alviani M, Ruiz A. Burnout y reactividad al estrés. *Rev. Med. Univ. Navarra*. 1997; 41:10-18.
4. Caballero M, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud. *Atención Primaria*. 2001; 27(5): 313-317.
5. Schaufeli W, Leiter M, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice *Career Development International*. 2009; 14(3): 204-20.
6. Fernandez A. Calidad de vida profesional y percepción de la salud de los profesores universitarios de las facultades/escuelas de enfermería españolas (Doctorado). Universidad de Zaragoza; 2013.
7. Gil P. El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Una Enfermedad Laboral en la Sociedad del Bienestar. Madrid: Ediciones Pirámide. 2005.
8. Maslach C. Comprendiendo el Burnout. *Cienc Trab*. 2009 Abr-Jun; 11 (32):37-43.
9. Barrios S, Arechabala M, Valenzuela V. Relación entre carga laboral y Burnout en enfermeras de unidades de diálisis. *Enferm. Nefrol*. 2012; 15(1):46-55.
10. Gil P, Peiró JM. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra Multiocupacional. *Psicothema*. 1999; 11 (3):679-689.
11. Moreno B, Peñacoba C. El estrés asistencial en los servicios de salud. En: M. A. Simón (Ed). *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva. 1999.
12. Yegler MC, Díez T, Gómez JL, Carrasco B, Miralles T, Gómez JA. Identificación de los estresores laborales en el personal sanitario enfermero de una urgencia hospitalaria. *Enfermería de urgencias, Ciber Revista*. De la Sociedad Española de Enfermería de urgencias y emergencias. Oct 2003; 16.
13. Fernández MV, Zárate RA, Bautista L, Domínguez P, Ortega C, Cruz M, et al. Síndrome de Burnout y enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2012; 20(1):45-53.
14. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Rev. Esp. Salud Pública*. 1997 Mayo [citado 2017 Feb 17]; 71(3): 293-303. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000300008&lng=es.
15. De las Cuevas C. El desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución del síndrome de Burnout. Monografía. Lab Servier. Danval.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Mindfulness, prevención y control del síndrome de desgaste profesional en la enfermería española

Autores:

Gómez del Pulgar E., Meléndez-Moreno A.

Autor de correspondencia:

D^a Elena Gómez del Pulgar

helengp80@hotmail.com

Recibido: 28-03-2017

Trazabilidad editorial

Revisado: 11-05-2017

Aceptado: 12-06-2017

Citar como:

Gómez del Pulgar E, Meléndez-Moreno A. Mindfulness y control del síndrome de desgaste profesional en la enfermería española. Revista Enfermería del Trabajo. 2017. 7; 3: 70-75

Resumen

Introducción. El Síndrome de Desgaste Profesional se caracteriza por un aumento del cansancio emocional, un aumento de la despersonalización y una disminución de la realización personal. Afecta aproximadamente a un 40% de los profesionales de enfermería de España y genera un elevado coste a nivel organizativo.

Es, por estas razones, por las que a nivel de gestión hospitalaria se debería plantear soluciones eficaces para solventar y disminuir este síndrome, ya que influye en la calidad asistencial de los cuidados que se ofrece a los pacientes.

Métodos. Se ha realizado una revisión narrativa con búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos sanitarias y repositorios online. Se han empleado criterios

de exclusión e inclusión así como límites cronológicos e idiomáticos.

Resultados. Una de las terapias que está dando resultados muy positivos en otros países es el Mindfulness, también llamada terapia de atención plena. Su efecto positivo se ha comprobado tras aplicarlo durante 8 semanas, con un tratamiento de dos horas y media semanales, en profesionales de enfermería.

Conclusiones. Se ha demostrado que esta terapia disminuye el Síndrome de Desgaste Profesional, ya que reduce los niveles de estrés, ansiedad, despersonalización y favorece, entre otros aspectos, la comunicación con los pacientes, mejorando así los cuidados ofertados.

Palabras clave: Burnout, Mindfulness, enfermería, España, conciencia plena.

Mindfulness, prevention and control of the syndrome of professional in spanish nursing wear

Abstract

Intoduction. Wear professional syndrome is characterized by an increase in the emotional exhaustion, depersonalization increased and a decrease in personal fulfillment. It affects approximately 40% of nurses of Spain and generates a high cost at the organizational level.

It is for these reasons that at the level of the hospital management should consider effective solutions to solve and reduce this syndrome, as it influences the quality of care of the care offered to patients.

Methods. Therefore a narrative review with bibliographic research has been done in different health databases and repositories online. Criteria of exclusion and inclusion as

well as chronological and linguistic boundaries have been used.

Results. One of the therapies that is showing very positive results in other countries is the Mindfulness, also called mindfulness therapy. Its positive effect found after applying it for 8 weeks, with a two-hour treatment and average weekly, in nurses.

Conclusions. It has shown that this therapy decreases the wear professional syndrome, since it reduces levels of stress, anxiety, depersonalization, and favors, among other aspects, communication with patients, improving the care offered.

Keywords: Burnout, Mindfulness, nurse, Spain.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) se define como "la fatiga física y mental crónica o prolongada, producida en las personas ante la exposición continuada a una situación estresante"¹.

“ La etiología de este síndrome se produce por una exposición crónica del estrés laboral, a largo plazo ”

La etiología de este síndrome se produce por una exposición crónica del estrés laboral, a largo plazo. Este hecho puede derivar en consecuencias psicofísicas para el profesional de enfermería y, por tanto, producir una afectación social y organizativa². Es decir, es una respuesta extrema al estrés crónico generado en el entorno laboral. El estrés, de manera puntual, no supone ningún problema, incluso en determinadas circunstancias, puede resultar beneficioso. Sin embargo, cuando esto sucede de forma continua y prolongada y se produce junto a otros factores, se convierte en una patología nociva para la salud³.

El SDP se caracteriza por una sintomatología específica: agotamiento emocional, despersonalización o actitudes distantes con las personas o el trabajo a realizar, así como sentimiento de baja competencia personal^{4,5}.

Afecta tanto a nivel individual como sobre las organizaciones⁴, ya que aumenta el deterioro de la calidad asistencial, incrementando el absentismo laboral y provocando el abandono de la organización⁵, ya que son más frecuentes los errores, aumentan los conflictos, se produce una deshumanización de los cuidados que se ofrecen y disminuye la satisfacción de los pacientes/usuarios⁶, lo que favorece la despersonalización que sufren estos profesionales^{3,6,7}.

El SDP afecta a los tiempos de atención, aumentando el riesgo de consecuencias graves, como errores en la medicación, falta de reconocimiento de signos y síntomas que ponen en peligro la vida y otras cuestiones primordiales de seguridad del paciente⁷, por lo que las organizaciones sanitarias se enfrentan con una doble responsabilidad: la salud de sus trabajadores y la salud de los pacientes⁸.

