

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA SANTA MADRONA
de la Fundación “la Caixa”

¿Es posible mejorar la relación de I@ enfermer@ con su trabajo?

Influencia de los motivos para estudiar Enfermería y de la formación continuada sobre el Burnout

Autoras: **Leticia Esporrin.** Centro Forum Hospital del Mar.
Anna Huarte-Mendicoa. Centro Forum Hospital del Mar.
Encarna Ramos. Hospital Clínic.

Trabajo presentado al XVII Curso de Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería para la obtención del Máster.

Trabajo dirigido por el profesor: José Tejada

Comisión evaluadora

Montserrat Teixidor
Esteve Pont
Marisol Rodríguez
José Tejada

Presidenta
Secretario
Vocal
Vocal

Presentado en fecha: 5 de octubre de 2007

Aceptado en fecha: 20 de octubre de 2007

Queda prohibida cualquier reproducción total o parcial de este trabajo sin la autorización expresa por parte de los autores.

INDICE

Agradecimientos: _____	5
1.- Introducción general _____	9
1.1.- Justificación _____	11
1.2.- Objetivos de la investigación _____	12
Primera parte _____	13
Marco teórico _____	13
2.- El síndrome de burnout _____	15
2.1.- Conceptualización _____	15
2.2.- Aparición/ origen/ factores desencadenantes _____	23
2.3.- Manifestaciones _____	27
2.4.- Diagnóstico y evaluación _____	29
2.5.- Prevención y tratamiento _____	36
3.- Motivación de los estudiantes para elegir los estudios de enfermería ____	41
3.1.- Definiciones _____	41
3.2.- Perfil del estudiante de enfermería _____	43
3.2.1.- Primeros estudios _____	43
3.2.2.- Perfil del alumno de enfermería en nuestro contexto actual. _____	46
4.- Formación continuada _____	49
4.1.- Conceptualización _____	49
4.2.- Objetivos de los programas de formación continuada _____	50
4.3.- Contenidos de la formación continuada _____	51
4.4.- Influencia de la formación continuada en el burnout _____	52
Segunda parte _____	61
Marco aplicado _____	61
5.- Contextualización _____	63
5.1.- Centro A _____	63
5.1.1.- Breve historia _____	63
5.1.2.- Misión y visión _____	65
5.1.3.- Formación continuada _____	67

5.2.- Centro B	68
5.2.1.- Breve historia	68
5.2.2.- Misión y visión	74
5.2.3.- Formación continuada	77
6.- Diseño del estudio	79
6.1.- Metodología	79
6.2.- Hipótesis	79
6.2.1.-Subhipótesis	79
6.3.-Variables	80
6.3.1.-Independientes	80
6.3.2.- Dependiente	80
6.3.2.- Intervinientes	80
6.4.- Población y muestra	81
6.5.- Instrumentos de recogida de información	82
7.- Resultados	83
7.1.- Introducción general	83
7.2.- Caracterización de la muestra	84
7.2.1.- Variables personales	84
7.2.2.- Variables de cargas familiares	86
7.2.3.- Variables sociolaborales	88
7.2.4.- Variables del puesto de trabajo	93
7.2.5.- Motivación para estudiar enfermería	96
7.2.5.1.- Primera motivación	96
7.2.5.2.- Segunda motivación	97
7.2.5.3.- Tercera motivación	98
7.2.6.- Escala MBI	99
7.2.6.1.- Grado de afectación en la muestra	99
7.2.6.2.- Grado de afectación por unidades.	102
7.2.7.- Formación continuada.	109
7.2.7.1.- Formación técnica.	112
7.2.7.2.- Formación humanista.	115

8. - Conclusiones _____	119
9.- Propuestas de la investigación _____	123
10.- Bibliografía _____	125
10.1.- Bibliografía utilizada _____	125
10.2.- Bibliografía consultada _____	129
11.- Anexos _____	133
11.1.- Anexo I _____	133
11.2.- Anexo II _____	147
11.3.- Anexo III _____	148
11.4.- Anexo IV _____	¡Error! Marcador no definido.

Agradecimientos:

Nuestro agradecimiento destacado al Sr. José Tejada profesor del Máster y tutor de este trabajo por la formación, el apoyo y la paciencia demostrada en todo momento.

A Montse Teixidor, Directora de la EUI Santa Madrona, así como a todo el profesorado y personal de soporte de la misma, por facilitarnos las herramientas necesarias para poder llevar a cabo este trabajo.

A Jesús Escribano , Cap de Formació Continuada del Centre Forum por su eficaz ayuda en la elaboración informática.

Así mismo agradecemos a:

Montse Canalías, Supervisora de la UGA de l'Hospital Clínic

Consol Fornàs, Cap d'Àrea de l' Institut de Medicina Interna i Dermatologia de l'Hospital Clínic.

M^a Teresa Garrigós, ex Cap d'Àrea de Formació Continuada del Centre Geriàtric de l'IMAS.

Emma Gómez, Cap d'Àrea d'Urgències de l'Hospital Clínic.

Luisa González, ex Directora d'Infermeria de l'Hospital Clínic.

Juan Carlos Guillén, Psicólogo, autor del trabajo "Burnout en los funcionarios de prisiones".

Rocío Ibáñez, Directora del Centre Forum.

Olga Ortega, Directora de l'EUI de l'Hospital del Mar

Esteve Pont, Profesor del Master

Manel Puig, Director d'Infermeria del Centre Forum

David Sánchez, Profesor de Psicología de la UB.

M^a Teresa Vernhes. Ex directora del Centre Forum

Por su colaboración en la validación de las encuestas y darnos las facilidades para aplicarlas en los diferentes centros.

Sin olvidarnos de agradecer su colaboración a l@s enfermer@s que han participado cumplimentando los cuestionarios.

Y con mucho cariño agradecemos a nuestros familiares la paciencia y el apoyo que nos han demostrado durante todo el proceso de trabajo.

Trabajo dirigido por el profesor: José Tejada

Comisión evaluadora:

Montserrat Teixidor	Presidenta
Esteve Pont	Secretario
Concepción Ferrer	Vocal
Marisol Rodríguez	Vocal
José Tejada	Vocal

Presentado en fecha: 4 de Octubre de 2007

Aceptado en fecha: 10 de Octubre de 2007

Queda prohibida cualquier reproducción total o parcial de este trabajo sin autorización expresa por parte de las autoras.

1.- INTRODUCCIÓN GENERAL

La expresión “burn out” la utilizó por primera vez el psicólogo Herbert Freudenberger en 1974, para describir una situación a la que algunas veces llegan profesionales que tratan con problemas humanos caracterizada por diferentes síntomas físicos y también por apatía y desánimo.

En 1978 las psicólogas C. Maslach y S. Jackson desarrollaron la primera escala estandarizada para medir el grado de “burnout”, el “**M**aslach **B**urnout **I**nventori”. El MBI mide tres áreas: despersonalización, realización personal y agotamiento emocional

El síndrome de burnout o estrés profesional es el resultado de la relación que se establece entre el profesional y su trabajo. Tiene como causa la desproporción entre los esfuerzos realizados y los resultados obtenidos, que no compensan las expectativas del profesional. Se realiza un sobreesfuerzo en el trabajo que se manifiesta en grandes pérdidas de energía y en un descenso de la cantidad y de la calidad del rendimiento.

Aparece como consecuencia de situaciones de alto grado de tensión en el trabajo, frustración personal e inadecuación de actitudes de enfrentamiento a situaciones conflictivas que requieren un buen manejo de las emociones

Enfermería es una de las profesiones que más lo padece ya que está en contacto continuo con problemas humanos, el trato directo con los pacientes y los familiares, el contacto diario con otros estresantes como son el número

de pacientes que debe atender, escasez de personal, sobrecarga de trabajo, insatisfacción laboral.

Para Maslach y Jackson (1981 y 1986) el burnout es un síndrome constituido por tres dimensiones: **-agotamiento emocional, -despersonalización y -baja realización personal.**

1.1 JUSTIFICACIÓN

En nuestros servicios hemos observado que algunas veces el personal se siente cansado y desmotivado. Pero, aunque es cierto que tod@s I@s enfermera@s estamos sometid@s a esta presión nos preguntamos por qué aparece en algunos profesionales y en otros no y qué condiciones se dan en ambos casos.

En estos servicios la mayoría de los usuarios son personas mayores y enfermos de larga evolución, para poder dar la calidad asistencial que demanda la sociedad, los profesionales tienen que tener recursos para poder desempeñar su labor cumpliendo los programas de atención.

Pensamos que uno de estos recursos serían por un lado, los motivos que empujan al estudiante a elegir esta profesión y por otro la formación que el profesional adquiere durante el ejercicio de la profesión.

Estos recursos pueden ser determinantes en el nivel de burnout que aparece en este colectivo, por tanto sería interesante averiguar que tipo de formación específica realizan los profesionales y si las instituciones la facilitan.

Formación que de a los profesionales técnicas de comunicación, empatía resolución de problemas pensamos que pueden favorecer a que los niveles de burnout sean bajos en este colectivo. También queremos saber si la formación técnica incide en el nivel de burnout.

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El **objetivo general** de nuestra investigación es conocer el grado de burnout en el personal de nuestros centros de trabajo.

Los **objetivos específicos** son:

Conocer los motivos que llevan a un estudiante a escoger Enfermería.

Saber si estos motivos inciden en el nivel de burnout que aparece durante su ejercicio profesional.

Identificar que tipo de formación han escogido los profesionales.

Determinar cual es el nivel de burnout en relación con el tipo de formación adquirida. Si esta ha sido más humanista o técnica.

PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO

2- EL SÍNDROME DE BURNOUT

2.1.- CONCEPTUALIZACIÓN

Ya en 1961 Grahan Green publicó la novela Un caso acabado en la que sugería que los profesionales pueden desarrollar un proceso de carácter psicológico llamado “síndrome de quemarse por el trabajo”, aunque ya había casos descritos en la literatura científica, no es hasta mediados de la década de los setenta que se dieron las circunstancias sociales y políticas que propiciaran la investigación sobre este tema (Gil-Monte, 2005: 45).

La primera definición del fenómeno es de la mitad de la década de los setenta en el estudio del psiquiatra psicoanalista norteamericano Freudenberger (1974), que lo definió como “*fallar, agotarse, o llegar a desgastarse debido a un exceso de fuerza, demandas excesivas de energía o de recursos*” (Gil-Monte, 2005:45).

Freudenberger era psiquiatra en una agencia alternativa de salud. Observó que muchas de las personas que atendían a toxicómanos sufrían una progresiva pérdida de energía, desmotivación para el trabajo, síntomas de ansiedad y depresión. Se volvían menos sensibles, poco comprensivas y agresivas con los pacientes a los que daban un trato distanciado y cínico. Generalmente este proceso duraba un año e iba acompañado de síntomas físicos y mentales. Para referirse a este particular estado de agotamiento utilizó una palabra que era usada coloquialmente para describir los efectos del abuso crónico de drogas.

Para explicar el fenómeno escribió esta metáfora:

“Si ha visto un edificio destruido por el fuego, sabe hasta que punto puede ser devastadora una tragedia semejante. Lo que antes era una estructura llena de vida, ahora no es más que una estructura desértica. Allí donde antes había un edificio bullente de actividad, ahora no quedan más que escombros para recordarnos toda la vida y la energía que allí reinaba. Puede que aún quede algún trozo de pared en pie, puede que aún se distingan algunas ventanas; puede que permanezca intacta la estructura exterior, pero si se asoma al interior se quedará impresionado por la gran destrucción que allí existe [...]. Me he dado cuenta de que la gente a veces es víctima de un incendio, como los edificios. Bajo la tensión producida por la vida en nuestro complejo mundo, sus recursos internos se consumen como bajo la acción de las llamas, dejando sólo un inmenso vacío interior, aunque la envoltura externa parezca más o menos intacta”.

Para Freudenberger el síndrome de quemarse por el trabajo no es un estado fijo o crónico, sino un proceso resultado del intercambio entre las personas con sus variables de naturaleza psicológica e individual, y el medio ambiente. En algún momento de este proceso, la persona puede sentir que los esfuerzos que realiza en su ámbito asistencial no corresponden a sus expectativas profesionales.

Por lo tanto, el burnout o síndrome de quemarse por el trabajo se concibe como una variable continua que se puede experimentar en grado bajo, moderado o alto y no como una variable discontinua que está presente o ausente (Ibáñez Martínez, N [el alt.], 2004).

En esta misma década (1976) Maslach, una investigadora de psicología social estaba estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda y encontró que presentaban agotamiento emocional. Estaba interesada principalmente en las estrategias cognitivas “indiferencia” y “deshumanización como autodefensa”. Descubrió que las estrategias tenían una importante implicación para la identidad y la conducta profesional de la gente. Le describió, por casualidad, estos resultados a un abogado y este le dijo que los abogados de los pobres llamaban a este fenómeno burnout.

Maslach y sus colaboradores adoptaron este término (Alarcón, J. [et alt.], 2004).

Hasta el inicio de los años ochenta hubieron muchas definiciones del **Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT)** para poder delimitarlo conceptualmente (Maslach y Pines, 1977; Maslach y Jackson, 1979), de integrarlo en los campos de estudios existentes (MacNeil, 1982), y de diferenciarlo de otros fenómenos, más o menos afines, como alienación (Karger, 1981), tedio (Pines, Aronson y Kafry, 1978) o depresión (Farber, 1983; Fischer, 1983).

El SQT ha sido definido como un síndrome de agotamiento físico y emocional que implica el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, pobre autoconcepto, y pérdida del interés por los clientes que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicio (Maslach y Pines, 1977), un síndrome de agotamiento emocional y de cinismo que ocurre con frecuencia en los individuos que trabajan hacia personas, y que dedican mucho tiempo a las relaciones personales de carácter confidencial con esas personas bajo condiciones crónicas de estrés y de tensión (Maslach y Jackson, 1979), una pérdida progresiva del idealismo, de la energía y del deseo de alcanzar objetivos que aparece en los profesionales de ayuda como resultado de sus condiciones de trabajo (Edelwich y Brodsky, 1980, p. 14), un estado de agotamiento mental, emocional y físico causado por el estrés emocional crónico resultado de la implicación excesiva con la gente durante largos periodos de tiempo (Pines y Kafry, 1982), o un síndrome de progresivo agotamiento físico, actitudinal y emocional (Ryerson y Marks, 1982). (Gil-Monte, 2005:45)

Maslach y Jackson (1981) consideraron que: *“Es una respuesta inadecuada al estrés físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación hacia los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar”*. [...] Si bien son muchas las variables, es la relación intensa con otras personas lo que de forma poderosa

contribuye a la aparición de este síndrome. Podemos entender el Burnout como el producto de la interacción negativa entre el lugar de trabajo, el equipo y los clientes (Subirá, C., 2005).

Perlman y Hartman (1982) realizaron una revisión de la literatura considerando las definiciones elaboradas entre 1974 y 1980 sobre el SQT. Estos autores consideran en su estudio un total de 48 trabajos que contienen definiciones, y concluyen que el SQT puede definirse como “*una respuesta al estrés emocional crónico con tres componentes: agotamiento emocional y/o físico, baja productividad laboral y un exceso de despersonalización*”. En el estudio se concluye también que el cuestionario de Maslach y Jackson (1981), el **Maslach Burnout Inventory (MBI)**, compuesto por tres dimensiones denominadas realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización, evalúa los tres componentes identificados en las definiciones consideradas. Estas conclusiones resultaron determinantes para contribuir a la aceptación entre la comunidad científica de la definición por excelencia del SQT que se maneja a día de hoy, y que lo define como “un síndrome de **agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal** en el trabajo que puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad”

La **falta de realización personal** en el trabajo se define como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta a su capacidad para realizar el trabajo y para relacionarse con las personas a las que atiende (por ejemplo clientes y familiares). Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales. Por **agotamiento emocional** se entiende la situación en la que los trabajadores perciben que ya no pueden dar más de si mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto “diario” y mantenido con

personas con las que hay que atender como objeto de trabajo (pacientes, presos, indigentes, alumnos, etc.). La **despersonalización** puede ser definida como el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales (enfermeras, trabajadores sociales, policías, maestros, funcionarios de prisiones, etc.) de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva que les culpen de sus problemas (por ejemplo al paciente le estaría bien merecida su enfermedad, al indigente sus problemas sociales, al preso su condena, etc.)

Esta definición es insuficiente y limitada en la actualidad. Perlman y Hartman (1982) subrayan que de las definiciones revisadas se deriva un concepto más amplio del SQT que debería recoger síntomas y/o componentes como baja moral, auto concepto negativo, enfado, cinismo, actitudes negativas hacia los clientes, suspicacia, depresión, rigidez, etc., pero que en ese momento no existen estudios suficientes que apoyen que esos componentes sean parte integrante del síndrome y no sus correlatos (Gil-Monte, 2005:45-46).

Maslach (1978,1982) sugirió que, debido a las demandas excesivas de trabajo, el primer factor que aparece es el **cansancio emocional**. Posteriormente, y como estrategia defensiva, los que sufren este cansancio intentan distanciarse de los demás psicológicamente, siendo este el inicio del factor **despersonalización**. Finalmente, cuando el profesional reconoce la discrepancia entre la actitud que mantiene en el presente y las expectativas optimistas que mantenía anteriormente con relación a su potencial contribución a la sociedad, experimenta una falta de adecuación a la hora de relacionarse con los demás y realizar su trabajo, es decir, experimentan una **falta de realización personal** (Olmedo Montes, M., 2001).