Diversos factores estresantes que sufre diariamente el personal de enfermería, junto al SDP, afectan en su

conjunto y de manera directa a la calidad asistencial que los profesionales de este sector ofrecen.

Diferentes estudios sitúan la afectación de SDP en profesionales de enfermería entre el 3-30%⁶, siendo el valor más reconocido cercano al 43%⁷, lo que supone un alto porcentaje de profesionales de enfermería afectados.

Por estas razones, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece la necesidad de diagnosticar y prevenir el estrés laboral y el Síndrome de Desgaste Profesional. Está reconocida como enfermedad relacionada con el ámbito laboral y se sitúa entre las de mayor prevalencia dentro del ámbito laboral sanitario.

Varios estudios demuestran que cuando los profesionales trabajan con un clima positivo y se encuentran laboralmente satisfechos, la incidencia de SDP es menor, ya que el apoyo social actúa como factor protector frente al SDP⁸.

Además, las repercusiones negativas en la salud de los profesionales sanitarios, encargados del cuidado y bienestar de la población, inciden de manera directa sobre los usuarios⁸.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), afirma que las empresas que ayudan a sus empleados a hacer frente al estrés y reorganizan el ambiente de trabajo, en función de las aptitudes y aspiraciones humanas tienen más posibilidades de lograr ventajas competitivas^{3,9}.

La atención plena se define como el "propósito de centrar la atención en el momento presente, aceptándolo sin juzgar, enfatizando en las sensaciones que nuestro propio cuerpo nos produce, sin interferir ni valorar lo que se siente o se percibe en cada momento"¹⁰. Es un concepto



ARTÍCULO DE REVISIÓN

emergente en el cuidado de la salud, que tiene importantes implicaciones para el personal sanitario¹¹.

Es, por este hecho, que el objetivo principal de la investigación sería determinar la eficacia del Mindfulness para la reducción del SDP en profesionales de Enfermería en España.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión narrativa mediante una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos sanitarias (PubMed, Scielo, Medline, Psycodoc, Cinahl), en repositorios online (Dialnet, Biblioteca Cochrane Plus), en libros de consulta y en artículos libres disponibles en Google Académico.

Se consultaron diferentes organismos como el Instituto Nacional de Estadística, el Consejo General de Enfermería en España, Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales así como el Hospital Universitario la Paz.

Para la búsqueda bibliográfica se han utilizado diferentes descriptores (Anexo 1). Además, se emplearon criterios de inclusión y de exclusión de los diferentes artículos encontrados, para poder realizar una búsqueda más exhaustiva y precisa.

Los criterios de inclusión fueron que los estudios hicieran referencia al síndrome de desgaste profesional, profesionales de enfermería, supervisores de unidad de enfermería, estudios realizados en hospitales y que utilizaran el Mindfulness como terapia de prevención.

Por otro lado, los criterios de exclusión se establecieron en artículos sobre personal que no fuera de enfermería (médicos, profesores, estudiantes, etc.) y artículos acerca de revisiones narrativas realizadas sobre el síndrome de desgaste profesional.

La selección de las palabras clave para las diferentes búsquedas se hizo mediante un lenguaje controlado.

En la búsqueda en Google Académico se utilizó un lenguaje libre que aportó más de 600 artículos, de los cuales, aplicando los límites y los criterios establecidos, aportaron 10 artículos útiles.

En primer lugar, se realizó en diferentes medios, empleando distintas bases de datos, repositorios online, consultas e investigación en diferentes organismos, lectura de libros, etc. Las que más artículos aportaron para esta revisión bibliográfica han sido Pubmed y Cinhal.

En segundo lugar, debido al ruido documental encontrado, se utilizaron criterios de inclusión y de exclusión, así como distintos límites (tanto cronológicos e idiomáticos). También se limitaron las búsquedas a artículos disponibles en formato Free Full Text.

Los límites cronológicos se establecieron en diez años y los idiomáticos, en francés, inglés y castellano.

En tercer lugar, tras haber aplicado los criterios de inclusión y de exclusión, se realizó una lectura exhaustiva para evitar duplicidades y se procedió a extraer la información más relevante para el estudio.

RESULTADOS (Anexo 1)

Las terapias basadas en la atención plena demuestran, en base a bibliografía consultada, que son eficaces y que tienen unos resultados positivos en los profesionales de enfermería que las realizan¹².

Está descrito que estas terapias provocan una mejoría en el agotamiento de los enfermeros, en su relajación y en la satisfacción con su entorno⁹. Los programas de reducción de SDP basados en la atención plena evidencian su eficacia para reducir el estrés y mejorar la salud de los profesionales de enfermería. Disminuyendo a su vez los síntomas de agotamiento, y aumentando su relajación y satisfacción con la vida¹².

Tal y como se refleja en la bibliografía disponible, la terapia más efectiva y que mejores resultados proporciona, según diferentes estudios, es el Mindfulness. Es una terapia de atención plena en el momento presente que ayuda a los profesionales sanitarios a reducir el SDP y a prevenir la probabilidad de padecerlo⁹.

Además, se describen mejoras significativas en los síntomas de agotamiento, relajación y satisfacción con la vida⁹.



**La atención plena
resulta muy efectiva y
eficiente para ayudar
a los profesionales de
enfermería a manejar el
estrés**



La atención plena resulta muy efectiva y eficiente para

ARTÍCULO DE REVISIÓN

ANEXO 1

Base de datos	Descriptores	Total artículos	Útiles
Cinahl	burnout AND nursing AND Spain	54	4
	nursing burnout prevention AND mindfulness AND spain	10	2
	burnout AND mindfulness AND spain	1	1
	mindfulness AND prevention AND control AND burnout	53	9
PubMed	mindfulness AND prevention AND control AND burnout	39	7
	mindfulness AND prevention AND control AND burnout AND spain	1	1
	mindfulness AND nurs*	201	7

ayudar a los profesionales de enfermería a manejar el estrés, incluso cuando se interviene en un breve período de tiempo de 4 semanas⁹.

El uso de la atención plena es capaz de reducir y prevenir el SDP y también para generar actitudes positivas entre los profesionales de enfermería, fortaleciendo así las relaciones de proveedores de cuidados y pacientes y mejorar el bienestar de los profesionales¹².

El Mindfulness capacita a las personas para responder a las situaciones del día a día de forma consciente, en lugar de hacerlo de forma automática¹³. Podría ser una protección para el personal de enfermería contra el SDP, y económicamente rentable para los gestores, debido a los grandes costes e importantes problemas de gestión que el SDP genera en los profesionales¹⁴.

Dentro del mindfulness se encuentra el programa Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR). Un programa basado en la formación de la práctica contemplativa de la atención plena. Se realiza durante dos horas y media semanales por un periodo de ocho semanas¹⁴. Ha demostrado su eficacia en la reducción del estrés y en la mejora de la calidad de vida¹⁴. A parte de reducir el estrés, las intervenciones basadas en la atención plena pueden a su vez, aumentaron la capacidad de concentración y atención del personal de enfermería¹³.

Otros estudios demuestran que, tras la realización del programa, aumentó la empatía, autocompasión y serenidad

de los profesionales de enfermería, siendo elementos fundamentales en el cuidado del paciente^{15, 16, 17}.

Además, el MBSR parece que consigue disminuir el estrés, la depresión, la angustia y la ansiedad¹⁸. Del mismo modo, mejora la calidad de vida de las personas¹⁸, incluso con una aplicación del programa corto de MBSR (basado en 4 semanas) mejoraría el estrés percibido, pudiendo ser una herramienta muy valiosa para mejorar el bienestar de los profesionales de enfermería^{18, 19}.

Interviene en el bienestar del personal de enfermería, ya que la conciencia, el estado de calma interior y el entusiasmo que muestran los profesionales después de recibir el programa MBSR mejora, por lo que resultaría positivo para favorecer el rendimiento en el trabajo. Así mismo, aumenta la comunicación y la empatía con los compañeros y los pacientes, contribuye a analizar mejor las situaciones complejas y a controlar el estado emocional en situaciones de estrés¹⁹.

DISCUSIÓN

Dado que se conocen los factores desencadenantes del SDP en los profesionales de enfermería, resultaría interesante disponer de terapias eficaces y efectivas para reducir y prevenir este síndrome, aplicándolas mediante programas especiales dirigidos a los profesionales de enfermería para que puedan enfrentarse, de manera más efectiva al SDP y disminuir el absentismo laboral¹².

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Además, esta terapia se debería englobar dentro de una intervención útil y eficaz para las direcciones de enfermería de los centros hospitalarios españoles para reducir o prevenir el SDP ya que es muy importante la formación en técnicas de autocontrol y gestión del SDP que refuercen el optimismo y la autoestima de los profesionales de enfermería para que estos proporcionen una buena calidad de cuidados a los pacientes¹⁶.

De esta manera sería posible conseguir una mejora en la calidad de cuidados que la institución presta y se generarían condiciones protectoras en el ámbito laboral de manera continua^{8, 16}.

Por ello, se recomiendan como parte de la intervención los programas basados en Mindfulness, para la prevención y reducción del SDP, promocionando y favoreciendo actitudes positivas y logrando una mejora de la calidad de los cuidados enfermeros^{16, 18}.

Se debería proponer una intervención que sea de utilidad a las direcciones de enfermería de los centros hospitalarios, para poder reducir o evitar el SDP de sus profesionales de enfermería. De esta manera se podría conseguir una mejora de la calidad de cuidados que la institución presta^{3, 12, 14, 17, 1}.

A pesar de la información encontrada y de la importancia del SDP en el ámbito sanitario, los programas oficiales de formación continuada de los profesionales sanitarios en nuestro país no incluyen, por lo general, técnicas de reducción del SDP²⁰.

Se debe remarcar que, durante los últimos años, debido los resultados positivos que está dando, se imparten diferentes cursos de Mindfulness en distintos centros hospitalarios españoles. Esto demuestra, que cuidar "de los que cuidan" se está convirtiendo un reto para los diferentes centros, ya que a nivel organizativo y de gestión es más rentable impartir estas terapias que enfrentarse a los elevados costes que genera el SDP.

Los programas de atención plena, son por lo tanto, recomendados como una herramienta para disminuir el estrés y el SDP en los profesionales de enfermería.

Conclusiones

Los profesionales con SDP generan grandes costes e importantes problemas de gestión al sistema sanitario. Esto hace que sea necesario el diseño de estrategias por parte del mismo para lograr unas condiciones que protejan de este a los profesionales en el ámbito laboral.

Los programas de Mindfulness ayudarían a aumentar la conciencia plena y las respuestas positivas en las situaciones de estrés. Sería recomendable que los responsables de los centros sanitarios desarrollasen esta formación, para prevenir y tratar estas afecciones del personal de enfermería tan presentes en nuestro día a día.

Cada vez más se está considerando la aplicación de programas de REBAP (Reducción de Estrés Basado en la Atención Plena) como parte de un programa integral de promoción de la salud para la enfermería de hospitalización.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

REFERENCIAS

1. PRIDICAM. Diferencias entre "Síndrome de estar quemado o Burnout" y estrés laboral. SlideShare. 2013. Disponible en: <http://es.slideshare.net/PRIDICAM/infografia-bulling-bournout-28310603>.
2. Sánchez O. Diferencias entre el estrés y el síndrome de desgaste profesional o burnout. Laboral y Recursos Humanos. 2014. Disponible en: <http://laboralyrecursoshumanos.blogspot.com.es/2014/06/diferencias-entre-el-estres-y-el.html>
3. Torres C. Síndrome Burnout. Agenda Salud. 2001. Disponible en: http://www.satse.es/salud_laboral/sindrome_burnout.htm
4. Moreno-Jiménez B, González JL, Garrosa E. Desgaste profesional (burnout), personalidad y Salud percibida. Empleo, estrés y salud. 2001; 59-83.
5. Barrios MJ, Garzón C. Burnout en los profesionales de enfermería de salud mental. Reflexiones sobre el impacto del marco económico actual sobre este síndrome. Paraninfo Digital.2013; 19.
6. Botha E, Gwin T, Purpora C. The effectiveness of mindfulness based programs in reducing stress experienced by nurses in adult hospital settings: a systematic review of quantitative evidence protocol. JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports, 2015; 13(10):21-29.
7. Sanclemente I, Elboj C, Iñiguez T. Burnout en los profesionales de enfermería en España. Estado de la cuestión. Metas Enferm. 2015; 17 (10): 17-23.
8. Grazziano ES, Ferraz ER. Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. Enferm. Glob. [Revista en la Internet]. 2010 febrero [acceso el 5 de septiembre de 2013]; (18): Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412010000100020&lng=
9. Mackenzie CS, Poulin PA, Seidman-R C. A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. Appl Nurs Res. 2006; 19 (2): 105-109.
10. Portero S, Vaquero M. Desgaste profesional, estrés y satisfacción laboral del personal de enfermería en un hospital universitario. Rev Latino-Am.Enfermagem.2015; 23 (3): 543-52.
11. Vallejo MA. Mindfulness. Papeles de Psicólogo, 2006; 27(2): 92-99.
12. Zoe N, Robina PM. The contribution of mindfulness to predicting burnout in the workplace. Personality and Individual Differences, 2016; 89:123-128.
13. Cate RC, Azocar F, Kreitzer MJ. The Impact of an Innovative Mindfulness-Based Stress Reduction Program on the Health and Well-Being of Nurses Employed in a Corporate Setting. J Workplace Behav Health. 2013; 28(2): 107-133.
14. Kabat-Zinn J. Mindfulness para principiantes. Barcelona: Editorial Kairós. 2016.
15. de Vibe M et al. Mindfulness training for stress management: a randomised controlled study of medical and psychology students. BMC Med Educ. 2013; 13: 107.
16. Khoury B, Sharma M, Rush S, Fournier C. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. J.Psychosom Res. 2015; 78(6):519-28.
17. Erogul M et al. Abridged mindfulness intervention to support wellness in first-year medical students. Enseñar a Aprender Med. 2014; 26(4): 350-6. 32
18. Smith SA. Mindfulness-based stress reduction: an intervention to enhance the effectiveness of nurses' coping with work-related stress. Int J Nurs Conocimiento. 2014; 25(2): 119-30.
19. Asuero A, Rodríguez T, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Moix J. Efectividad de una atención plena programa de educación en profesionales de atención primaria: un ensayo controlado pragmático. Gac Sanit. 2013; 27(6): 521 - 528.