La expresión original “burnout syndrom” ha sido traducida de diferentes formas al castellano, lo que ha originado que existan diferentes denominaciones para un mismo fenómeno. Si bien la mayoría de los autores de habla hispana emplean en sus estudios la denominación original, de manera que hablan de “síndrome de burnout”, también es frecuente que se maneje indistintamente en el título y a lo largo del estudio la denominación del síndrome de burnout y la denominación en castellano que el autor ha decidido utilizar para denominarlo. Esta situación causa desconcierto en algunas personas interesadas en conocer el fenómeno, debido a que les dificulta la tarea de entender que es el síndrome de quemarse por el trabajo y que no es, en que se diferencia de otras patologías afines o con nombres similares [...].

La literatura nos ofrece al menos diecisiete denominaciones diferentes en castellano para el fenómeno, si bien algunas de ellas presentan una gran similitud. Considerando ese grado de similitud, las denominaciones pueden ser clasificadas en tres grupos. Un primer grupo recogería las denominaciones que toman como referencia para la denominación en castellano el término original anglosajón burnout. En este grupo de denominaciones se habla de: **síndrome de quemarse por el trabajo** (Gil-Monte y Peiró, 1997; Gil-Monte, 2002^a; Gil-Monte 2002c), **síndrome de estar quemado en el trabajo** (Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau, 2000), **síndrome de quemarse en el trabajo** (Guillén y Santamaría, 1999; Manassero et al., 2000), **síndrome de estar quemado** (Da Silva, Daniel y Pérez, 1999; Durán, Extremera y Rey, 2001; Flórez, 1994; López et al., 2000; Manzano y Ramos, 2000), **síndrome del quemado** (Chacón, Vecina, Barrón y De paúl, 1999.; De la Fuente, De la Fuente y Trujillo, 1999; Fuertes, Martínez, Cantizano, Gándara y De la Cruz, 1997; López et al., 2000; Pera y Serra-Prat, 2002), **estar quemado** (Olmeda, García y Morante, 1998; Prieto, Robles, Salazar y Daniel, 2002; Quevedo-Aguado et al., 1999), y **quemazón profesional** (Aluja, 1997), aludiendo incluso al grado de quemazón que

presenta los sujetos de la muestra (Martín. Viñas, Pérez, Luque y Soler, 1997).

Un segundo grupo recoge aquellas denominaciones que optan por una vía alternativa a la traducción literal. Son denominaciones que se caracterizan por tomar como referencia el contenido semántico de la palabra, o el contenido de la patología, en lugar de una traducción más o menos literal del término anglosajón, de manera que junto al término original emplean la denominación: **desgaste psicológico por el trabajo** (García, Sáez y Llor, 2000), **desgaste ocupacional** (López, 1996), **desgaste profesional** (Arón y Milicia, 2000; Capilla, 2000; Da Silva et al., 1999; Livianos. De las Cuevas y Rojo, 1999; Mingote, 1998; Olivar. Gonzalez y Martinez, 1999; Olmeda et al., 1998; Prieto et al., 2002; Segarra y Garrido, 2000), **agotamiento profesional** (Belloch, Renovell, Calabuig y Gómez, 2000; Díaz e Hidalgo, 1994; Montesdeoca, Rodríguez, Pou y Montesdeoca, 1997), y **síndrome de cansancio emocional** (García. Sobrido. García, Raña y Saleta, 1999).

Por último, un tercer grupo recogería aquellos estudios en los que se considera que el síndrome de quemarse por el trabajo es sinónimo de estrés laboral, y por tanto es posible denominarlo como: **estrés crónico laboral asistencial** (Manzano, 2001), **estrés laboral asistencial** (Arranz, Torres, Cancio y Hernández, 1999; Carretero, Oliver, Toledo y Regueiro, 1998), **estrés profesional** (Alauja, 1997), o **estrés laboral** (Fuertes et al., 1997; García et al., 1999) (Gil-Monte, 2005:37).

Las denominaciones del primer grupo difieren poco de ellas y a priori se podrían utilizar indistintamente. No obstante, desde consideraciones psicosociales parece más adecuado utilizar aquellas denominaciones que resaltan que esta patología es consecuencia del entorno de trabajo y no del trabajador. En este sentido se recomienda la denominación “**síndrome de quemarse por el trabajo**” frente a las otras denominaciones alternativas [...].

En primer lugar, es recomendable incluir en la denominación el término síndrome, pues este término ayuda a la comprensión del fenómeno, da información sobre la naturaleza al indicar que está integrado por un conjunto de síntomas y, de cara al diagnóstico, nos indica sobre la necesidad de identificar y evaluar los síntomas que componen la patología para poder diagnosticar adecuadamente si un trabajador sufre el síndrome de quemarse por el trabajo [...].

Por otra parte, al hablar de síndrome de quemarse por el trabajo se desvía el foco de atención hacia el trabajo y no hacia el trabajador. De esta manera se evita estigmatizar al trabajador, al tiempo que se previene el desarrollo de posibles sentimientos de culpa o de vergüenza que pueden agravarle el problema al individuo, al entender éste que él es el culpable de lo que le está ocurriendo[...]

Hay que tener presente que el individuo que padece el síndrome de quemarse por el trabajo siente que su capacidad para controlar las situaciones está mermada, por lo que desisten o no se esfuerzan de manera adecuada para afrontar los problemas laborales y los síntomas que les genera el estrés laboral percibido [...] El empleo de la preposición “por” denota causalidad y de esta manera se establece que la causa del síndrome de quemarse es el trabajo, no el trabajador. Esto es, la preposición “por” denota que la patología se debe al trabajo, no que sea una patología que aparece mientras se trabaja, aunque el trabajo actúe como coadyuvante. El síndrome de quemarse por el trabajo es causado directa y exclusivamente por un riesgo (psicosocial) del medio ambiente de trabajo (Gil-Monte, 2005:38-39).

2.2 APARICIÓN/ ORIGEN/ FACTORES DESENCADENANTES

El SQT no es una patología exclusiva de los profesionales de ayuda, o del sector servicios. Pero es la casuística lo que lo convierte en un problema especialmente relevante en este sector. (Gil-Monte, 2005:21)

Existe consenso sobre que el SQT es una respuesta al estrés laboral crónico que tiene una alta incidencia en los profesionales del sector servicios, y que esta incidencia es especialmente relevante en los profesionales de ayuda cuyo objeto de trabajo son personas debido a las particularidades de la relación entre el profesional y el cliente, pues por regla general se trata de una relación con un fuerte componente afectivo y emocional. También existe consenso al considerar que el SQT es una experiencia subjetiva interna que conlleva un deterioro de cogniciones del individuo (en especial de su auto evaluación profesional), de sus afectos y emociones y de sus actitudes hacia el cliente de la organización y hacia el contexto laboral [...]. Podemos también hablar de consenso al considerar que el SQT es una entidad nosológica diferente de otras variables o patologías psicológicas existentes en el ámbito laboral, como la depresión, la ansiedad, la fatiga, etc. (Gil-Monte, 2005:54).

Las causas desencadenantes del burnout en los profesionales de la salud y de los servicios sociales son múltiples derivadas del contacto directo que tienen con las personas enfermas y con los problemas, la sobrecarga de trabajo, la falta de apoyo y satisfacción laboral, los cambios y turbulencias que emanan de los contextos organizacionales y sociales. Uno de los factores claves es la implicación de estos profesionales con los problemas de otras personas donde, la relación está cargada de sentimientos de turbación, frustración, temor o desesperación (Maslach y Jackson, 1981).

Asimismo, las consecuencias del burnout para la salud de las y los profesionales de ayuda son muy amplias al afectar en los siguientes planos: **a) emocional**, el profesional experimenta sentimientos de soledad, de apatía, impotencia, de omnipotencia, ansiedad y distanciamiento afectivo; **b) actitudinal**, se detecta una tendencia a la pasividad, hostilidad, cinismo y suspicacia; **c) conductual**, el profesional presenta agresividad, aislamiento, cambios bruscos de humor, enfados frecuentes; **d) psicossomático**, con frecuencia se tienen dolores físicos, palpitaciones, hipertensión, catarros, alergias, jaqueca, insomnio, depresión, etc. (Gil-Monte y Peiró, 1997). Otras consecuencias están localizadas en lo **cognitivo**, produciéndose una disminución de la percepción, de la memoria, distorsiones del pensamiento y dificultades para realizar las funciones profesionales (Barranco. 2002b) (Barranco Expósito, C., 2004).

Según Gil-Monte podemos ver el SQT desde dos perspectivas. Desde la perspectiva clínica se entiende el SQT como un estado mental negativo al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral y es necesario considerar esta perspectiva debido a que es importante saber a partir de que nivel el SQT empieza a ser problemático para el individuo y para la organización.

Siguiendo en este enfoque Freudenberger (1974) hace referencia a la experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que aparece en los profesionales que trabajan en contacto directo con personas en la prestación de servicios como consecuencia de este contacto diario con el trabajo. Este estado sería el resultado de gastarse por la persistencia en conseguir unos resultados inalcanzables (Freudenberger, 1975). También puede incluirse en esta perspectiva Fischer (1983), que considera que el SQT debe ser entendido como un resultado de un trauma narcisista que conlleva una disminución en la autoestima de los sujetos.

Pines y colaboradores (Pines y Aronson, 1988; Pines et al., 1981; Pines, 1983, 1996) define el SQT como un estado de agotamiento emocional, físico y mental, resultado de implicarse con personas en situaciones que son emocionalmente demandantes.

Otra de las aproximaciones clínicas al estudio del SQT tiene su origen en los estudios de Maslach y colaboradores. Fruto de estos estudios ha sido el desarrollo de del MBI en sus diferentes versiones. Debido a su aceptación y difusión entre los académicos y profesionales, el SQT ha terminado por ser definido como un estado de **baja realización personal en el trabajo, alto agotamiento y alta despersonalización.**

Según Gil-Monte desde la perspectiva psicosocial se recomienda ver el SQT como un proceso que se desarrolla debido a la interacción entre las características del entorno laboral y las características personales. Esta perspectiva es más útil para entender como se inicia y progresa el síndrome y sus síntomas a lo largo del proceso. Este proceso puede ser reversible si se emplean estrategias de afrontamiento adecuadas, o puede progresar hasta una situación irreversible que conlleva el abandono del trabajo e incluso de la profesión.

En sus trabajos iniciales, Maslach (1978, 1982^a) define el SQT como un proceso que aparece debido a la falta de preparación de los profesionales de ayuda para afrontar el estrés emocional derivado del trabajo. Este proceso se caracteriza por la aparición de agotamiento físico y agotamiento emocional, desarrollan una percepción muy cínica y deshumanizada de estas personas y aparece un deterioro de la calidad del servicio que estos profesionales ofrecen. Con esta definición Maslach da a entender que en el proceso del SQT el **agotamiento emocional** es un síntoma que precede a la aparición del trato deshumanizado y frío que se da al cliente.

Después de la elaboración del MBI-HSS (Maslach y Jackson, 1981), la autora modifica parcialmente la definición del síndrome y pasa a describirlo como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo. Según Maslach el proceso se inicia con la aparición de **agotamiento emocional**, seguido de **despersonalización** y posteriormente la **baja realización personal** en el trabajo (Maslach, 1982b, pp. 3 y ss). Esta secuencia ha sido probada en numerosos estudios y no ha obtenido un apoyo empírico concluyente (Gil-Monte, 2005:54-55).

En los profesionales sanitarios hay una serie de variables que influyen en la aparición del Burnout, como son:

1. Motivos ideológicos que le impulsaron a elegir la profesión.
2. El hecho de que el trato directo con el paciente y los familiares suele ser emocionalmente exigente para el trabajador.
3. La naturaleza de la enfermedad de los pacientes, el enfrentarse al “fracaso terapéutico” o con un mal pronóstico.
4. El volumen de trabajo y las personas para realizarlo.
5. La falta de información sobre el cometido.
6. El apoyo laboral no parece suficiente con la sola colaboración de reuniones formales, sino que los encuentros han de cubrir algunas necesidades emocionales.
7. Las variables personales, el abuso de fármacos, alcohol y tabaco. (Subirá, C., 2005).

2.3.- MANIFESTACIONES

El Burnout, en su inicio, suele ser lento y progresivo y no se relaciona directamente con la fatiga, sino más bien con la disminución del entusiasmo y la decepción. No se recupera tras el descanso y conlleva sentimientos negativos, siendo sus consecuencias más graves que el estrés a medio y largo plazo (Barranco Expósito, C., 2002).

Tal como señala R. Gil –Monte, es difícil delimitar los síntomas que nos pueden ayudar a detectar el burnout, la literatura presenta más de 100 síntomas asociados, con lo cual, nos da una idea de que todos los problemas psicológicos, fisiológicos y conductuales que afectan al profesional pueden tener relación con el nivel de burnout que pueda padecer. Estos síntomas afectan negativamente a los afectos y emociones, a las cogniciones, a las actitudes, a las conductas y al sistema fisiológico del individuo.

Paine(1982) presenta una taxonomía con 47 síntomas , establecidos en cinco categorías:

- a) **Síntomas físicos** que se caracterizan por el aumento de fatiga y agotamiento físico, aumento de molestias y dolores musculares, y aparición de alteraciones funcionales en casi todos los sistemas del organismo (cardiorrespiratorio, digestivo, reproductor, nervioso, etc.)
- b) **Desarrollo de conductas de exceso**, caracterizadas por el aumento de consumo de barbitúricos, estimulantes y otro tipo de sustancias (café, tabaco, alcohol), aparición de conductas de riesgo, de conductas hiperactivas y agresivas.
- c) **Problemas de ajuste emocional**, entre los que se encuentran agotamiento emocional, paranoia, depresión, sentirse atrapado, miedo a volverse loco, etc.

- d) **Alteración de las relaciones interpersonales**, caracterizada por el aislamiento del individuo y su negación a comunicarse con los demás, por la aparición de conflictos interpersonales, y por la indiferencia y frialdad con las personas hacia las que se trabaja.

- e) **Síntomas actitudinales y cambios en los valores y creencias del individuo**, donde incluye síntomas como cinismo e ironía hacia los clientes de la organización, o sensación de impotencia, de frustración y de fracaso. (Gil-Monte, 2005:45) La manera en que va a ir desarrollándose el síndrome va a ir en función de la interacción entre las condiciones del entorno laboral y las variables personales.

2.4.- DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN

El diagnóstico y evaluación del SQT tiene una gran importancia aplicada. Si los modelos teóricos nos permiten entender el fenómeno y diseñar programas de intervención, el diagnóstico y la evaluación son imprescindibles para decidir cuándo, dónde y sobre quien se debe intervenir. Así como para discriminar entre grados de incidencia del SQT y los derechos que de ello se derivan para el trabajador, como es el caso de las contraprestaciones o indemnizaciones por accidente laboral.

La realización de un diagnóstico adecuado requiere la valoración de los síntomas que presenta el trabajador, analizar su proceso de aparición, diferenciar el proceso de otros procesos similares, y evaluar la intensidad o frecuencia con que el individuo presenta los síntomas. También es necesario identificar cuales son las fuentes de estrés que han originado la aparición de esos síntomas. Para alcanzar esos objetivos se utilizaran procedimientos cuantitativos de diagnóstico y evaluación.

Los procedimientos cuantitativos, en la aplicación de escalas psicométricas para determinar el grado de incidencia de la patología y cuáles son los antecedentes más relevantes que originan el desarrollo de la patología en ese momento de la organización.

Los cuestionarios constan de un número determinado de ítems que describen comportamientos y actitudes que se desarrollan en una situación.

Los procedimientos cualitativos consisten en la realización de entrevistas al trabajador [...].

La entrevista es una de las principales herramientas para la identificación y el análisis de conductas, pues con frecuencia el individuo es la mejor fuente de información sobre su experiencia interpersonal y sobre los pensamientos y emociones asociados con esa experiencia (Gil-Monte, 2005:133).

El modelo tridimensional: MBI-HSS, es el cuestionario por excelencia para la evaluación psicométrica. Es el que ha generado mayor número de investigaciones y fue aplicado inicialmente a profesionales de salud.

Los 22 ítems se distribuyen en tres dimensiones que evalúan **aspectos cognitivos** (realización personal en el trabajo), **emocionales** (agotamiento emocional) y **actitudinales** (despersonalización de la psique). [...]

Este cuestionario se realizó a partir de un trabajo inductivo fruto del análisis factorial de todos los síntomas.

Ha sido contrastado empíricamente por autores que han hipotetizado diferentes patrones de relaciones causales entre sus dimensiones.

Maslach señala que el SQT se inicia con la aparición de agotamiento emocional, posteriormente aparece despersonalización y por último baja realización personal en el trabajo (Maslach, 1982, b, pp. 3 y ss.) Golembiewski y colaboradores contrastaron el modelo empíricamente y concluyeron que el SQT progresa de despersonalización a baja realización personal en el trabajo, mientras que los sentimientos de agotamiento emocional es el último síntoma que se establece. [...]

Leiter (1993) reformuló las relaciones hipotetizadas inicialmente entre las dimensiones del MBI y planteó un nuevo modelo en el que el agotamiento emocional se mantiene como un síntoma antecedente de despersonalización, pero realización personal en el trabajo aparece como un síntoma sin relación causal con los otros dos síntomas. [...]

Gil-Monte (1994) como conclusión derivada de la revisión de de la literatura hipotetizó un modelo en el que el SQT es definido como una respuesta al estrés laboral crónico que aparece tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias iniciales para afrontar el estrés crónico no resultan funcionales. Esta respuesta es una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, y se inicia con el desarrollo conjunto de baja realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional. Además, se hipotetizó que la percepción de baja realización personal incrementaría significativamente el agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y el alto agotamiento emocional. Esta perspectiva integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales conductuales. (Gil-Monte, 2005:106-107).

Para la medición del Burnout Maslach y Jackson (1981; 1982 y 1986) desarrollaron el **Maslach Burnout Inventory (MBI)** el cual ha tenido varias revisiones. Es el que ha generado mayor número de investigaciones. Estas autoras entienden que el Burnout es una respuesta, fundamentalmente emocional, actuando los factores laborales e institucionales como condicionantes y antecedentes del fenómeno individual (Barranco Expósito, C., 2002).

Los elementos del MBI están redactados de una forma directa para expresar unos sentimientos o actitudes personales, y su versión definitiva pasó por unas fases experimentales que duraron ocho años. En un principio se usaron 47 elementos que eran contestados sobre dos continuos de medida: la frecuencia y la intensidad de los sentimientos (escala de tipo Likert, de 0-6 y 0-7 puntos respectivamente).

De las respuestas de los estudios originales seleccionaron los 25 elementos que mejor contribuyen a las dimensiones obtenidas.

Esta estructura tridimensional es la siguiente:

- **Cansancio emocional (CE):** sus elementos describen los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el propio trabajo.
- **Despersonalización (DP):** los elementos de esta escala describen una respuesta impersonal y fría hacia los receptores de los servicios o cuidados del personal.
- **Realización personal (RP):** esta escala contiene elementos que describen sentimientos de competencia y éxito en el trabajo propio con personas.

Los dos continuos de medida utilizados (frecuencia e intensidad) estaban muy relacionados, pero la conexión no era perfecta entre el número de veces que se vive un sentimiento y el grado con que se vive. [...]

En la última versión original del MBI se evalúa únicamente la dimensión de frecuencia (Maslach, C., 1997).

El MBI puede ser autoaplicable, así como administrado en una situación individual o colectiva.

La mayoría de los sujetos tarda entre 10 y 15 minutos en completarlo.

El MBI se presenta como una *Encuesta al personal de los Servicios Humanos*, con el fin de evitar sesgos.

Debe insistirse en el carácter privado de la prueba: evitar comentarios en voz alta del contenido de los elementos.

Es confidencial.

Sensibilidad previa: por lo que se presenta como una encuesta sobre las actitudes de las personas o profesionales ante su trabajo. (Maslach, C., 1997).

Los nueve elementos de CE describen los sentimientos de una persona que se encuentra exhausta por su propio trabajo [...], en la muestra española la dimensión queda mejor definida por los dos primeros elementos de MBI (1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo, 2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo).

Los cinco elementos de DP expresan ausencia de sentimiento o respuesta impersonal para quien recibe el servicio del profesional.

Una puntuación elevada en las dos escalas corresponde a una persona con el síndrome del estrés laboral asistencial.

La tercera dimensión contiene ocho elementos que describen los sentimientos de competencia y éxito en el trabajo personal. En ella una puntuación baja se corresponde con un elevado índice del síndrome (Maslach, C., 1997).

Según Gil-Monte, la mayoría de los estudios en los que se analiza la incidencia del SQT se han realizado con el MBI. Esto ha permitido realizar estudios en diferentes países y comparar los resultados. Pero uno de los

inconvenientes que tiene el MBI es que el manual no ofrece puntos de corte o criterios diagnósticos “validados clínicamente”.

Las autoras del MBI recomiendan no promediar la puntuación obtenida en las tres escalas para calcular una puntuación única y global para el cuestionario (Gil-Monte, 2005).

PUNTUACIÓN DEL CUESTIONARIO DE MASLACH

	Media	Nivel de afectación			Máxima
		Bajo	Medio	Alto	
Cansancio emocional (9) 1,2,3,6,8,13,14,16,20	22,19	< 18	19-26	>27	54
Despersonalización (5) 5,10,11,15,22	7,21	<5	6-9	>10	30
Realización personal (8) 4,7,9,12,17,18,19,21	36,53	>40	34-39	<33	48

2.5.-PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

El entorno laboral y las condiciones de trabajo son los factores que intervienen en la etiología del SQT, por lo que una buena prevención debe pasar necesariamente por modificar las condiciones de trabajo con la participación del trabajador. Sobre todo las condiciones que afectan de manera negativa a los aspectos psicosociales del trabajo.

Las habilidades sociales son fundamentales para lograr un buen desempeño de la actividad laboral al tiempo que se previene la salud de las personas.

La formación es un elemento clave en la prevención del SQT, es necesaria debido a las condiciones cambiantes del entorno laboral. Estos cambios han modificado las demandas de los clientes de las organizaciones, pero también las expectativas y las demandas de los propios trabajadores sobre como quieren ser tratados por la organización y por sus superiores, y bajo que condiciones deben realizar el trabajo. El desajuste entre lo que los clientes y la organización esperan del trabajador y la falta de capacidad del trabajador para dar respuesta a estas expectativas van a estar en el origen de SQT, mientras que el ajuste y la posibilidad del individuo de conseguirlo serán fuente de disfrute y realización personal. (Gil-Monte, 2005)

La formación para la prevención del SQT debe estar dirigida a varios niveles:

- **Nivel organizacional:** acciones de desarrollo y cambio organizacional. A este nivel las intervenciones son escasas, aunque diferentes estudios concluyen que los factores organizacionales juegan un papel relevante [...]. Aunque la intervención a este nivel tiene un gran valor potencial, no es fácil realizarla debido a problemas de colaboración por parte de los diferentes niveles jerárquicos de la organización y debido a la inversión de tiempo y dinero que requiere a corto plazo.
- **Nivel interpersonal:** grupos de trabajo e interacción social. Formación sobre apoyo social, habilidades sociales, autoeficacia, liderazgo.

La percepción de **apoyo social** es muy importante para el individuo [...]. En relación al SQT, Pines (1983) ha distinguido seis formas diferentes de ofrecer apoyo social en el trabajo:

- a) Escuchar a la persona de forma activa, pero sin dar consejos ni juzgar acciones.
- b) Dar apoyo técnico. Tener un compañero experto que diga al trabajador que está haciendo las cosas bien.
- c) Los compañeros expertos deben ser competentes en su profesión y deben crear en el profesional necesidades y pensamientos de reto, desafío, creatividad e implicación en el trabajo.
- d) Apoyo emocional, incondicional.
- e) Apoyo emocional desafiante, que lleve al individuo a reflexionar sobre si realmente ha agotado todas las posibles soluciones y que le lleve a replantearse las acciones con respecto a los resultados obtenidos.
- f) Participar en la realidad social del individuo, confirmándole o cuestionando las creencias sobre sí mismo, sobre su autoconcepto,

autoeficacia y autoestima. Esta función es especialmente importante cuando el trabajador considera que está perdiendo su capacidad para analizar adecuadamente su entorno.

- g) En varios estudios se ha analizado la función social para prevenir el SQT. Reid et al. (1999), en un estudio con personal sanitario de psiquiatría, obtuvieron que el apoyo social, en especial el procedente del supervisor, resultaba útil para prevenir el incremento de los niveles de SQT, debido a que transmitía seguridad y confianza a los profesionales.(Barranco Expósito, C., 2002).

En el trabajo, el apoyo social se refiere a la percepción que experimentan los trabajadores sobre el grado en que sus compañeros y responsables de la unidad, se preocupan por ellos, les aprecian y les valoran (Barranco, 2001). Esta percepción produce una sensación de pertenencia a una red de comunicación y apoyos mutuos permitiéndoles disponer de ayudas por parte de los compañeros y superiores, ejerciendo un efecto modulador sobre el “burnout” (Gil-Monte y Peiró, 1997) (Barranco Expósito, C., 2002).

Por medio de programas de **entrenamiento de las habilidades sociales** se puede mejorar la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo. Es un procedimiento para enseñar a los profesionales a ofrecer y recibir apoyo social en el contexto de trabajo y a que asuman que las relaciones interpersonales es una parte fundamental de su proceso de trabajo [...].

La ausencia de habilidades sociales ocasionará insatisfacción en los clientes, y ésta afectará negativamente al profesional, ya que el cliente dudará de su competencia social y técnica [...]

Las habilidades sociales son características de la conducta, no de las personas. No son universales, sino específicas para una situación, pues diferentes situaciones requieren conductas diferentes. Además, deben considerarse en el contexto cultural del individuo [...] Las principales clases de respuesta que comprenden las habilidades sociales se pueden concretar

en: la capacidad de decir no, la capacidad de pedir favores y hacer peticiones, la capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos y la capacidad de iniciar, mantener y terminar conversaciones.

- **Nivel individual:** afrontamiento al estrés, estrategia de resolución de problemas.

Lazarus y Folkman (1986) identifican dos tipos básicos de **estrategias de afrontamiento**: las dirigidas a regular las emociones y las dirigidas al problema.

- **Afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional:** procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional que genera una situación estresante. Su utilización es adecuada cuando los individuos perciben que los estresores no pueden ser modificados y tienen que interactuar con ellos.
- **Afrontamiento dirigido a manipular o alterar el problema:** intentan modificar la fuente de estrés. Son estrategias que analizan y definen la situación y buscan alternativas para su solución considerando los costes y beneficios.
- La **técnica de solución de problemas** pretende ayudar a las personas a resolver problemas y mejorar su toma de decisiones. Para ello, facilita el reconocimiento del problema y su identificación e inhibe la tendencia de responder impulsivamente ante él. Facilita el desarrollo de alternativas a la situación y ofrece estrategias para analizar las diferentes alternativas y ponderarlas, proponiendo un procedimiento para escoger la respuesta más adecuada al problema y verificar su adecuación.

Estos tres niveles no deben ser excluyentes sino complementarios (Gil-Monte, 2005).

Es fundamental establecer cursos de formación continuada, mejora de recursos instrumentales, y aumentar la competencia psicosocial del profesional. (Jano 3-9 marzo 2000)

3.- MOTIVACIÓN DE LOS ESTUDIANTES PARA ELEGIR LOS ESTUDIOS DE ENFERMERÍA

3.1.- DEFINICIONES

Según la RAE (Diccionario de la Real Academia Española):

Motivación:

1. f. Acción y efecto de motivar.
2. f. **motivo** (causa).
3. f. Ensayo mental preparatorio de una acción para animar o animarse a ejecutarla con interés y diligencia.

El término motivación en psicología y filosofía indica las causas que mueven a la persona a realizar determinadas acciones y persistir en ellas para su culminación.

Este término está relacionado con el de voluntad y el de interés.

Las distintas escuelas de psicología tienen diversas teorías sobre cómo se origina la motivación y su efecto en la conducta observable.

Motivación, en pocas palabras, es la voluntad para hacer un esfuerzo, por alcanzar las metas de la organización, condicionado por la capacidad del esfuerzo para satisfacer alguna necesidad personal.

La Motivación en el trabajo. Son las actitudes que dirigen el comportamiento de una persona hacia el trabajo y lo apartan de la recreación y otras esferas de la vida. (Wikipedia)

Según la “Enciclopedia Teide” la motivación tiene que ver con la causa impulsiva que determina la voluntad.

3.2.- PERFIL DEL ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA

3.2.1.- PRIMEROS ESTUDIOS

El libro “La enfermería y su identidad profesional” dice: *“Smith (1968) sostuvo que la motivación para [estudiar] enfermería es compleja y por consiguiente, para comprenderla se debía evaluar más de una dimensión de la persona”*.

Smith hizo un estudio con 546 estudiantes de primer año de diez escuelas de enfermeras diplomadas de Baltimore. Como conclusión vio que había siete factores:

- Factor I: De corazón tierno. En el que se incluye generosidad, disponibilidad y valor social. Las relaciones se caracterizan por la generosidad, lealtad y disposición a hacer las cosas con otros y por ellos.
- Factor II: El de voluntad fuerte. Aquí se incluye autonomía y extroversión, independencia, autodeterminación y confianza.
- Factor III: El místico-religioso. Aquí influyen los valores religiosos, sociales y la necesidad de intracepción. Influye el darse cuenta de las deficiencias en las condiciones sociales existentes desde un punto de vista humanista; la comprensión intuitiva de los otros libre de juicios y un interés por analizar el comportamiento, los sentimientos y la conducta.
- Factor IV: El religioso humilde. La convicción religiosa motiva un respeto por la vida con actitudes de gratitud, humildad y disposición al servicio.
- Factor V: El realizador dependiente: Lo más importante es la necesidad de generosidad. Es una dependencia activa acompañada

de la necesidad de logro, quizás en un sentido perfeccionista, con valores filantrópicos y altruistas.

- Factor VI. El realizador intelectual. Aparecen el valor teórico y la necesidad de logro.
- Factor VII: El dependiente-humilde. Este factor es de naturaleza esencialmente humilde y encarna necesidades como la de cuidar a otros y ser cuidado y sensibilidad a la belleza.

Los resultados indicaron que la pauta de necesidades para los estudiantes de enfermería era más compleja de lo que había demostrado investigaciones anteriores.

Cleveland (1961) investigó en 154 estudiantes de enfermería sus motivaciones conscientes e inconscientes para el ingreso en la profesión.

Los resultados de los cuestionarios indican que la principal razón consciente para ingresar en la carrera era el deseo de servir a la humanidad. El cuestionario indicaba también que en las estudiantes de enfermería la elección de carrera es precoz (Cohen, Helen A., 1988).

En este mismo libro hablando de la elección de la enfermería como carrera dice que tradicionalmente, las estudiantes ingresan en enfermería por razones de generosidad: quieren ayudar a la gente. La mayoría ha escogido la enfermería porque creían en la importancia de ayudar a los demás.

La mayoría de los investigadores consideran que la motivación basada en el afán de brindar atención y cuidados es un componente de la personalidad femenina, por oposición a otras motivaciones en la elección de carrera, tales como el interés científico, la seguridad laboral y las posibilidades de progreso.

Por otro lado Katz y Martin encontraron que muchas estudiantes no están seguras de cuándo ni por qué decidieron seguir enfermería.

La elección de carrera se da en forma casi tan precoz entre las enfermeras como entre los médicos, es una de las decisiones más tempranas en lo que se refiere a la carrera (Rogoff, 1957; Barnartt, 1976). La elección de la enfermera se hace sin tener en cuenta la consideración racional de otras alternativas, y sin eliminar otras posibles carreras. Esta elección precoz, combinada con la vaguedad de la fundamentación racional, hace pensar que la opción está vinculada con el rol femenino y ayuda a la estudiante a adquirir una identidad durante la adolescencia (Cohen, Helen A., 1988).

3.2.2.-PERFIL DEL ALUMNO DE ENFERMERÍA EN NUESTRO CONTEXTO ACTUAL.

En estos momentos en diferentes Universidades españolas determinan el perfil del alumno de Enfermería y las aptitudes que consideran importantes son:

- Capacidad de relación y de servicio.
- Marcada vocación de participación e intervención ante los conflictos de la sociedad actual.
- Motivación para desarrollar las aptitudes, habilidades y conocimientos propios de la profesión de Enfermería.
- Personalidad inquieta, crítica, renovadora en sus planteamientos y actitudes.
- Concepción humanista como marco de referencia filosófico y de comprensión de las actitudes y comportamientos humanos.
- Elevado sentido del principio de los valores humanos.
- Gran sentido de la ética y responsabilidad personal y profesional (Universidad Alfonso X El Sabio, 2006).

Hemos consultado varios artículos publicados en revistas de enfermería sobre el perfil de los estudiantes de Enfermería y los motivos que los llevan a elegir la profesión.

En un estudio hecho en Gerona el 85% de los estudiantes acceden a la diplomatura en primera opción de preinscripción. Del total de estudiantes un 89,9% son mujeres, del total un 57% tiene una edad entre 18 y 20 años y solo el 12% tiene más de 25 años. El 61,4% accede por selectividad y el 26,32% por Formación Profesional. Se matriculan por lo general de curso completo y asisten a clase regularmente en un 80,7%, el rendimiento académico es bueno: notable el 52% y aprobado el 30% en junio, solo al 6%

le quedan asignaturas pendientes para el siguiente curso. (Juvinyà Canals, D; et alt, 1996)

En un estudio hecho en Córdoba es el 65% de los estudiantes los que eligen Enfermería como primera opción. En éste el 88,9% son mujeres, con una edad media de 20 años. El 76,5% accede por selectividad, siendo para el 56,4% primera opción, y el 17% por Formación Profesional, siendo para el 100% primera opción.

Los principales factores que les han impulsado a elegir estos estudios son por orden decreciente: -curiosidad por el mundo de la sanidad, -oportunidad de ayudar a los demás, -poseer cualidades apropiadas para la profesión, -carrera de corta duración, -inquietud científica e investigadora, -buena retribución económica, -contacto con profesionales de Enfermería, -reconocimiento social de la profesión, -fácil incorporación al mundo laboral, -carrera fácil de aprobar.

El 75,3% seguirían estudiando Enfermería aunque hubiera otra carrera de igual duración, con buena retribución económica y con fácil incorporación laboral.

Los autores de este estudio destacan que hay una clara orientación vocacional hacia la profesión enfermera, a las que les gusta su trabajo cuando se incorporan al mundo laboral. (Ortiz Molina, S.; Sánchez Espejo, R., 2001)

En un estudio hecho en Las Palmas con respecto a la edad el mayor porcentaje es de 21,5% con 19 años, de los que un 85,3% son mujeres, el 96% elige la carrera libremente y solo un 13,3% eligió Enfermería como única opción. Un 90,6% eligen la carrera por su remuneración económica, este dato los autores lo relacionan con el hecho de que la mayoría son mujeres.

En cuanto a la elección de la carrera por ser de corta duración solo ha tenido en cuenta este factor un 25,3%. Un 66,6% ha tenido en cuenta las buenas perspectivas de futuro en la Enfermería. El 70,6% de alumnos están becados, por lo que se deduce un alto nivel de buenos estudiantes en la Escuela de Enfermería.