NUEVOS RETOS PROFESIONALES

La Enfermería en la Inspección de Servicios Sanitarios. Origen, evolución y rol de la Enfermería del Trabajo en la actualidad

Autor de correspondencia

Miras J A

Enfermero Subinspector de Servicios Sanitarios.

Especialista en Enfermería del Trabajo.

Inspección de Servicios Sanitarios de la Región de Murcia

juan.miras@carm.es

Origen de la Inspección de Servicios Sanitarios

La Ley 14 de diciembre de 1942, por la que se creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad (S.O.E.) dio origen a la Inspección de Servicios Sanitarios:

"Artículo cuarenta y cuatro.- La inspección de Servicios sanitarios será triple:

- a) La ejercida dentro de las instituciones que presten los servicios sanitarios con los facultativos que tengan a su cargo esta inspección.*
- b) La que el Instituto Nacional de Previsión organizará sobre éste como sobre todos los demás servicios del Seguro.*
- c) La que compete a los órganos oficiales de Sanidad"*

Un año después, mediante el Decreto de 11 de noviembre de 1943, y como norma complementaria para la ejecución de los propósitos de la Ley de creación del S.O.E., se publicó el "Reglamento del Seguro de Enfermedad" el cual dispuso que los inspectores de servicios sanitarios habían de poseer el título de Licenciado en Medicina y Cirugía y "encuadra" también en esa Inspección a inspectores farmacéuticos que habían de ser Licenciados en Farmacia.

Dicho Reglamento otorgaba una serie de facultades a los inspectores del Seguro, facultades que fueron ampliadas por disposiciones posteriores como las órdenes de 19 de febrero de 1946 y la de 3 de julio de 1947. Algunas de ellas eran:

- Declaración de hospitalización obligatoria.
- Certificación de lactancia a efectos de la prestación económica por maternidad.

- "Sometimiento" de todos los servicios médicos a la Inspección.
- Declaración y comprobación de la situación de incapacidad para el trabajo.
- Inspección de conciertos entre el I.N.P. y entidades privadas.
- "Coadyuvar" con el médico para que el enfermo cumpla las prescripciones de éste y proponer al Seguro la adopción de medidas profilácticas necesarias.
- Suspensión, cautelar, de empleo y sueldo al personal al servicio del Seguro.
- Designación del personal para la ocupación de plazas, concesión de permisos, fijación de honorarios, etc.

Además, a los acuerdos que adoptase la Inspección se les confería el carácter de ejecutivos, con posibilidad de recurso, pero que en la práctica confería a los inspectores disponer sobre los servicios sanitarios del Seguro sin estar sometidos a validación de órgano superior.

Ya en 1948, mediante Orden del Ministerio de Trabajo de 20 de enero de 1948, se aprobaba el Reglamento de Servicios Sanitarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad, a modo de compendio de derechos y obligaciones para personal al servicio del Seguro y que termina de perfilar las facultades de la Inspección en lo que a la organización y funcionamiento de los servicios sanitarios del Seguro se refiere. Queda regulado, por ejemplo, la concesión de vacaciones y permisos que dependerá de la aprobación de la Inspección, la asignación de facultativo a los asegurados, el cambio del mismo, la medicina preventiva, etc.

La Enfermería como auxiliar en la Inspección

Para tan vasto campo de actuación preveía el Reglamento del Seguro que la Inspección *"utilizará para el cumplimiento de su misión un Cuerpo de Visitadores"* cuya organización y funcionamiento habría de ser objeto de reglamentación especial. Once años después, en 1954, es aprobado el *"Reglamento del Cuerpo de Visitadores de la Inspección de Servicios Sanitarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad."*

Su artículo primero delimita su función y alcance: es un *"órgano auxiliar"* de la Inspección prestando sus servicios dentro de la misma. A los visitadores no se les calificó de inspección propiamente dicha como era entendida. Desarrollaban su función bajo la dependencia de los inspectores médicos de los que obtenían las indicaciones respecto de la orientación de la labor que tenían encomendada.

El ingreso al cuerpo era mediante concurso-oposición con posterior periodo de prácticas de seis meses. Entre las funciones asignadas destacaban las correspondientes a conocer las instrucciones facultativas que el enfermo recibía en ambulatorios y residencias y vigilar su cumplimiento a domicilio, así como visitar, por delegación, los centros sanitarios de entidades colaboradoras y concertados para despachar, posteriormente, con el inspector. Funciones, a todas luces, propias de inspección, pero carentes de valor por sí mismas si no eran encomendadas y posteriormente validadas por los inspectores.

No fue hasta 1978, con la creación del Cuerpo Sanitario del Instituto Nacional de Previsión (I.N.P.) mediante la Orden de 28 de abril que aprobaba su Estatuto de Personal, que los entonces ayudantes técnicos sanitarios compartieron lugar en el organigrama. El cuerpo sanitario se dividió en tres escalas, las correspondientes a la de Médicos Inspectores, la de Farmacéuticos Inspectores y la de A.T.S. Visitadores.

Poco después, el Real Decreto-Ley 36/1978 sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo extingue el I.N.P. creando el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) para la administración y gestión de los servicios sanitarios. La Inspección de Servicios Sanitarios queda encuadrada en la estructura del INSALUD con nivel orgánico de Subdirección (Real Decreto 1855/1979, de 30 de julio, por el que se regula la estructura y competencias del Instituto Nacional de la Salud) asumiendo las competencias de *"inspección del personal, centros y servicios sanitarios del Instituto, así como de los concertados o convenidos por el mismo para el cumplimiento de sus fines."*

Y pese a que desde 1977 la profesión enfermera recuperó su denominación de origen y se integró en la Universidad, en la Inspección se mantuvo el nombre de ATS Visitador hasta

1998, año en el que mediante Real Decreto 1427/1998, de 3 de julio, sobre denominación de los cuerpos y escalas de la Inspección Sanitaria de la Administración de la Seguridad Social cambia a *"Enfermero Subinspector"*.