Los autores concluyen que en su estudio la elección de la carrera por vocación solo se cumple en la mitad de los encuestados. (Ojeda Pérez; et alt,)

En Zaragoza hicieron un estudio para conocer las motivaciones de I@s alumn@s de Enfermería en la elección de su carrera y vieron que en motivaciones las razones más importantes para elegir la carrera es la vocación para un 77,7%, seguido de posibilidad de tener un trabajo al finalizar los estudios con un 73,4%.

En este estudio el 70,5% tienen menos de 25 años y hay un 84,9% de mujeres. En cuanto al acceso ha sido de un 40,7% por selectividad y un 84,8% por Formación Profesional. El 95% respondieron que volverían a realizar estos estudios

Los autores de este estudio también destacan que los profesionales de enfermería sean personas vocacionales y a las que les guste su trabajo. (Tomás Aznar, C; Rabanaque Hernández, M^a J.,1996)

4.- FORMACIÓN CONTINUADA

4.1.- CONCEPTUALIZACIÓN

En 1976 un comité de expertos de la OMS define la formación continuada como: “la formación que sigue un profesional después de finalizar la formación básica o cualquier formación de especialización, con la finalidad de mantener y/o mejorar la competencia profesional. La formación para promocionarse en la carrera profesional o de especialización se contempla como parte de la formación continuada. Tampoco se han de confundir los términos formación continuada y reciclaje. Este último consiste nada más en la adquisición de nuevos conocimientos que se desarrolla en el ámbito científico y técnico de las respectivas disciplinas e implica iniciativas que interesan a nivel de sector y/o especialidad. La formación continuada es un proceso dinámico de desarrollo global de la profesionalidad, no nada más es el área de cognición (saber) sino también del área de habilidades prácticas (saber hacer) y el área afectiva o de las actitudes (saber ser) y va dirigida a las necesidades reales de la práctica y se relaciona con la calidad de las prestaciones de los servicios sanitarios. (Nolla Domenjó, N.; 1990)

4.2.- OBJETIVOS DE LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN CONTINUADA

Los objetivos generales a conseguir en los programas de formación son:

Actualizar los conocimientos y habilidades que permitan afrontar los avances producidos en las empresas y en la tecnología empleada en cada puesto de trabajo.

- Habilitar de manera progresiva al profesional para realizar tareas con mayor preparación y responsabilidad.
- Hacer de la formación laboral una fuente de satisfacción profesional, a la vez que se cubren las necesidades en los centros de trabajo.

A la vez se proyectan unos objetivos específicos como:

- Conocer y dominar las exigencias del propio puesto de trabajo.
- Poseer un dominio extensivo y polivalente.
- Estar capacitado para el diagnóstico y análisis de los problemas profesionales o trabajo en concreto.
- Utilización adecuada de materiales, técnicas... propios de la profesión o trabajo en concreto.
- Tomar conciencia de los cambios científico que hacen necesaria una transferencia y conocimientos tecnológicos.
- Predisponer favorablemente a la innovación con actitud básica para la formación permanente.

4.3.- CONTENIDOS DE LA FORMACIÓN CONTINUADA

La formación continuada incluye las actividades de aprendizaje planificadas que van más allá del programa de educación básica de enfermería y están diseñadas para proporcionar los conocimientos, la capacitación y las actitudes que permiten la mejora de la práctica profesional de enfermería. Así, la formación continuada incluiría la exposición de nuevos conceptos, procedimientos especiales y el aumento del nivel de experiencia cualificada. (Borrás Martí, E.; et altri. 2002).

La formación está considerada como un compromiso personal y continuado a lo largo de la actividad. “La formación continuada según Adam Shaff acabará siendo una obligación social”.

Pero a pesar de estos hechos no todo el personal de enfermería ni todas las organizaciones-instituciones funcionan igual en esta realidad que es la formación continuada.

Hay personal de enfermería motivado y con ganas de formarse por propia necesidad y los hay que su motivación son los baremos de los concursos de traslados, la obtención de nuevas plazas y la carrera profesional, así como hay quien no quiere ni oír hablar del tema.

4.4.- INFLUENCIA DE LA FORMACIÓN CONTINUADA EN EL BURNOUT

En las conclusiones de la mayoría de artículos revisados señalan como importante la formación:

- Invertir en formación relacionada con el puesto de trabajo. Como se comenta en el artículo los recursos humanos son el capital máspreciado de cualquier organización y, por ello, en la denominada sociedad del conocimiento se ha de transformar enormemente el clima interno de las organizaciones, primando la educación y la formación del factor humano como componente esencial de cualquier sociedad que quiera desarrollarse. Además dice que está demostrado que la formación continuada es una de las inversiones más productivas (Fraga Díez, 2001).
- Disponer de incentivos y oportunidades para la formación continuada y el desarrollo de la investigación (Gorgori, M., 2006).
- Creemos que es importante que exista una política institucional, por parte de los centros asistenciales, que permita una formación y un asesoramiento continuado a sus profesionales, [...] con el consiguiente beneficio interpersonal que repercutiría en la calidad asistencial de los servicios sanitarios, y que además evitaría el desgaste innecesario entre los profesionales de enfermería (García Sánchez, M. [et alt.], 1999).
- [...] existen pocos planes de acción preventiva que contengan formación en aspectos tan básicos como el aprendizaje en técnicas de autocontrol emocional, reestructuración cognitiva, técnicas de relajación y habilidades sociales como la comunicación asertiva o las técnicas de resolución de problemas y conflictos.

En este estudio los ítems que los encuestados han clasificado como “*muy frecuentemente*” son entre otros: “*La muerte de un paciente*”, “*Ver sufrir a un paciente*”, “*Sentirse impotente en el caso de un paciente que no mejora*”, “*Escuchar o hablar con un paciente sobre su muerte cercana*”, “*Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente a la familia del paciente*”, “*No disponer de una contestación satisfactoria a una pregunta hecha por un paciente*” (Muñoz París, M^a J., 2003).

- Formación en habilidades interpersonales para afrontar situaciones de carga emocional.

Al hablar de los modelos teóricos, explica como la Teoría cognitiva ve que la persona actúa de filtro de sus propias percepciones, por lo que los mismos hechos no son estresantes para todos los individuos. Si un profesional se queja depende de su forma de entender la relación con los clientes. Lo ideal sería tener un interés distante, mantener un equilibrio entre la objetividad y el acercamiento emocional (Rodríguez Trueba, J.C.; Tornos Rodríguez, E., 2002).

- Una medida conveniente para los hospitales sería la puesta en marcha de programas de formación para el personal del centro, en los que se brindaría la oportunidad de poner en práctica estrategias de protección frente al desarrollo del síndrome. (Olmedo Montes, M.[et alt.], 2001)

Gil-Monte en su libro *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo*, hace referencia a la formación en diferentes momentos:

- Las exigencias de expresiones emocionales pautadas como parte del desempeño del trabajo y las demandas de iniciativa, innovación y

capacidad de adaptación que requieren un aprendizaje permanente y continuo a lo largo de toda la vida.

- [...] y el hecho de que los individuos, por carencias de formación continuada, no encuentren las estrategias de afrontamiento adecuadas para manejar esas condiciones y/o síntomas que origina el estrés laboral percibido.
- [...] estrategias de afrontamiento. Los programas de formación dirigidos a mejorar las estrategias de afrontamiento del estrés (por ejemplo, entrenamiento en resolución de problemas, asertividad, habilidades sociales, etc.) resultarán también de utilidad para la prevención del SQT.

En otros momentos hace referencia a situaciones en las que la formación sería fundamental o de gran ayuda.

- [...]En este contexto adquiere relevancia el concepto de trabajo emocional, que se puede definir como el acto de expresar emociones socialmente deseadas durante las transacciones de los servicios.
- Ambos fenómenos presentan la particularidad de que tienen su origen en las relaciones interpersonales que se establecen entre los miembros de la organización, y en el caso del SQT se incluyen también las relaciones interpersonales que se establecen entre los miembros de la organización y sus clientes.
- Las relaciones interpersonales, en especial con los clientes de la organización, son la principal fuente de estrés que origina el desarrollo del proceso.

- En una entrevista, la enfermera comenta: *“Yo creo que fundamentalmente lo que influye para que se desarrolle el síndrome de quemarse por el trabajo es la actitud del enfermo hacia nosotros”*.
- Los miembros de las organizaciones que trabajan hacia personas se ven implicados en procesos continuos de intercambio social. En estos procesos, la incertidumbre sobre los límites de la relación, la implicación y el contagio emocional, la falta de control sobre los resultados de la tarea, los conflictos interpersonales, la percepción de la inequidad en los intercambios, o la falta de apoyo social, junto a la ausencia de programas de socialización laboral adecuados, van a ser variables fundamentales para entender el proceso del SQT.
- [...].Por otra parte, si las exigencias cognitivas del puesto de trabajo son excesivas al nivel de formación de los profesionales, puede verse afectada negativamente la evaluación que el sujeto realiza sobre sus aptitudes, y disminuir sus sentimientos de realización personal en el trabajo.
- [...].Esto es debido a que las relaciones interpersonales en el trabajo, en especial con los clientes de la organización, son conflictivas con demasiada frecuencia, o se evalúan de manera negativa.
- La calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo ya aparece identificada como uno de los principales desencadenantes del SQT en los estudios iniciales sobre esta patología. Maslach, en un estudio publicado en 1978, comenta la importancia que el rol del paciente tiene en la aparición del SQT, debido a que en las organizaciones de servicios las relaciones con los clientes son frecuentemente tensas y conflictivas y los profesionales no están formados adecuadamente para manejar el estrés emocional que se deriva de esas relaciones.

- Las relaciones conflictivas con los clientes es un problema que los miembros de la organización consideran muy relevante en la aparición del SQT debido a su frecuencia e intensidad.
- [...] estos profesionales trabajan frecuentemente con personas que presentan problemas y no colaboran con el profesional, y que son fuente de conflictos interpersonales; reciben con frecuencia críticas negativas sobre su ejecución, perciben que no logran los objetivos establecidos a pesar de realizar esfuerzos intensos para alcanzarlos, pues el éxito depende en parte de la colaboración del cliente , se sienten impotentes en la realización de la tarea, e influidos por la idealización de su profesión se atribuyen los fracasos profesionales. Además realizan trabajos en los que el manejo adecuado de las emociones forma parte de las tareas del puesto.
- Comentando el modelo de competencia social elaborado por Harrison (1983) dice que el profesional que empieza a trabajar en profesiones de ayuda está altamente motivado para ayudar a los demás, pero se encuentra a menudo con barreras en el entorno laboral que le dificultan su trabajo y conseguir sus objetivos y como consecuencia su percepción de eficacia puede resultar disminuida. Entre los factores que influyen está la capacitación profesional, es decir los conocimientos y la preparación para desarrollar esa profesión, ya que hay situaciones en las que se necesita algo más que la motivación para alcanzar el éxito.
- [...] los individuos, por carencia de formación continuada, no encuentren las estrategias de afrontamiento adecuadas para manejar esas condiciones y/o los síntomas que originan el estrés laboral percibido.

- Hablando del modelo sobre el proceso del SQT desarrollado por Edelwich y Brodsky (1980), explica que la tercera fase se caracteriza por la frustración y que el individuo se pregunta si vale la pena el trabajo que está haciendo, si tiene sentido ayudar a los demás cuando estos no colaboran.
- Los programas de formación dirigidos a mejorar las estrategias de afrontamiento del estrés (por ejemplo, entrenamiento en resolución de problemas, asertividad, habilidades sociales, etc.) resultarán también de utilidad para la prevención del SQT.

Uno de los artículos revisados habla de la formación continuada concretamente en Enfermería. La intención de los autores es abrir un debate en torno a este tema, por lo que analizan la planificación de las actividades de formación y hacen un análisis de las personas que se encargan de formar a los profesionales de Enfermería y acaban haciendo una serie de propuestas relacionadas con las deficiencias encontradas.

Los autores parten de la base de que la formación es un medio de garantizar un nivel óptimo de calidad en la atención de los usuarios, es una necesidad imprescindible para la actualización de conocimientos, de mejora, de realización personal y para llegar a la excelencia de los cuidados.

Al planificar las actividades de formación se deben tener en cuenta las necesidades individuales sentidas y expresadas por los trabajadores y las de la propia organización sanitaria que persigue una puesta al día permanente de las personas que en ella trabajan.

Esta formación incluiría la derivada de las funciones propias de Enfermería en su puesto de trabajo y su promoción profesional, la metodología y el material que debe utilizarse y debe de estar de acorde a la filosofía y a la política de la institución referente a la formación.

Es importante tener en cuenta la formación de los formadores. Hasta ahora han sido los mismos profesionales de enfermería expertos en el tema los que impartían la formación. Pero en algunos casos no saben transmitir el saber profesional y sobre todo no saben facilitar su comprensión a los participantes de los cursos ya que no tienen conocimientos suficientes sobre el proceso de aprendizaje y la utilización correcta de la evaluación como recurso de mejora

También apuntan que en las unidades de Formación Continuada de los Centros Sanitarios Públicos la formación se planifica desde los despachos sin saber si están respondiendo a las necesidades reales de los diferentes colectivos enfermeros.

Se programan cursos de reciclaje sin continuidad.

No suele haber evaluación de resultados y si se hace es de una manera muy superficial.

Hay pocas opciones en formación para Enfermería y el profesional ve la formación y el reciclaje como costoso en tiempo y dinero y casi siempre a cargo del trabajador.

Las propuestas de los autores van en varios sentidos:

- Sería conveniente que las Escuelas Universitarias de Enfermería tuvieran en cuenta las nuevas demandas de formación, bien en su formación inicial y/o bien en su formación continuada por medio de cursos de expertos, masters, etc.
- Los Departamentos de Enfermería deberían contar con personal especializado en metodología didáctica para dar apoyo y

asesoramiento de formación a los formadores, o bien establecer una colaboración con departamentos de Pedagogía.

- Sería conveniente abrir nuevas líneas de investigación para la planificación de actividades formativas basadas en el diagnóstico de necesidades, teniendo en cuenta la formación permanente del personal de docencia (Barquero González, A; et alt. 2000).

En el Hospital de Figueres hicieron un estudio en 2000 sobre la formación continuada.

Como dicen los autores la formación continuada es la adaptación y mejora constante del profesional en su puesto de trabajo para favorecer su competitividad y aumentar la calidad de sus resultados.

El objetivo principal de esta formación no es únicamente el enriquecimiento a nivel profesional sino también la mejora como repercusión directa del servicio ofrecido al usuario, sensibilizando a los trabajadores de la importancia de una cultura orientada al cliente-paciente, hacia la consecución de cumplir la misión de la empresa (Castanyer Figueres, F; 1998).

Para conocer las necesidades de formación de la empresa elaboraron un cuestionario dirigido a todos los profesionales del centro para detectar las expectativas, necesidades y demandas en formación, a partir de él realizaron un proyecto de formación que contemplaba unos objetivos y resultados a corto, medio y largo plazo

Llevaron a cabo también una evaluación de los resultados obtenidos.

Como conclusión extrapolable al centro es que la formación continuada es un deber y una necesidad vital para toda empresa que quiera mantener un nivel óptimo de competitividad, además favorece un clima laboral que implique a

sus trabajadores en la consecución de los objetivos haciéndose partícipe de ellos (Lizaur Barbudo, M.A; 2002).

Por lo tanto y tal como dice Argüello López la formación debe adquirir su protagonismo y un rol activo, y debe entenderse:

- Como una inversión y no como un gasto.
- Como un servicio y no como un producto
- Integrada operativa y estratégicamente en la gestión global de la empresa, y no como acciones aisladas que atienden a peticiones más o menos esporádicas y/o coyunturales (Argüello López, M^a T; 2005)

SEGUNDA PARTE

MARCO APLICADO

5.- CONTEXTUALIZACIÓN

5.1.- CENTRO A

5.1.1 BREVE HISTORIA

La Institución de la que depende el Centro se construyó el 1983 en Barcelona, integrando los servicios municipales de asistencia sanitaria que incluía dos Hospitales municipales, un Instituto Psiquiátrico, un Centro de Urgencias, un Centro Geriátrico y toda una serie de Centros de Asistencia Primaria (CAPs) y Centros de Orientación y Planificación Familiar (COPFs), además de centros docentes de investigación, una Unidad Docente, una Escuela de Enfermería (en convenio con la UB) y una Escuela de Formación Profesional.

La Institución nació con una gran vocación de servicio a la ciudad y a los ciudadanos. Desde su creación se ha ido desarrollando y modernizando de acuerdo con la evolución de la ciudad.

El envejecimiento de la población, sobre todo de *Ciutat Vella*, pero también la incorporación de la población de las nuevas áreas correspondientes a *Diagonal Mar* y la influencia de la población inmigrada, hacen que en la población de este área se hayan registrado cambios notables durante los últimos años. La respuesta de la Institución a esta nueva realidad social se concreta en la adaptación de los servicios que se ofrecen a la población para responder plenamente a estas nuevas necesidades.

El compromiso en el modelo de hospital comunitario de referencia de un marco territorial definido, la vinculación con la asistencia primaria como continuidad asistencial, el modelo de gestión integral y la mejora continua como metodología de trabajo son los grandes ejes de desarrollo de la Institución.

La docencia y la investigación han sido estímulos y generadores de valores añadidos para los profesionales y para el conjunto de la organización que refuerza la oferta asistencial de la Institución, definida como servicio integrado y multicéntrico que pretende ofrecer una continuidad asistencial y una elevada rapidez de respuesta a las demandas de los pacientes.