Con el cambio de denominación y la consideración de Subinspectores parece que la Enfermería consigue dejar de lado definitivamente la designación de cuerpo auxiliar y pasar a desarrollar funciones propias en la Inspección de Servicios Sanitarios correspondiendo el prefijo "Sub" a clasificación por escala o grado (Grupo A-B, Licenciado-Diplomado de la época, etc.), pero el contenido de la posterior Circular 3/99 del INSALUD, por la que se regulaba la Organización y Funciones de la Inspección Sanitaria no parece reflejarlo.

En su apartado VII "Ejercicio de la función inspectora" distingue la labor de médicos/farmacéuticos y enfermeros:

"Los médicos y farmacéuticos realizarán las funciones inspectoras, ejerciendo de forma exclusiva aquellas que por disposición legal o titulación académica así esté establecido".

"Los enfermeros subinspectores en sus actuaciones y en el ámbito de sus competencias tendrán las funciones inspectoras de apoyo, gestión y colaboración con los inspectores médicos y farmacéuticos"

"Los enfermeros subinspectores en sus actuaciones y en el ámbito de sus competencias tendrán las funciones inspectoras de apoyo, gestión y colaboración con los inspectores médicos y farmacéuticos".

La redacción da a entender que, pese a estar integrados en la Inspección de Servicios Sanitarios, las actuaciones de los enfermeros no revisten carácter de función inspectora si dichas actuaciones no se producían como consecuencia del apoyo, gestión o colaboración con los inspectores.

Y con esa misma redacción fue modificado el artículo 124 del Decreto 2065/1974 por el que se aprobaba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad

NUEVOS RETOS PROFESIONALES



Social, mediante la Ley 55/1999 de Medidas fiscales, administrativas y del orden social:

"Los inspectores médicos y farmacéuticos del Cuerpo de Inspección Sanitaria de la Administración de la Seguridad Social tendrán la consideración de autoridad pública en el desempeño de tal función y recibirán de las autoridades y de sus agentes la colaboración y el auxilio que a aquélla se deben.

Los enfermeros subinspectores tendrán las funciones inspectoras de apoyo, gestión y colaboración con los inspectores médicos y farmacéuticos y en ejecución de las órdenes recibidas para el desempeño de sus cometidos tendrán la consideración de agentes de la autoridad".

Traspaso de competencias en sanidad

En 2002 culminó el proceso de traspaso de competencias en materia de asistencia sanitaria a las Comunidades Autónomas quedando el INSALUD disuelto. Las funciones en materia de inspección de servicios sanitarios quedaron completamente en manos de las Comunidades Autónomas siendo transferido, igualmente, el personal integrante de la Inspección que pasó a formar parte de las diferentes funciones públicas regionales.

La ausencia de normativa específica sobre las funciones y competencias de la Inspección de Servicios Sanitarios en las diferentes comunidades autónomas provocó que desarrollasen las mismas bajo el amparo de la normativa estatal. La desaparición del INSALUD (y sus circulares) hizo que diferentes Comunidades Autónomas considerasen necesario unificar y adaptar las organización y funciones de la Inspección a las peculiaridades de sus respectivos sistemas sanitarios regionales mediante la aprobación de

decretos a tal fin (como el caso de Extremadura, Murcia o Valencia) o la actualización de los previos (Andalucía o Galicia, por ejemplo).

Denominador común en ellos es que no recogen en su articulado, a la hora de referirse a las competencias inspectoras del enfermero en sus ámbitos territoriales, las conferidas a los mismos en la administración general de la seguridad social "funciones inspectoras de apoyo, gestión y colaboración con los inspectores médicos y farmacéuticos".

Parece evidente que, en el contexto de la enfermería del siglo XXI y con la aprobación de normas como el Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería y de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias que disponen que el ejercicio de la Enfermería se llevará a cabo con plena autonomía científica y técnica, no cabe la limitación a la función inspectora impuesta por la redacción del INSALUD.

En consonancia con lo anterior, las normas en materia de función pública que rigen el funcionamiento del personal al servicio de las administraciones públicas modernas impulsan el desarrollo profesional de sus trabajadores como parte fundamental en la búsqueda de la excelencia en el servicio al ciudadano.

La Enfermería del Trabajo en la Inspección. Desarrollo en la Región de Murcia.

En la Región de Murcia se trabaja en ese sentido. Con base

NUEVOS RETOS PROFESIONALES

en los Decretos 117/2002, de 27 de septiembre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Consumo y 15/2008, de 25 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, y fomentado por los diferentes órganos directivos con competencias en la materia se impulsa el desarrollo profesional de la enfermería en el campo de la inspección de servicios sanitarios.

Bajo la concepción de una metodología multidisciplinar que rige el trabajo en equipo de la Inspección de Servicios Sanitarios, el enfermero subinspector desarrolla sus funciones en diferentes campos de actuación. Algunos de esos ámbitos son:

- Elaboración de criterios y estándares para la acreditación de centros, servicios y establecimientos sanitarios y su posterior inspección.
- Inspección de centros y servicios sanitarios que tienen concierto con el Servicio Murciano de Salud.
- Emisión de informes para la concesión de autorización de funcionamiento de centros, establecimientos y servicios sanitarios y sus renovaciones.
- Participación en las auditorías docentes de centros sanitarios para la formación postgraduada.
- Visado de las recetas sometidas a visado de inspección.
- Participar en la evaluación de las reclamaciones interpuestas a los centros, servicios y establecimientos sanitarios.
- Llevar a cabo las investigaciones encomendadas por los órganos directivos en materia de asistencia sanitaria.

Existiendo otros donde la especialidad en Enfermería del Trabajo adquiere una especial trascendencia:

- Gestión y control en materia de incapacidades laborales. Detección y valoración de patologías de origen profesional, valoración enfermera de la capacidad laboral del trabajador.
- Interlocución entre facultativos del servicio público de salud, mutuas, INSS/ISM y empresas.
- Elaboración de los diferentes informes a los que alude el Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre,

por el que se regula la prestación de servicios sanitarios y de recuperación por las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social.

- Tramitación del informe preceptivo y vinculante sobre los aspectos sanitarios de los servicios de prevención ajenos (art. 31 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales).
- Control y seguimiento de los servicios de prevención de riesgos laborales ajenos en sus aspectos sanitarios.

E integrándose en ámbitos pioneros como el que desarrolla, en la Región de Murcia, la Unidad de Seguimiento de Enfermedades Profesionales (USSEP). La Región de Murcia ha impulsado la puesta en marcha del protocolo de actuaciones para la comunicación de diagnósticos de sospecha de enfermedades profesionales por parte de los facultativos del sistema sanitario público previsto por el artículo 5 del Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales de la Seguridad Social, configurándose como órgano competente para la canalización de las sospechas de enfermedad profesional la Inspección de Servicios Sanitarios a través de la USSEP. Esta unidad, creada en 2014 y compuesta por un médico inspector especialista en Medicina del Trabajo y un enfermero subinspector especialista en Enfermería del Trabajo, valoró durante 2015 un total 1755 sospechas de enfermedad profesional notificadas por los médicos de atención primaria. Como fruto de su trabajo, el año 2015 cerró con un aumento del 68,70% de enfermedades profesionales comunicadas respecto del 2014 situando a la Región de Murcia en primer lugar del país en lo que a variación interanual por comunidades autónomas se refiere.

Nuevos tiempos, nuevos retos

La Enfermería del siglo XXI avanza. Se consolidan roles como la coordinadora de enfermería en recursos materiales, la enfermería de práctica avanzada, la enfermera gestora de casos, etc.

La Enfermería tiene en la Inspección de Servicios Sanitarios, y más en concreto la Enfermería del Trabajo, un campo más donde desarrollarse profesionalmente brindando grandes oportunidades para el estudio e investigación en materias propias de nuestra competencia.

CASO CLÍNICO

El trabajador que sufre un trastorno de personalidad obsesiva en el trabajo. Caso práctico

Autor de correspondencia

Reyes JF¹, Rodríguez E², Ruíz M³

1. Enfermero UGC Salud Mental del Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

2. Enfermera UGC Salud Mental Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga Unidad de Salud Mental Comunitaria de Puerta Blanca. Especialista en Enfermería en Salud Mental.

3. Enfermera Residente de 2º año de la Especialidad de Enfermería en Salud Mental. UGC Salud Mental del Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga
reyesrevuelta@hotmail.com

Resumen

Los rasgos de la personalidad transgreden lo patológico cuando se establecen como patrones inflexibles y poco adaptativos, causando malestar y deterioro funcional del individuo en diferentes áreas y contextos. Es en este punto donde los rasgos de personalidad pasan a constituir los llamados trastornos de personalidad. Cuando un trastorno de personalidad se hace patente en el lugar de trabajo se ve afectada la calidad del mismo, así como la salud individual y colectiva de los trabajadores.

Se pretende, a través de un caso práctico ilustrativo, exponer el trastorno de personalidad obsesiva en el trabajo, revisando sus características, expresión en el lugar

de trabajo y señalando algunas de las líneas de abordaje e intervención por parte del Enfermero del Trabajo, utilizando para ello la terminología NOC y NIC.

Los Servicios de Salud Laboral y los Enfermeros del Trabajo en particular, al ser los referentes más próximos de salud en las empresas, a través de la vigilancia de la salud y de la observación de conflictos laborales, están en una situación de privilegio a la hora de detectar e intervenir en trabajadores que padecen trastornos de personalidad.

Palabras Clave: Salud Mental, Trastorno de la Personalidad, Enfermería del Trabajo.

Worker who suffer from an obsessive personality disorder. Case study

Abstract

Personality traits transgress the pathological when they establish as inflexible and not adaptive patterns, causing discomfort and functional deterioration of the individual in different areas and contexts. It is at this point that personality traits become the so-called personality disorders. When a personality disorder becomes evident in the workplace, the quality of the work is affected, as well as the individual and collective health of the workers.

It is intended, through an illustrative case study, to expose obsessive personality disorder at work, reviewing its

characteristics, expression in the workplace and pointing out some of the lines of approach and intervention by the Work Nurse, using NOC and NIC terminology.

Occupational Health Services and Occupational Health Nurses, being the closest referents of health in the companies, through the health surveillance and the observation of labor conflicts, are in a privileged situation to detect and intervene in workers suffering from personality disorders.

Key words: Mental Health, Personality disorder, Occupational Health Nurse.

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

¿Qué es la personalidad?

La personalidad se concibe como un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes; en última instancia comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse del individuo¹. Estas características del comportamiento se reúnen para describir los rasgos o tipos de personalidad. Para que estos rasgos sean clínicamente relevantes deben tener implicaciones para el funcionamiento del individuo.

¿Cuándo decimos que una personalidad está trastornada?

Es importante señalar que los rasgos de personalidad no constituyen un trastorno, sino que existen una serie de elementos que marcan el límite entre lo que es patológico y lo que no. Los rasgos de la personalidad transgreden lo patológico cuando se establecen como patrones inflexibles, poco adaptativos, causando malestar y deterioro funcional del individuo en diferentes áreas y contextos (personal, social, laboral y/o familiar). Es en este punto donde los rasgos de personalidad pasan a constituir los llamados trastornos de personalidad².

Si una personalidad se manifiesta o no como trastorno de la personalidad depende en gran medida de las circunstancias socioculturales. Una personalidad anómala que en una situación podría ser considerada una psicopatía criminal y ser propia de un prisionero convicto, en otra situación constituiría la fuerza que impulsa a un revolucionario político de gran éxito y relativamente creativo³.

Los individuos con trastornos de personalidad son altos consumidores de asistencia médica por sintomatología sin diagnóstico claro

Los individuos con trastornos de personalidad son altos consumidores de asistencia médica por sintomatología

sin diagnóstico claro, el trastorno converge en numerosas ocasiones con otros tipos de alteraciones psiquiátricas y media en complicaciones sociales. Se trata de personas de difícil manejo⁴.

¿Cómo se clasifican los trastornos de personalidad?

A menudo es tremendamente difícil encajar a las personas dentro de categorías arbitrarias de personalidad y todo lo relativo a la clasificación sigue siendo muy insatisfactorio. De acuerdo con lo planteado por el DSM-5⁵ los trastornos de personalidad se dividen en tres grupos o clústers: A, B y C.

En el grupo A se encuentran los trastornos de personalidad de tipo paranoide, esquizoide y esquizotípico, este grupo se destaca por la rareza y excentricidad de los rasgos de estas personas⁶.

En el grupo B, se incluyen las personalidades antisociales, límite, histriónicas y narcisistas. La principal característica de este grupo son sus rasgos anómalos de tipo dramático, emocional e indeterminado⁶.

El grupo C, se caracteriza por personalidades evasivas, dependientes y obsesivo-compulsivas. Los individuos que se encuentran en este grupo suelen mostrarse temerosos y angustiados⁶.

¿Qué supone un trabajador con un trastorno de personalidad en el trabajo?