El objetivo clave y estratégico de la concepción de hospital comunitario ha avanzado enormemente con la presentación de una única oferta asistencial: un Hospital de referencia, un Hospital con líneas propias de diferentes especialidades, el Centro como recurso sociosanitario y de Salud Mental.

5.1.2 MISIÓN Y VISIÓN

El centro acerca los servicios de atención a las personas mayores a su población de referencia. Está especializado en la atención de las necesidades sanitarias de las personas mayores y de sus familias, lo cual comprende el diagnóstico, seguimiento y evaluación de la enfermedad.

La institución ha demostrado desde sus inicios, que tiene vocación de trabajar para las personas mayores. Ha adquirido una gran experiencia en la asistencia integral y cuenta con un servicio de geriatría acreditado para formar a los nuevos especialistas y un servicio de enfermería altamente especializado y motivado.

El Centro ofrece una atención especializada y de calidad en diferentes niveles asistenciales (hospitalización, hospital de día, atención a domicilio y consultas) para dar la respuesta más adecuada a las necesidades del paciente.

El equipo de profesionales de enfermería, médicos y trabajo social, entre otros, son expertos en la terapéutica sanitaria de las personas mayores y de sus familias, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y posterior seguimiento y evaluación.

El Centro consta de:

- Una unidad de Psicogeriatría, un área de hospitalización para enfermos de Alzheimer u otras demencias en fases avanzadas.
- Cinco unidades de atención geriátrica y sociosanitaria
- Hospital de Día de geriatría
- Trabajo Social
- PADES

- Consultas Externas de Geriatría
- Servicio de Rehabilitación y salas de tratamiento
- Salas de actividades polivalentes

5.1.3 FORMACIÓN CONTINUADA

En la Empresa existe el Departamento de Formación Continuada, que sienta las bases para un programa a nivel general y cada centro desarrolla su programa concreto.

El modelo a seguir es el de la “Organización que aprende basada en la gestión del conocimiento”.

En los tres últimos años en el centro A, se han organizado 21 cursos de contenido técnico y 26 cursos de contenido humanista. (Ver anexo).

En el convenio de los Trabajadores se garantizan 40 horas anuales de formación para los profesionales fijos e interinos. Así mismo se contempla la parte proporcional para el personal de horario reducido y para los suplentes que al menos hayan trabajado 90 días.

Está regulado el hecho de que estas horas se puedan utilizar tanto en los cursos internos como en los externos, siempre que tengan relación con la categoría profesional y el puesto de trabajo.

El objetivo de la normativa es garantizar el desarrollo de la competencia profesional.

Así mismo desde el año se ha desarrollado la carrera profesional. Los cursos de formación puntúan para alcanzar los cuatro niveles.

(Ver anexo I)

5.2.- CENTRO B

5.2.1.- BREVE HISTORIA

El Hospital B se inauguró oficialmente el 2 de octubre de 1906, es por lo tanto un hospital centenario. Está adscrito a la Universidad de Barcelona.

En su inicio tenía como organismos rectores dos juntas que eran autónomas y no se tenían que interferir. Una era la *Junta de Clínicas* formada por los catedráticos jefes de servicio y regía todos los aspectos técnicos, asistenciales y docentes. La otra era la *Junta Administrativa* que se cuidaba de los aspectos de la administración y la economía. Esta *Junta* estaba formada por siete miembros. Cuatro eran nombrados por el Ministerio de Instrucción Pública, uno por el rector de la Universidad y los otros dos eran representantes de la Diputación y el Ayuntamiento.

Desde su inicio la presencia de las monjas en el Hospital fue importante, vinieron como trabajadoras de “enfermería” y de servicios. La dotación varía un poco, pero no excesivamente con los años.

Las especialidades estaban bien diferenciadas con pabellones propios: Obstetricia, Ginecología, Pediatría, Dermatología, Oftalmología, Electroterapia. Además estaban los laboratorios y alguna otra especialidad, la cátedra de Terapéutica, el instituto de Fisiología y más adelante la cátedra de Anatomía Patológica.

El personal sanitario estaba formado por las comadronas, los practicantes y las monjas. Cuando se sustituyeron a las monjas después de la guerra civil y más adelante, en los años setenta la enfermería fue teniendo un papel cada vez más relevante en el conjunto de las profesiones sanitarias.

Con los años el progreso técnico y las necesidades hicieron que el Hospital fuera desarrollando otros servicios, como en el caso de las salas específicas para enfermos como en el caso de la tuberculosis o el cáncer.

El Hospital informaba, no solo al poder público sino también a los ciudadanos de las necesidades que tenía y recibía de algunos de ellos ayudas y donaciones y de esta manera podían empezar o acabar algunas de las obras que se iban haciendo en el hospital.

La década de los años veinte fue la más fructífera en donaciones.

A partir de los años treinta bajaron mucho las donaciones y la fuente de ingresos tubo que cambiar:

- Subvenciones oficiales a cargo del Estado, la Diputación Provincial y el Ayuntamiento de Barcelona.
- Ingresos derivados de la actividad asistencial.
- Ingresos procedentes de donaciones y fundaciones.
- Otros ingresos.

En los años treinta hubo cambios continuados en los representantes de la administración en la *Junta Administrativa* y la elección de la dirección del Hospital fue conflictiva. También cambio la estructuración y el orden dentro de los servicios

Al inicio de los cincuenta se establece que el Hospital tendrá la doble misión de asistencia a los enfermos pobres de la provincia y la de facilitar el cumplimiento de las finalidades de la enseñanza de la medicina.

Se crea la *Junta de Patronato* en la que tiene un papel decisivo la Diputación que escoge casi a toda la *Junta Administrativa*, que es la que lleva la función administrativa y para la función facultativa-docente se constituye una *Junta de Clínicas*.

A partir de este momento se asigna a cada integrante el pago de un porcentaje de los gastos del Hospital.

Es en esta década que se inician las reformas de las salas. Pasan de ser grandes salas comunes a salas de 4 camas.

A mediados de la década siguen las obras de transformación de las salas e instalaciones en general.

El Hospital estaba organizado en:

- Tres cátedras de Cirugía, unos servicios quirúrgicos independientes como Neurocirugía, Urología y algunas intervenciones de la sección de Cirugía Infantil y la cirugía ligada a problemas de dermatología.
- Tres Cátedras de Patología Médica, en un principio fueron dos pero se creó una tercera.
- Una Cátedra de Patología General.
- Clínica de Pediatría.
- Los servicios de Obstetricia y Ginecología.
- Otras especialidades como: Oftalmología, Otorrinolaringología, Dermatología, Psiquiatría.
- Otros servicios: Clínica de Terapéutica (Farmacología), Transfusiones, Toxicología, Terapéutica Física, Radiología, Anatomía Patológica, Microbiología.

En 1971 el Ministerio de Educación aprobó hacer un hospital nuevo en la zona universitaria. Se llegó a realizar un anteproyecto, pero, por diversas causas no se llevó a término.

En el año 1972 se marca definitivamente la profesionalización que ya se había empezado cuatro años antes. Se consolida la plantilla.

Hay una conversión arquitectónica, se pasa de las grandes salas a las habitaciones.

Las grandes diferencias de este periodo son.

- La profesionalización de los médicos y la creación de organismos de representación.
- Los pacientes que se atienden pasan de ser de beneficencia a ser pacientes que tienen un seguro dentro de la sanidad pública, son de la Seguridad social.

En estos momentos es uno de los grandes hospitales del país en asistencia y en investigación.

Los servicios están agrupados por subdivisiones. Después se crearon los Institutos, reuniendo servicios afines.

En 1982 se inaugura el polémico edificio de Urgencias.

En estos años el Hospital ha crecido mucho y en muchos aspectos, como es la calidad asistencial. Está considerado en muchos aspectos como el mejor del Estado ya sea en líneas de investigación como en técnicas de diagnóstico, entre otras.

Hubo un cambio profundo en la estructura de la asistencia en el hospital con el *Proyecto Prisma*. Significó la creación de Institutos por grandes áreas de especialidades concentrando servicios. Significó pasar de seis subdivisiones a quince Institutos. Al cabo de pocos años se hizo una reconsideración del proceso y se decidió reagrupar algunos de los quince Institutos iniciales en diez para optimizar la gestión.

A principios de 2006 los Institutos del hospital son:

- *Institut Clínic de Malalties Digestives i Metabolisme*
- *Institut de Neurociències*
- *Institut Clínic d'Espécialitats Mèdiques i Espécialitats*

Quirúrgiques

- *Institut Clínic de Medicina i Dermatologia*
- *Institut Clínic de Malalties Hematooncològiques*
- *Institut clínic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia*
- *Institut Clínic del Tòrax*
- *Institut Clínic de Nefrologia i Urologia*
- *Centre de Diagnòstic Biomèdic*
- *Centre de Diagnòstic per la Imatge*
- *Dicecció Mèdica.*

El organismo técnico más característico del hospital era la *Junta de Clínicas*, que se modificó en su composición y en el nombre pasando a llamarse *Junta Facultativa* y pasó a ser presidida por el director médico del hospital.

En estos momentos el principal proveedor de servicios del hospital, el *Servei Catalá de la Salut*, y en último término la *Conselleria de Sanitat*, no están

entre los órganos de gobierno del Hospital, ni tienen representación. En cambio si que tienen de manera muy directa responsabilidad en su economía.

5.2.2.- MISIÓN Y VISIÓN

El Hospital B está situado en la izquierda del ensanche barcelonés. Tiene asignada, conjuntamente con el Hospital del Sagrado corazón y la Clínica Platón, una población de referencia de 540.000 habitantes.

Tiene una plantilla, a finales de 2005 de 3.682 trabajadores y 289 residentes. Está formada por 617 facultativos (sin incluir a los residentes), 2.168 trabajadores de enfermería y 897 trabajadores de soporte, y con un 48% de la plantilla con una edad superior a 46 años.

El Hospital tiene como objetivo consolidar el modelo de hospital dual, es decir, de Hospital Comunitario que atiende a su población de referencia y a la vez de Hospital Terciario y de Alta Complejidad (de 800 mil a 7 millones de habitantes).

Como Hospital Comunitario lleva a cabo el despliegue de la reforma de la atención especializada en coordinación con el *CatSalut* y con los otros proveedores de la zona de influencia, contemplando el desarrollo de la hospitalización a domicilio y la telemedicina.

También lleva a cabo la consolidación de la Cirugía Mayor Ambulatoria y de Corta Estancia con el objetivo de mejorar la accesibilidad y el tiempo de respuesta de los procedimientos quirúrgicos de los pacientes de la zona de influencia.

En su vertiente de Hospital Comunitario también participa en la actualidad en la gestión de tres equipos de atención primaria en la zona de influencia, bajo diferentes formas de colaboración con otros proveedores.

Como hospital comunitario y de alta complejidad el objetivo es consolidar el modelo transversal de oncología, avanzando en el diagnóstico preventivo y precoz del cáncer, organizando nuevos dispositivos como la hospitalización a domicilio, potenciado los cuidados paliativos e introduciendo las técnicas diagnósticas y terapéuticas más avanzadas

Como hospital de alta complejidad el objetivo es la innovación tecnológica en quirófanos, unidades de endoscopia, radiodiagnóstico, laboratorio, sistemas de información y telemedicina.

Siguiendo esta línea está la consolidación de las líneas actuales de trasplante y despliegue de nuevos programas y optimización de recursos.

El Hospital apuesta por un modelo que asegure la continuidad asistencial mediante una alianza estratégica con un proveedor principal especializado en servicios sociosanitarios y que de respuesta a la mayor parte de necesidades sociosanitarias de los pacientes ingresados en el Hospital, manteniendo relaciones con otros proveedores y que asegure una coordinación óptima que permita optimizar el uso de las camas de agudos del Hospital.

En el área de salud mental el reto de futuro del Hospital está en consolidarse como centro de referencia de la nueva unidad territorial integrada en la *Esquerra de l'Eixample, Les Corts i Sants-Montjuïc*. El Hospital atiende las urgencias psiquiátricas y la hospitalización de más alta complejidad, bajo una alianza estratégica con *Sant Joan de Déu - Serveis de Salut Mental*

El Hospital tiene una larga tradición en investigación que lo ha situado como institución de referencia tanto en el ámbito nacional como internacional.

En él se llevan a cabo actividades de docencia relevantes a nivel de pregrado y postgrado, incluida la formación de médicos residentes y de forma continuada del personal de plantilla.

La salud internacional es un ámbito de excelencia del Hospital y un referente en el ámbito nacional e internacional basado en el modelo que comporta la integración de un potente grupo de investigación con instituciones asistenciales y académicas de primer nivel. Mantiene colaboraciones con Mozambique, Marruecos y Argentina. Es el centro de referencia de la patología importada y de la atención al viajero internacional.

La empresa Barnaclínic, vinculada al Hospital, tiene la vocación de desarrollar actividades asistenciales para los pacientes no financiados por el Sistema Público de Salud con el objetivo de incrementar los ingresos para repercutir en beneficio de la actividad pública, fidelizar a los profesionales bajo un modelo que no suponga ningún conflicto con las prestaciones públicas, colaborar en la mejora de la eficiencia de la capacidad asistencial del Hospital y conseguir a medio plazo ser referente en la sanidad privada.

5.2.3 FORMACIÓN CONTINUADA

El centro B ha considerado que este no es el momento adecuado para dar información sobre la formación que se ha llevado a cabo en el centro durante los tres últimos años, ya que se encuentra en proceso la creación de un programa de Formación Continuada.

En cuanto al convenio, existe una Disposición Adicional que regula la formación profesional y la asistencia a congresos (ver anexo II).

6.- DISEÑO DEL ESTUDIO

6.1.- METODOLOGÍA

Descriptiva de base encuestacional.

6.2.- HIPÓTESIS

Los motivos que llevan a escoger Enfermería influyen en el grado de Burnout que presenta el profesional.

6.2.1. SUBHIPÓTESIS

La formación que escoge el profesional influye en el índice de Burnout que presenta.

6.3.-VARIABLES

6.3.1 INDEPENDIENTES

- Motivos que deciden al estudiante a escoger los estudios de Enfermería.
- Formación continuada que sigue el profesional de Enfermería.

6.3.2 DEPENDIENTE

Grado de Burnout que presenta el profesional de Enfermería.

6.3.2 INTERVINIENTES

- Personales: Edad, género, estado civil, cargas familiares, etc.
- Formativas: Cursos, talleres, postgrados, etc. a cargo de la empresa o de libre elección.
- Sociolaborales: Años de profesión, tipo de contrato de trabajo horario, entorno laboral, etc.
- Institucionales: Hospital de agudos y centro sociosanitario.

6.4.- POBLACIÓN Y MUESTRA

La población dónde hemos desarrollado la investigación la hemos extraído de un centro sociosanitario (CSS), que llamaremos centro A y de dos unidades de Medicina Interna (MI) y de una Unidad de Geriátrica de Agudos (UGA) pertenecientes a la misma institución, que nombraremos como Centro B.

La población del centro A, está compuesta por 30 enfermer@s . La muestra del centro B, está compuesta por 26 enfermer@s de MI y 16 de UGA

La muestra ha sido de 27 enfermer@s que han contestado el cuestionario en el CSS, 14 que lo han hecho en MI y 16 en la UGA.

6.5.- INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Para obtener los datos y medir las variables de nuestro estudio, se ha utilizado una encuesta que consta de dos instrumentos, la escala MBI, y un cuestionario compuesto de 20 ítems, que recoge datos personales, sociolaborales, del puesto de trabajo, la motivación para estudiar enfermería y la formación recibida en los últimos tres años.

Desde el punto de vista de validez del contenido del cuestionario, sobre los criterios de univocidad, pertinencia e importancia, el cuestionario fue validado por el sistema de jueces, compuesto por 9 profesionales, relacionados con docencia, investigación y gestión de enfermería.

Después de la validación realizamos las modificaciones oportunas.

Hemos presentado la encuesta teniendo en cuenta las condiciones que se requieren para pasar la escala MBI a los profesionales:

Confidencialidad y privacidad, tiempo necesario para completarla, entre 10 y 15 minutos, y presentada como una encuesta de las actitudes de las personas o profesionales ante su trabajo. (Maslach, C., 1997).

La encuesta se pasó durante una semana en los diferentes turnos, a todos los profesionales de enfermería que se encontraban, en ese periodo de tiempo, en los diferentes servicios estudiados.

En total recogimos 57 encuestas.

7.- RESULTADOS

7.1.- INTRODUCCIÓN GENERAL

Los resultados están presentados siguiendo el orden del cuestionario.

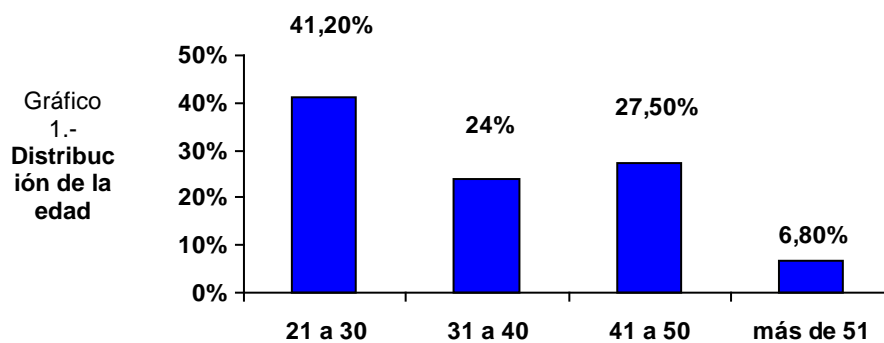
Para el análisis de la información recogida se ha utilizado el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), implicando tanto estrategias de análisis descriptivo como inferencial.

Posteriormente describimos los cruces que hemos encontrado significativos para la investigación.

7.2.- CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

7.2.1 VARIABLES PERSONALES

La **edad** media de la muestra de análisis es de 35,34 años, con un valor mínimo de 21 años y un máximo de 57 años, y una desviación de 10,395 años. La mayoría, un 41,20%, tiene una edad entre 21 y 30 años, un 24% entre 31 y 40 años, seguido de un 27% que tienen entre 41 y 50 años y con más de 51 años solo un 6,80%.



El **sexo** es mayoritariamente femenino con un 94,8 % de mujeres frente a un 5,2 % de hombres. Este dato refleja claramente la feminización en la profesión enfermera.

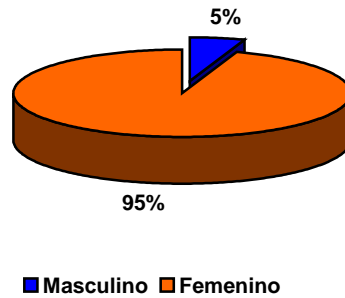


Gráfico 2.- Distribución del Género

En cuanto al **estado civil**, vive en pareja un 50 %, seguido de un 46,6 % que vive solo y el resto separado/divorciado con un 3,4 %.

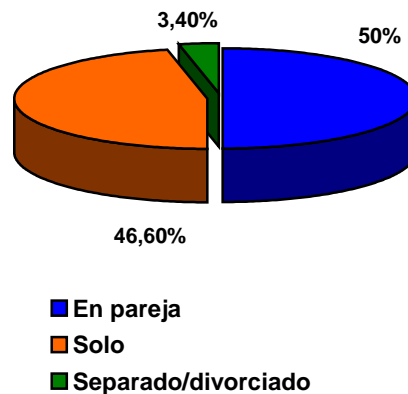


Gráfico 3.- Distribución del Estado Civil

7.2.2 VARIABLES DE CARGAS FAMILIARES

Número de hijos el 56,9 % no tiene hijos, seguido de un 22,4 % con 2 hijos, un 15,5 % con 1 hijo, un 3,4 % con 3 hijos y finalmente un 1,7 % con 4 hijos. Relacionando estos datos con los de la edad, parece ser que los hijos se han tenido pasados los treinta años.

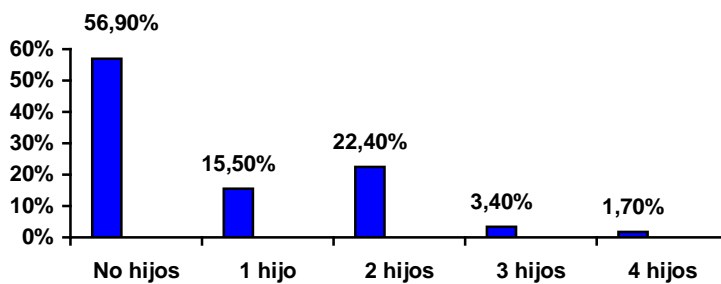


Gráfico 4.- Nº de hijos

La mayoría no tiene **hijos menores a su cargo** con un 74,1 %, seguido de un hijo en un 13,8 %, 2 hijos en un 10,3 % y en último lugar 3 hijos en un 1,7 %.

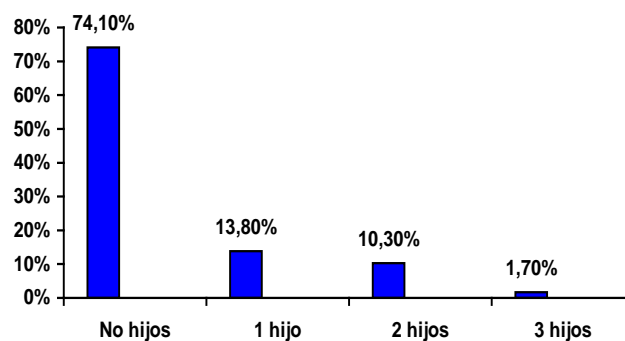


Gráfico 5.- Nº de hijos menores a su cargo

Un 93,1 % de la muestra no tiene **familiares enfermos a su cargo**, seguido de 1 familiar en un 5,2 % y de 2 familiares en un 1,7 %.

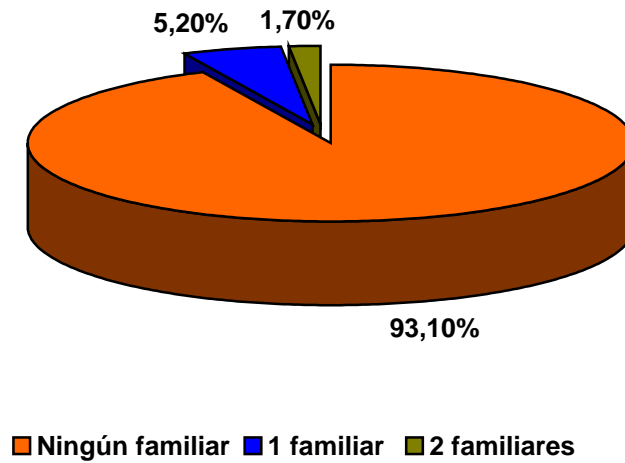


Gráfico 6.- Familiares enfermos a su cargo

7.2.3. VARIABLES SOCIOLABORALES

Los **centros de trabajo** donde se ha realizado la encuesta son: un centro sociosanitario de una institución, y dos unidades de medicina interna (MI) y la Unidad de Geriátrica de Agudos (UGA) de otra institución. Los participantes pertenecen en un 46'6% al CSS, el 27'6% a la UGA y finalmente el 25'9% a MI.

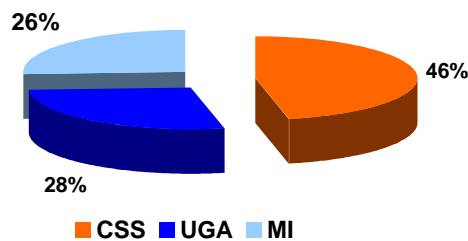


Gráfico 7.- Distribución de la muestra

Los **años de ejercicio profesional** se distribuyen principalmente entre 0 a 5 años con un 37,9 %, seguido de 6 a 10 años en un 20,7 %, continúan dos grupos el de 16 a 20 años y el de 26 a 30 años con un 13,6 %, posteriormente va el grupo de 11 a 15 años con un 6,8 % y finalmente, otros dos grupos de 21 a 25 y de 31 a 35 con el 3,4 % en cada uno.

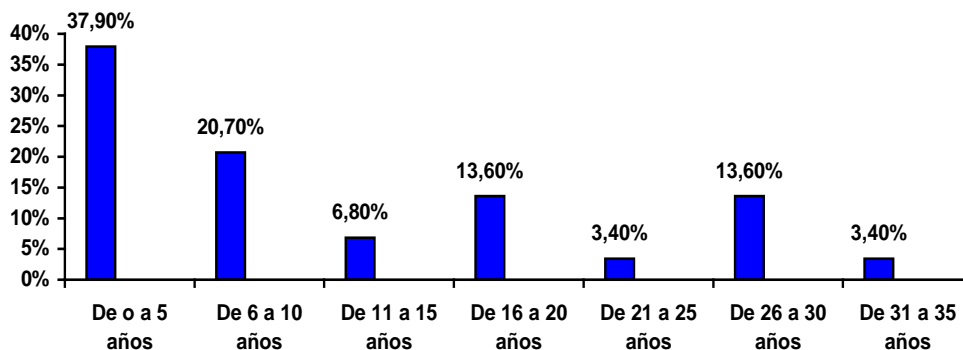


Gráfico 8.- Años de ejercicio profesional

El **número de instituciones** en las que ha trabajado como enfermer@ sigue una progresión ordenada de menos a más. Un 36,2 % de los casos ha trabajado en una sola institución, seguido de un 25,9 % en 2, un 15,5 % en 3, un 8,6 % en 4, un 6,9 % en 5, 5,2 % en 6 y finalmente un 1,7 % en ocho instituciones.

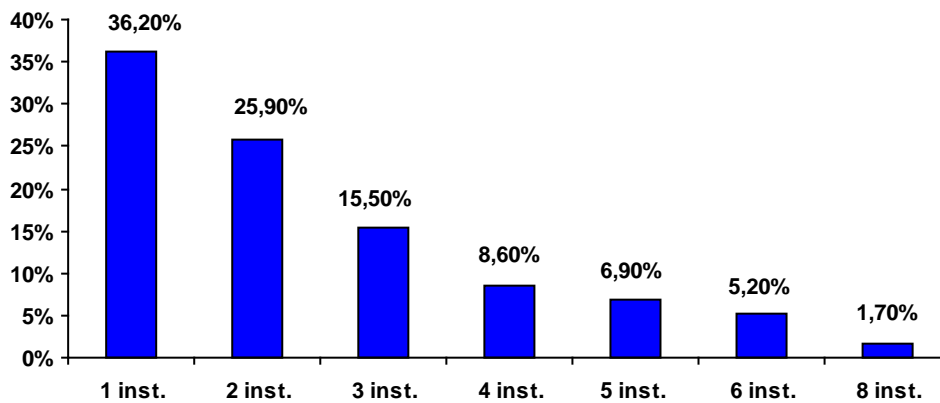


Gráfico 9.- Nº de instituciones en las que han trabajado.

Los encuestados en su mayoría no **cambiarían su centro de trabajo** en un 93'1 %, sí lo harían en un 6'9 %.

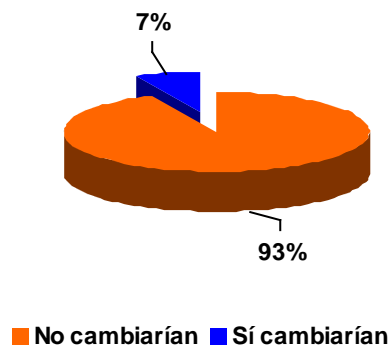


Gráfico 10.- Deseo de cambiar de centro de trabajo

Los **meses de suplencias** varían de 0 meses, no han hecho suplencias en un 15,5 % a 120 meses en 1,7 %. Destacan un 10,3 % las personas que han hecho 48 meses de suplencias, unos cuatro años.

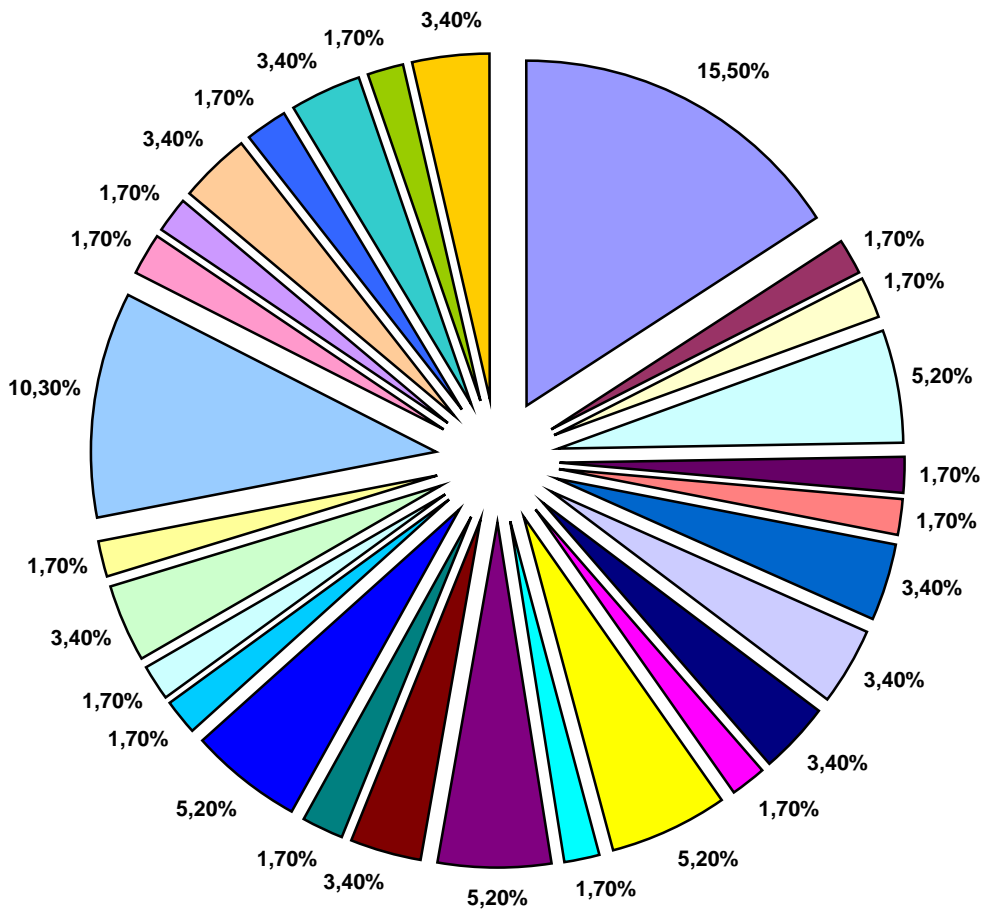


Gráfico 11.- Meses de suplencias

En cuanto a los **meses de interinaje**, destacan los profesionales que no han hecho ningún interinaje en un 63,8 %. Han trabajado con este tipo de contrato de 2 meses y medio a 84 meses en proporciones igualadas.

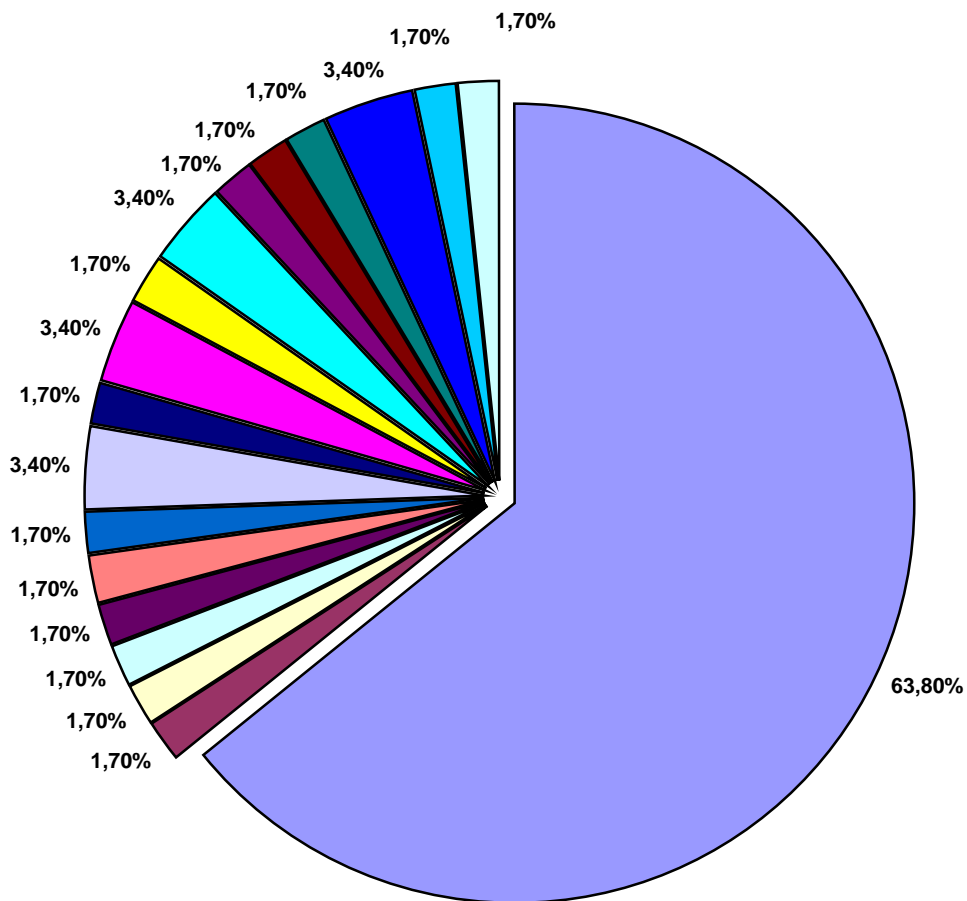


Gráfico 12.- Meses de interinaje

En relación a **años de plaza fija**, un 54 % de los encuestados no tienen plaza fija. El resto varía de 2 a 33 años, en proporciones similares. Destacando los que la tienen hace 16 años en un 8,6%.