Cuando un trastorno de personalidad se hace patente en el lugar de trabajo se ve afectada la calidad del mismo, así como la salud individual y colectiva de los trabajadores. Las personas con trastorno de personalidad ven afectadas la capacidad de funcionar de un modo autónomo y competente y conseguir las propias metas, así como la posibilidad de ajustarse de manera eficiente y flexible al medio laboral. En consecuencia, el trabajador con un trastorno de personalidad presentará alteraciones en la forma de percibir los acontecimientos externos, en la manera de interpretarse a sí mismo y a los demás, en los afectos, en las relaciones interpersonales y en el control de los impulsos. Con gran probabilidad, serán percibidos por sus compañeros como manipuladores, molestos, buscadores de atención, conflictivos, etc⁴.

Objetivo

A través de un caso práctico ilustrativo se pretende exponer el trastorno de personalidad obsesiva en el trabajo, revisando sus características, expresión en el lugar de trabajo y señalando algunas de las líneas de abordaje e intervención por parte del Enfermero del Trabajo.

CASO CLÍNICO



Presentación del caso práctico

M.S. es un varón de 31 años, soltero, sin hijos. Es responsable de sección de textil en un gran Centro Comercial. Empezó como reponedor y debido a ser muy concienzudo, disciplinado y metodoso, tras varios años de trabajo, fue ascendido.

A la consulta del Servicio de Salud Laboral acude un compañero de sección preocupado porque desde hace unos meses M.S. presenta un comportamiento anómalo que dificulta la convivencia laboral: "M.S. está muy obsesionado con el orden, revisa las cosas muchas veces. Acude a su trabajo antes de la hora, pero siempre es el último en salir, con conflictos con otros compañeros por la hora de cierre ya que retrasa al resto. Se muestra muy rígido con los detalles triviales, se le ve indeciso, muy perfeccionista y controlador y preocupado por no saltarse y que nadie se salte los procedimientos de trabajo. Si su rutina se ve alterada por cualquier cosa se irrita bastante. Cada vez se muestra más ansioso y aislado, antes solía salir a desayunar con nosotros y ahora refiere no tener tiempo para ello. La más mínima crítica se la toma muy a pecho..."

Ante esta situación, nos dirigimos a M.S. y le invitamos a mantener una entrevista con nosotros en el Servicio de Salud Laboral. Al principio, no entiende muy bien el motivo por el cual lo hemos citado, mostrándose algo desconfiado y susceptible. Le exponemos nuestra preocupación y la de personas cercanas por esta situación. No tiene conciencia

de que sus conductas molesten a los demás por los retrasos e inconvenientes que conllevan. Le cuesta hablar de sí mismo e intenta justificar lo relatado por sus compañeros considerando que lo que está haciendo es hacer bien su trabajo: "necesito asegurarme que cada tarea quede perfecta y necesito hacerlo yo mismo". Sobre el porqué ya no va a desayunar con sus compañeros nos relata que prefiere continuar con sus tareas antes que perder tiempo en hacer otras cosas no productivas. Al indagar sobre su biografía nos comenta: "Mi padre ha sido siempre estricto conmigo, siempre me enseñó a ser disciplinado, responsable, trabajador y la importancia de alcanzar logros". Al final de la entrevista reconoce que el no ser capaz de hacer frente a su trabajo, le preocupa generándole bastante ansiedad y malestar. "Es como ir todo el día contrarreloj, no sé como lo hacen mis compañeros". Acordamos volver a tener nuevas entrevistas para conocer en profundidad su situación y ayudarle con su ansiedad y malestar que ha verbalizado.

El Trastorno Obsesivo de la Personalidad

Los rasgos de personalidad obsesiva de intensidad moderada son muy valorados y buscados en el mundo laboral y para el éxito del individuo. En el caso práctico vemos como estos rasgos llevaron a M.S. a ser ascendido en su trabajo. Sin embargo, cuando estos rasgos se desarrollan hasta un extremo anómalo e interfieren con el funcionamiento de la persona y del colectivo decimos que está presente un trastorno obsesivo de la personalidad. Éste se caracteriza por un patrón generalizado de

CASO CLÍNICO

preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control a expensas de la flexibilidad, la mente abierta y la eficiencia. Son trabajadores con conductas rígidas que con frecuencia se marcan objetivos inalcanzables y están preocupados por las normas que ellos mismo se imponen. Presentan falta de decisión, dudas y preocupaciones excesivas por los detalles, reglas y horarios, hasta el punto de que descuidan el objetivo principal de la actividad que realizan.

La consecuencia de un pensamiento obsesivo es, en la mayoría de los casos, la ansiedad. El trabajador en ocasiones, para neutralizar la obsesión realiza comprobaciones (del trabajo, un número no adaptativo de veces), conductas de seguridad (como preguntar a alguien cercano) conductas de evitación y de vigilancia. El problema es que estas conductas no hacen más que exacerbar las obsesiones. El sentido generalizado de inseguridad del individuo obsesivo está asociado con una inseguridad extrema en uno mismo y sentimientos de susceptibilidad respecto a cómo le consideran otras personas. La necesidad obsesiva de formalidad y sus sentimientos de susceptibilidad se traducen en una capacidad limitada para expresar emociones de cariño. Es un trabajador excesivamente convencional, serio y formal.

Es importante para comprender este trastorno la historia vital de la persona que lo sufre. Esto se puede ver muy bien en el caso práctico que presentamos. Nos referimos a aspectos tales como la sobreprotección parental o el haber sido hijo hiperresponsabilizado y no suficientemente valorado por unos padres fríos y distantes. Es decir, querido más en función de la obtención de logros que por lo que uno es. Esta falla en la disposición afectiva paterna determinaría la creencia subyacente en ellos de que el afecto sólo se consigue mediante el perfeccionismo, evitando errores y logrando metas muy altas.

Existe a menudo una ausencia de conciencia de su propio sufrimiento y de los sentimientos que sus comportamientos provocan en los demás, por lo que suelen ser sus allegados (jefes, compañeros, familiares) los que instan a consultar ante la dificultad para la convivencia, en el caso que nos ocupa, es un compañero de sección de M.S.

Intervención por parte de Enfermería del Trabajo

Para el abordaje de este caso nos propusimos llegar a la siguiente meta, que M.S. lograra modificar su extrema autoexigencia, ayudándole a elegir una posición más activa y reflexiva, que le permitiera afrontar los aspectos más perturbadores de su personalidad, haciéndole comprender cómo algunos de sus rasgos de personalidad si se controlan y se saben manejar, pueden ser más adaptativos o funcionales.

Es importante señalar que los trastornos de personalidad

son difíciles de diagnosticar y aún más de explicar, por lo que nos propusimos y recomendamos evitar el uso de "etiquetas diagnósticas", ya que esto puede ser vivido por parte del trabajador como descalificativo y especialmente problemático y empeorar el éxito de las intervenciones a implementar.

Hemos optado por objetivos con terminología NOC e incluir intervenciones recogidas en la taxonomía NIC ya que creemos que tiene muchas ventajas dada la codificación que presenta a la hora de ser puestas en marcha por otros enfermeros del trabajo.