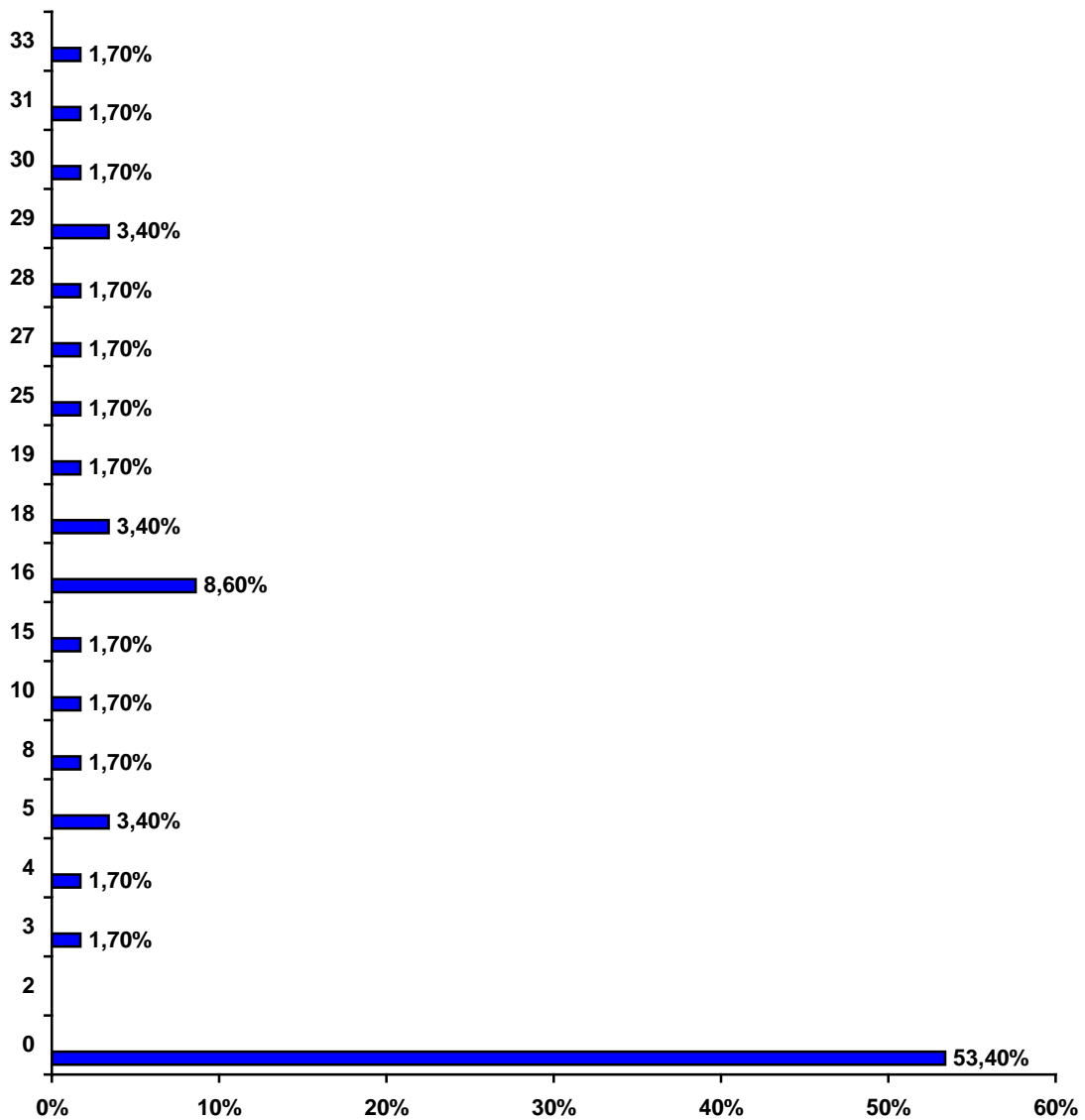


Gráfico 13.- Años de plaza fija

7.2.4 VARIABLES DEL PUESTO DE TRABAJO

El 70'7 % de los encuestados no **cambiaría su puesto de trabajo**, frente al 29'3 % que sí lo haría. Relacionando estos datos con quién cambiaría de centro de trabajo (no 93,1 %, sí 6,9 %), vemos que casi una tercera parte cambiaría de puesto de trabajo, aunque dentro de la misma institución.

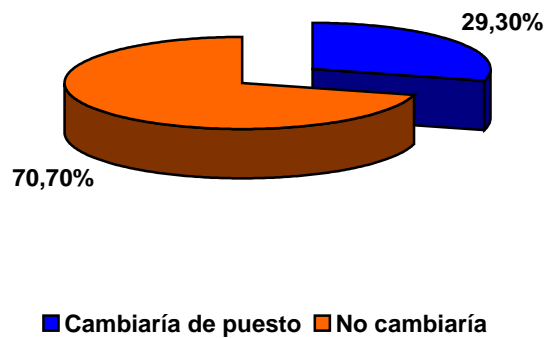


Gráfico 14.- Deseo de cambiar de puesto de trabajo

En cuanto al **turno**, la mayoría de los encuestados trabaja en el turno de mañana en un 31 %, seguido de cerca por los que trabajan en el turno de tarde en un 29,3 %, en una proporción inferior los del resto de turnos.

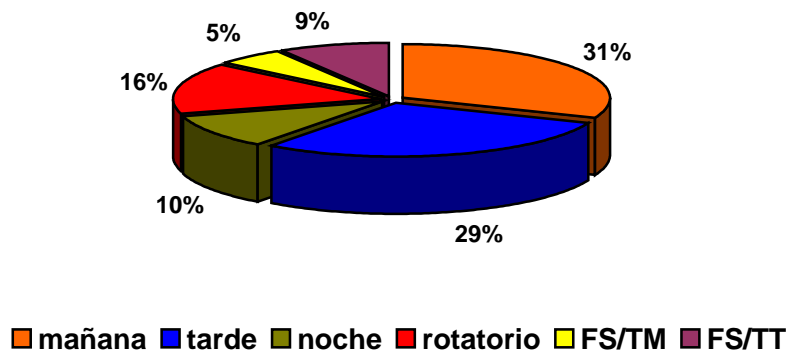


Gráfico 15.- Turno de trabajo

En referencia al número de **años en el turno**, la mayoría de los encuestados, un 27,6 % no llega a un año en el turno, seguido de un 13'8 % que lleva un año. Continúan en un porcentaje parecido hasta los 30 años.

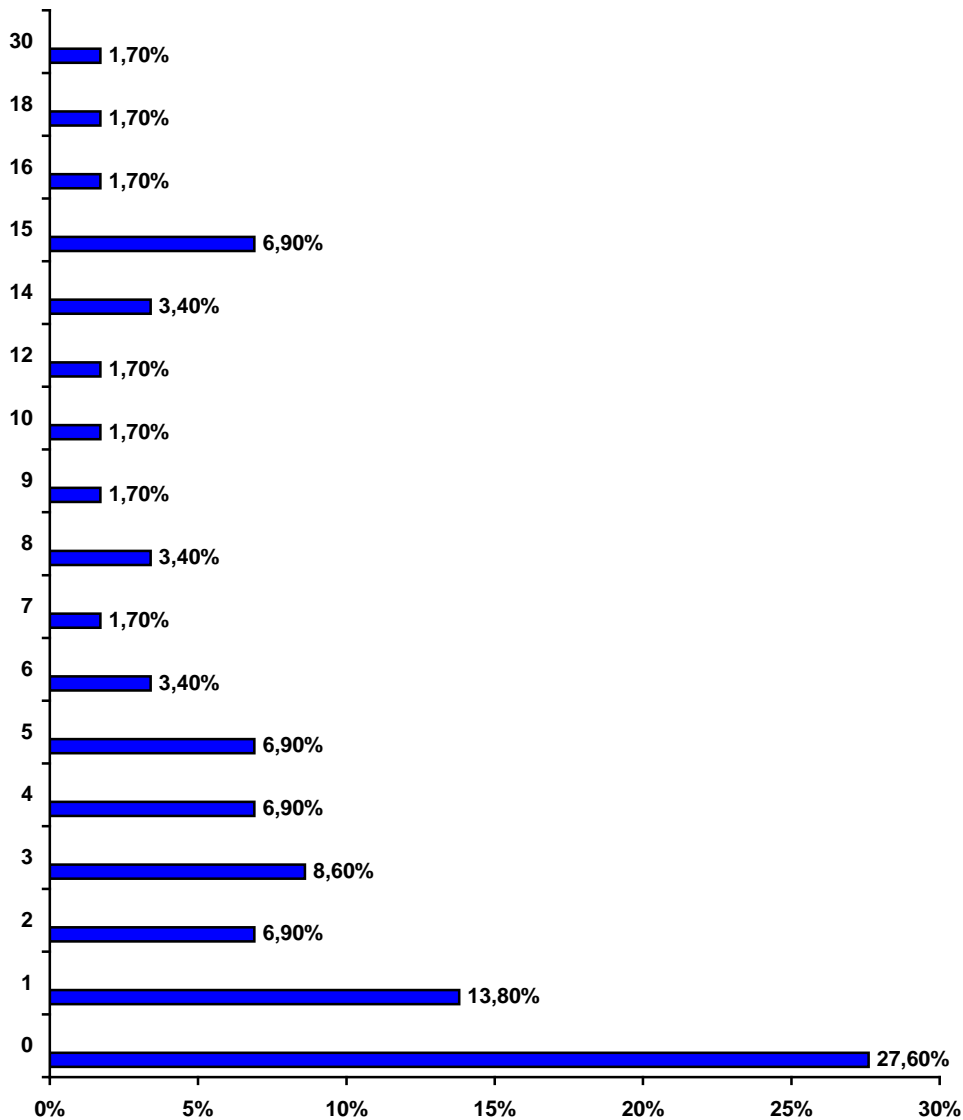


Gráfico 16.- Años en el turno

La mayoría de los encuestados no **cambiaría de turno**, están contentos con su turno en un 62,1%. Los que sí cambiarían el turno son el 37,9%.

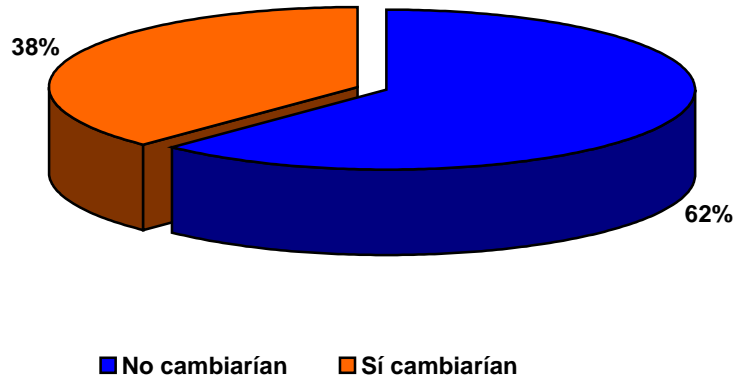


Gráfico 17.-Cambiaría de turno

7.2.5 MOTIVACIÓN PARA ESTUDIAR ENFERMERÍA

7.2.5.1.- Primera motivación

La primera motivación que se destaca para estudiar enfermería es “ayudar a los demás” en un 60,3 %.

Sigue que los encuestados opinan que es un pensamiento que han tenido desde siempre en un 24,1 %.

Otras razones en un 10,3 %. Y en igual, y poca proporción, tener un familiar con la misma profesión, ser fácil la inserción laboral o haber vivido una situación de enfermedad con un 1,7%.

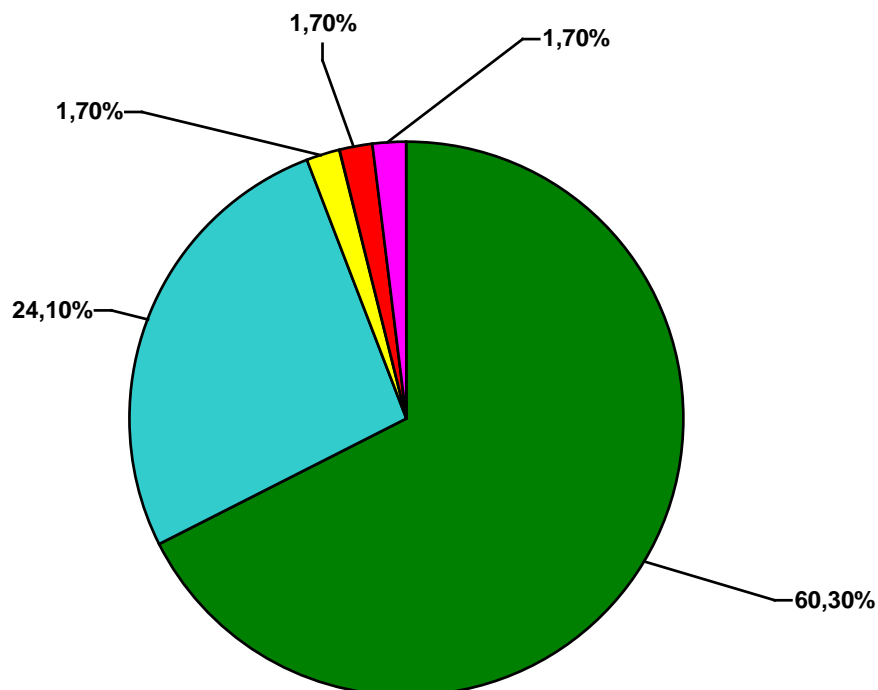


Gráfico 18.- Primera motivación

7.2.5.2.- Segunda motivación

Destaca también en la segunda motivación el deseo de “ayudar a los demás” en un 28,8%, seguido de que lo han pensado desde siempre con un 23,1% y un 17,3% el motivo es que tengan un familiar de la misma profesión.

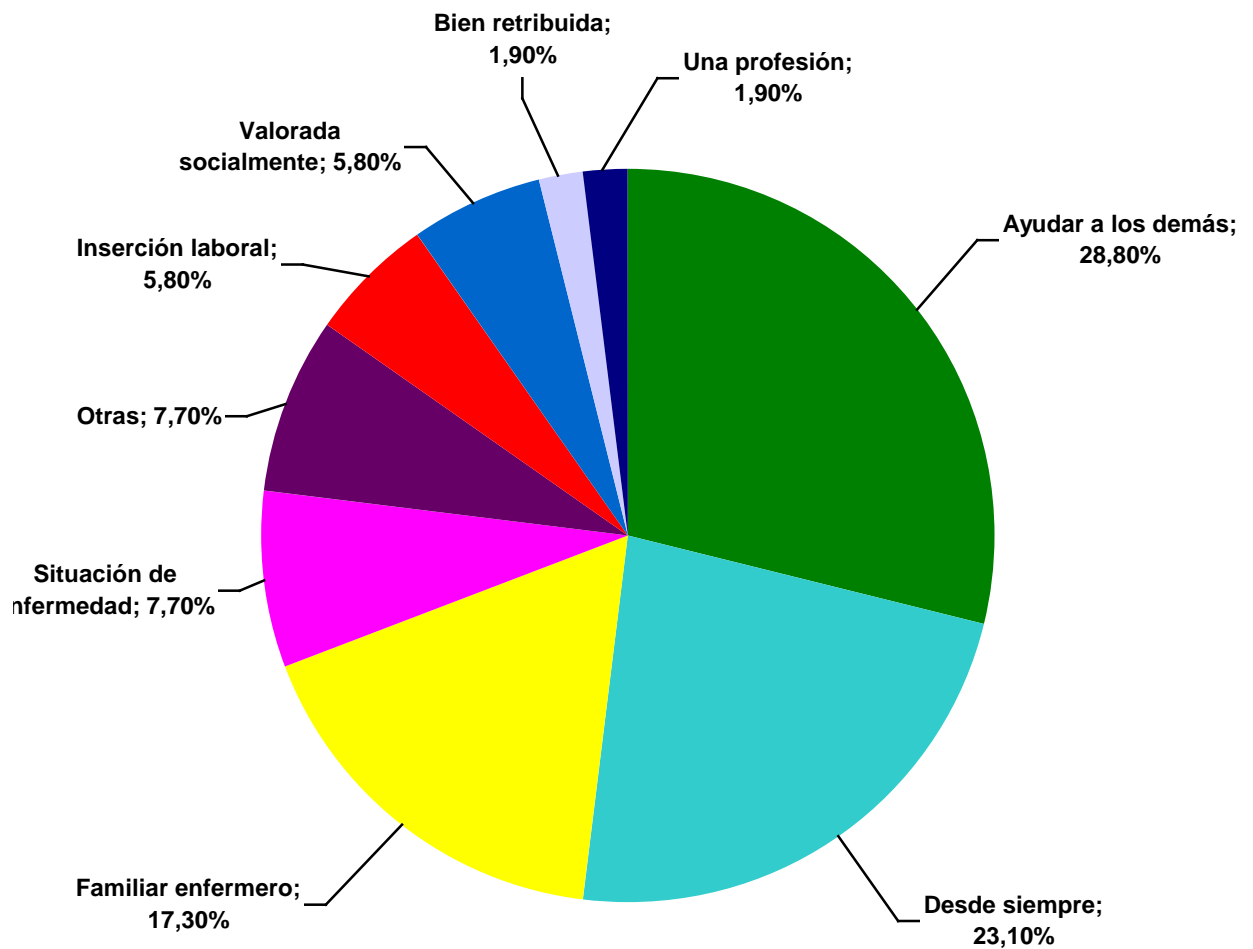


Gráfico 19.- Segunda motivación

7.2.5.3.- Tercera motivación

Aquí las motivaciones difieren de los dos anteriores ítems. Destaca con un 25 % inserción laboral, 16 % valorada socialmente, 14 % es una profesión como otra cualquiera, 14 % está bien retribuida, 9,3 % otros motivos, 7 % porque tiene un familiar enfermero, 7 % ha vivido una situación de enfermedad, 4,7 % ha querido ser enfermer@ desde siempre y un 2,3 % para ayudar a los demás.