“ En la intervención por parte de Enfermería del Trabajo y entro de los objetivos propuestos el primero en plantearnos fue establecer una adecuada relación terapéutica ”

Dentro de los objetivos propuestos el primero en plantearnos fue establecer **una adecuada relación terapéutica** para lo cual trabajamos con intervenciones como Presencia (5340), que conlleva una actitud de aceptación, empatía y comprensión hacia su situación actual. Mostramos además disponibilidad pero evitando reforzar conductas dependientes. Realizamos una Escucha Activa (4920) creando un ambiente de confianza y demostrando interés para animarle a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones. Utilizamos la intervención Contacto (5460) en caso necesario para proporcionar consuelo y comunicación. Todo esto facilita el que la persona sea capaz de establecer un adecuado vínculo terapéutico y compartir experiencias.

El resto de objetivos NOC planteados fueron los siguientes:

Conducta de búsqueda de la salud (1603). Establecimos como intervenciones la enseñanza del proceso de enfermedad (5602), explicándole los rasgos de personalidad disfuncionales que le llevan a interferencias en su desempeño laboral (el exceso de responsabilidad, la rigidez, la obsesión por la perfección,...). Analizamos con él la percepción que tiene sobre su forma de funcionar, explorando si hasta la fecha había puesto en marcha

CASO CLÍNICO

alguna estrategia para corregirla y el resultado obtenido. Recogimos información adicional sobre su red social para ver los apoyos con los que cuenta.

Afrontamiento de problemas (1302). Realizamos reestructuración cognitiva (4700), señalándole ejemplos de estilos de pensamiento disfuncional (por ejemplo, "cometer un error es fallar y los fallos son intolerables") y como corregirlos. Le ayudamos a que identificara y reconociera sus reacciones emocionales no expresadas (rabia, ansiedad, dependencia). Intervenimos sobre el manejo de la conducta (4350), con técnicas cognitivo-conductuales orientadas a establecer un patrón de funcionamiento más adaptativo, entre las que se encuentran: priorización de problemas, agenda de actividad semanal, asignación gradual de tareas y de tiempo dedicado a cada una.

Autocontrol de la ansiedad (1402). Utilizando para ello

terapia de relajación (6040). Le explicamos el fundamento de la técnica de relajación y sus beneficios. Ofrecimos una descripción detallada de la misma según el método de Schultz, en el cual se van relajando los principales grupos musculares de forma progresiva. Le recomendamos su uso frecuente y de forma anticipada a la aparición de la ansiedad. Evaluamos la respuesta a dicha terapia.

Habilidades de interacción social (1502). Potenciación de la autoestima (5400). Alabamos sus esfuerzos de modificación de conducta y reforzamos los logros obtenidos. Le animamos a realizar actividades recreativas encaminadas a establecer relaciones sociales en el entorno laboral y fuera de él.

Tabla1. Resumen de los objetivos NOC y las intervenciones NIC.

Tabla 1. Resumen de los objetivos NOC y las intervenciones NIC

Objetivos NOC	Intervenciones NIC
ADECUADA RELACIÓN TERAPÉUTICA*	5340 PRESENCIA: Permanecer con otra persona, tanto física como psicológicamente, durante los momentos de necesidad. 4920 ESCUCHA ACTIVA: Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente. 5460 CONTACTO: Proporcionar consuelo y comunicación a través de un contacto táctil intencionado.
1603 CONDUCTA DE BÚSQUEDA DE SALUD: Acciones personales para fomentar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación óptimos.	5602 ENSEÑANZA DEL PROCESO DE ENFERMEDAD: Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.
1302 AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.	4700 REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA: Estimular al paciente para que modifique los patrones de pensamiento distorsionados y para que se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista. 4350 MANEJO DE LA CONDUCTA: Ayudar al paciente a controlar una conducta negativa.
1402 AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD: Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.	6040 TERAPIA DE RELAJACIÓN: Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad.
1502 HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL: Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.	5400 POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA: Ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía.

* Nota de los autores: el objetivo de establecer una adecuada relación terapéutica no aparece codificada dentro de la Taxonomía NOC, pero consideramos crucial que fuera el primero ya que dicha relación permite poner en marcha el resto de las intervenciones para la consecución de los objetivos establecidos.

CASO CLÍNICO

Discusión

Los Servicios de Salud Laboral y los Enfermeros del Trabajo en particular, al ser los referentes más próximos de salud en las empresas, a través de la vigilancia de la salud y de la observación de conflictos laborales, están en una situación de privilegio a la hora de detectar e intervenir en trabajadores que padecen trastornos de personalidad. La importancia de la detección temprana y la intervención es esencial, tanto para el propio trabajador como para su entorno, el clima laboral y el funcionamiento de la organización.

Creemos necesaria también una adecuada formación en Salud Mental de los especialistas en Enfermería del Trabajo,

tanto en el período EIR como de forma continuada, y que adquieran no únicamente conocimientos, sino habilidades en la observación precisa de las características de la personalidad de los trabajadores, que le serán muy valiosas en su práctica clínica para la detección, diagnóstico e intervención de las personalidades trastornadas. Por último también se recomienda a los Especialistas en Enfermería del Trabajo un conocimiento específico de la red de recursos disponibles Salud Mental (Unidad de Salud Mental Comunitaria, Asociaciones de personas con enfermedad mental, etc.), ya que en ocasiones de mayor complejidad será necesaria una derivación o un abordaje con una perspectiva multidisciplinar.

REFERENCIAS

1. Millon, T. y Davis, R. Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. Barcelona Editorial Masson. 1998.
2. Caballo, V.E. Manual de trastornos de la personalidad Descripción, evaluación y tratamiento. Madrid. Editorial Síntesis. 2004.
3. Sims, A. Síntomas mentales. Madrid. EditorialTricastela. 2008.
4. Gálvez, M.; Mingote, J.C. y Moreno B. El paciente que padece un trastorno de personalidad en el trabajo. Medicina y Seguridad del Trabajo. 2010; 56 (220): 226-247.
5. American Psychiatric Association (APA). DSM-5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Arlington. American Psychiatric Publishing. 2013.
6. Gasull, V. Trastronos de personalid y depresión. Revista Medicina de Familia-SEMERGEN. 2009; 35(Supl.1): 42-48



EMPRESA LÍDER A NIVEL NACIONAL

Somos Serlomed

SERLOMED es la empresa líder a nivel nacional en la comercialización y distribución de material sanitario, parafarmacia, botiquines y medicamentos para Mutuas de Accidentes de Trabajo, Servicios Médicos de grandes Empresas, Sociedades de Prevención de Riesgos Laborales, gabinetes y centros de rehabilitación, y otros destinatarios específicos.



AET



Asociación de Especialistas
en Enfermería del Trabajo