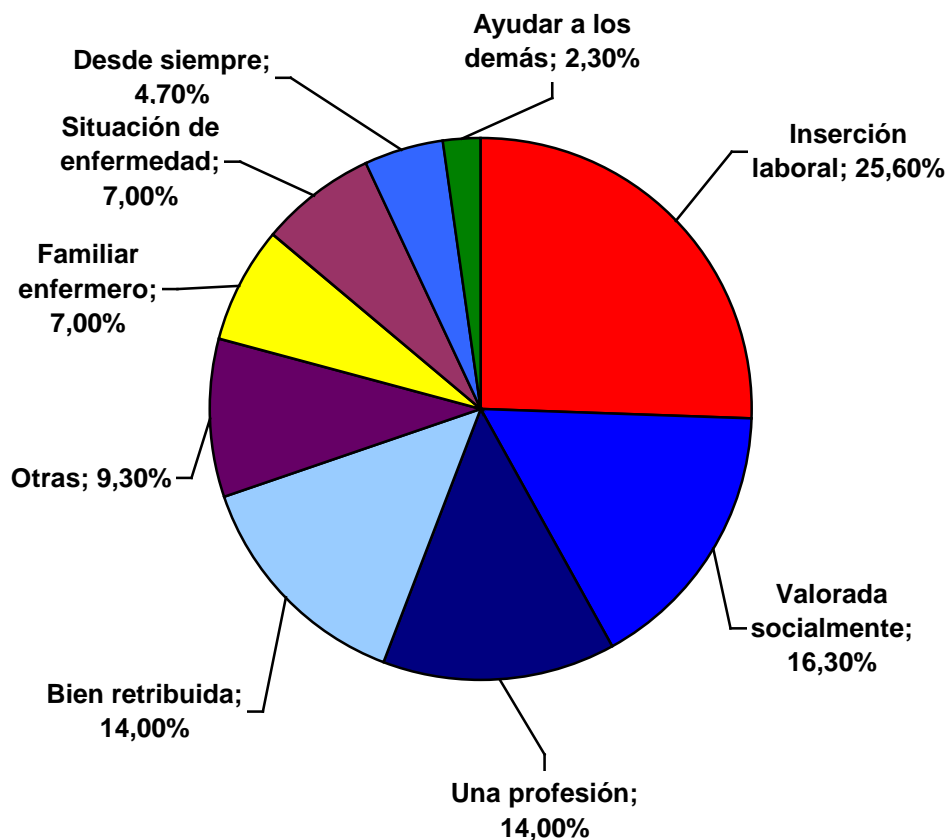


Gráfico 20.- Tercera motivación

7.2.6.- ESCALA MBI

7.2.6.1.- Grado de afectación en la muestra

Una vez realizado el análisis de los resultados de la escala MBI, obtenemos los siguientes datos:

ESCALA M.B.I	Media	Desv.
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	1,96	1,46
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	4,14	1,55
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.	1,65	1,64
4. Fácilmente comprendo como se sienten las personas.	5,35	1,09
5. Creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos impersonales.	0,28	0,64
6. Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo.	2,72	2,21
7. Trato muy eficazmente los problemas de las personas.	5,09	1,41
8. Me siento “quemado” por mi trabajo.	1,16	1,38
9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás.	5,46	1,03
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.	0,86	1,68
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	0,88	1,36
12. Me siento muy activo.	5,46	1,19
13. Me siento frustrado en mi trabajo.	0,84	1,32
14. Creo que estoy trabajando demasiado	2,49	2,01

15. No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunas personas a las que doy servicio.	0,81	1,85
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.	1,28	1,44
17. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio.	5,09	1,40
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas.	5,42	1,17
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.	5,09	1,43
20. Me siento acabado.	0,25	0,96
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.	4,91	1,39
22. Creo que las personas que trato me culpan de alguno de sus problemas.	0,61	1,20

Comparando con la tabla de puntuación del cuestionario de Maslach observamos que se refleja un nivel medio de afectación en el factor de cansancio emocional, un nivel bajo en despersonalización y un nivel bajo de afectación en realización personal

ESCALA M.B.I	Media	Desv.
Cansancio emocional	20,42	8,33
Despersonalización	3,43	3,65
Realización personal	41,85	6,35

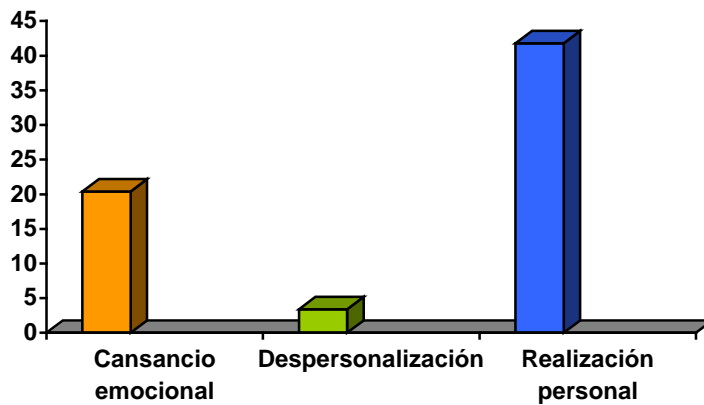


Gráfico 21.- Resultados totales agrupados por factores.

7.2.6.2.- Grado de afectación por unidades.

ESCALA M.B.I	CSS	MI	UGA
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	1,74	2,14	2,19
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	2,26	3,86	4,19
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.	1,59	1,21	2,13
4. Fácilmente comprendo como se sienten las personas.	5,63	5,43	4,81
5. Creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos impersonales.	0,30	0,07	0,44
6. Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo.	2,70	2,86	2,63
7. Trato muy eficazmente los problemas de las personas.	5,52	5,29	4,19
8. Me siento “quemado” por mi trabajo.	1,26	1,29	0,88
9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás.	5,37	5,50	5,56
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.	0,93	0,36	1,19
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	0,56	1,29	1,06
12. Me siento muy activo.	5,41	5,57	5,44
13. Me siento frustrado en mi trabajo.	0,81	0,57	1,13
14. Creo que estoy trabajando demasiado	2,81	2,36	2,06
15. No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunas personas a las que doy servicio.	0,78	1,07	0,63
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.	1,22	1,71	1,00
17. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio.	5,22	4,79	5,13

18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas.	5,56	5,43	5,19
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.	4,85	5,43	5,19
20. Me siento acabado.	0,15	0,36	0,31
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.	5,37	4,71	4,31
22. Creo que las personas que trato me culpan de alguno de sus problemas.	0,59	0,36	0,88

Combinando los tres factores con las tres unidades observamos que el cansancio emocional es muy similar en las tres. Se observa una muy ligera disminución en MI con respecto al CSS y en la UGA con respecto a MI, aunque no es significativo.

En despersonalización los valores obtenidos son iguales en el CSS y en MI y aumenta un poco en la UGA.

La realización personal es más alta en el CSS, baja levemente en MI y baja algo más en la UGA.

RESULTADOS	CSS	MI	UGA
Cansancio emocional	20,81	20,35	19,81
Despersonalización	3,14	3,14	4,18
Realización personal	42,92	42,14	39,81

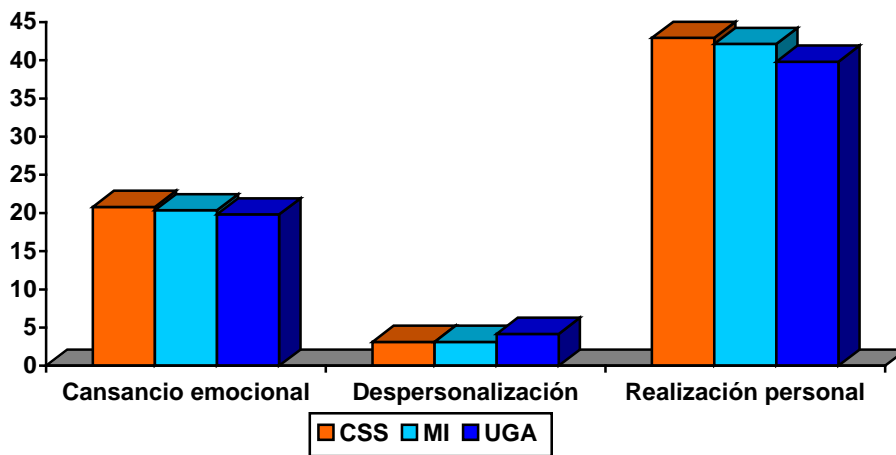


Gráfico 22.- Grado de afectación por unidades

Profundizando en los resultados expuestos en la tabla anterior observamos que hay una diferencia significativa en las respuestas obtenidas en los ítems 4, 7 y 21, que hacen referencia al factor Realización Personal, entre la UGA y las otras dos unidades.

Análisis del ITEM nº 4. (Fácilmente comprendo como se sienten las personas).

Centro de trabajo	N	Subconjunto para alfa = 0'05	
		1	2
CSS	27		5,63
MI	14	5,43	5,43
UGA	16	4,81	
Sig.		0,090	0,575

Análisis del ITEM nº 7. (Trato muy eficazmente los problemas de las personas).

Centro de trabajo	N	Subconjunto para alfa = 0'05	
		1	2
CSS	27		5,52
MI	14		5,29
UGA	16	4,19	
Sig.		1,000	0'603

Análisis del ITEM nº 21. (En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma)..

Centro de trabajo	N	Subconjunto para alfa = 0'05	
		1	2
CSS	27		5'37
MI	14	4'71	4'71
UGA	16	4'31	
Sig.		0,373	0'148

En la UGA, los resultados obtenidos en los ITEMS, 7. 4 y 21 son menores que en las otras dos unidades, FORUM y MI.

Estos puntos hacen referencia en la escala MBI, a la Realización Personal, y van ligadas a la comunicación la empatía y la resolución de problemas (Ver items de la escala MBI).

Combinando los tres factores con la variable **cambiaría de turno** vemos que no influye significativamente, ya que los valores obtenidos entre los que sí cambiarían o no cambiarían son muy similares.

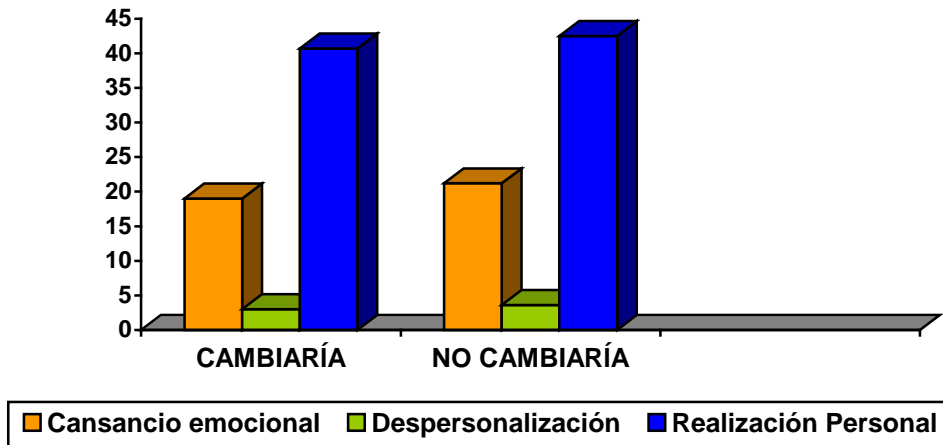


Gráfico 23.- Relación de los factores con cambio de turno.

En el caso de combinar los factores con **cambiaría de puesto de trabajo**, ocurre algo similar, en este caso hay una pequeña variación, aunque no significativa. Los que sí cambiarían de puesto de trabajo presentan una realización personal algo más baja.

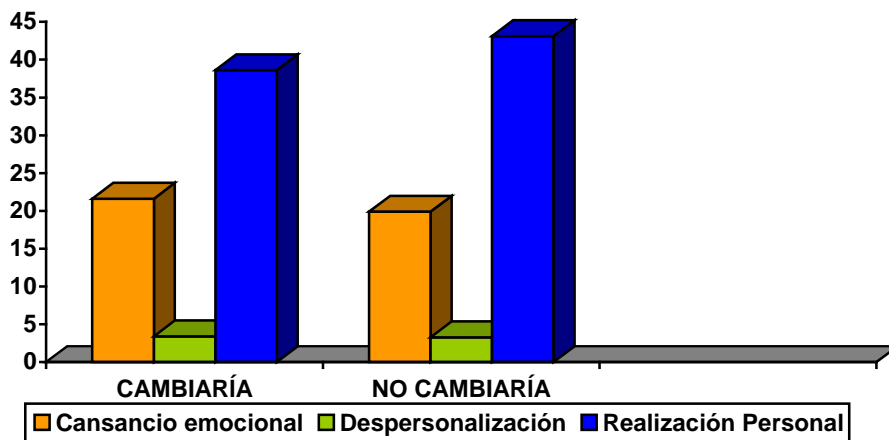


Gráfico 24.- Relación de los factores con el deseo de cambio de trabajo.

En el caso de la variable **cambiaría de centro** los que sí cambiarían de centro presentan una realización personal más baja, pero curiosamente también presentan una más baja despersonalización, aunque no es muy significativa.

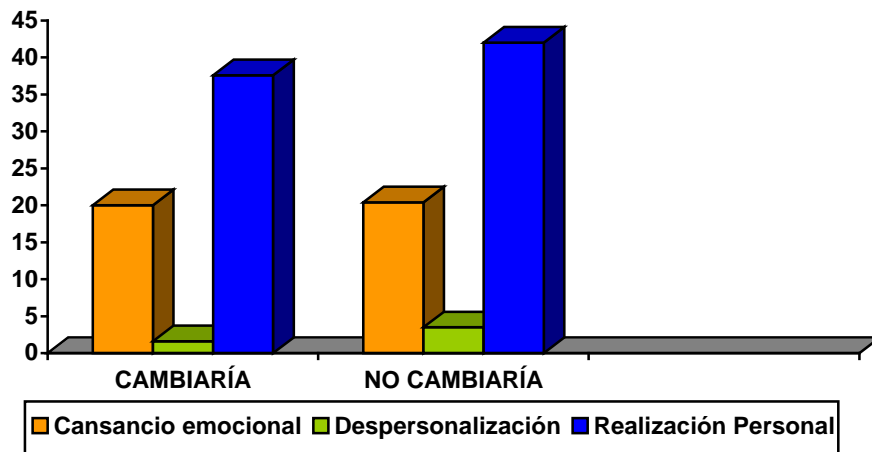


Gráfico 25.- Relación de los factores con el deseo de cambio de centro.

7.2.7.-FORMACIÓN CONTINUADA.

Al analizar la muestra observamos que del total, 57 casos, un 22,8%, 13 casos, no ha realizado ningún curso de formación técnica y un 42,1%, 24 casos, no ha realizado ningún curso de formación humanista.

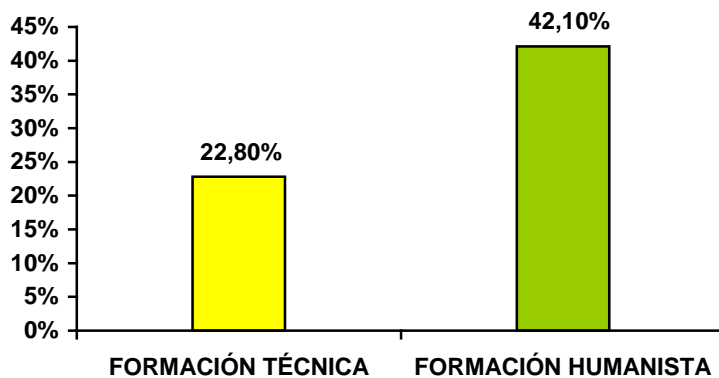


Gráfico 26.- Porcentaje de casos que no ha realizado formación

Si lo analizamos por unidades y por tipo de formación, vemos que del total de casos correspondientes a M.I, un 42,8% no ha realizado formación técnica mientras que en las otras dos unidades los valores están por debajo del 20%.

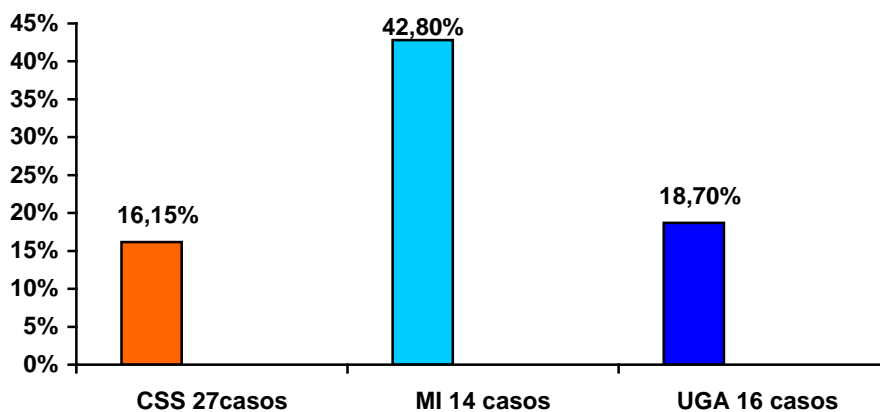


Gráfico 27.- Porcentaje de casos que no ha realizado formación técnica

Podemos ver que el total de casos que ha realizado uno o más cursos de formación técnica en el CSS y en la UGA, supera el 80%, mucho más elevado que el porcentaje de formación realizada por las enfermeras de M.I

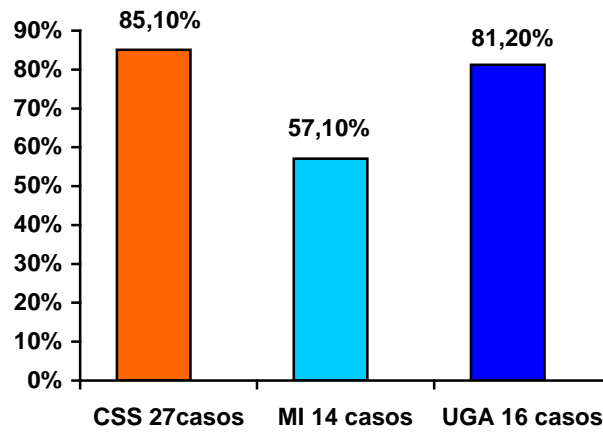


Gráfico 28.- Porcentaje de casos que ha realizado formación técnica

En cuanto a los cursos de formación humanista realizados en la UGA, un 62,5% sobre el total parcial de la muestra, no han realizado ningún curso de este tipo de formación.

(Esto podría explicar los valores de realización personal por debajo de las otras dos unidades que corresponden a los ítems 4, 7 y 21 de la escala MBI

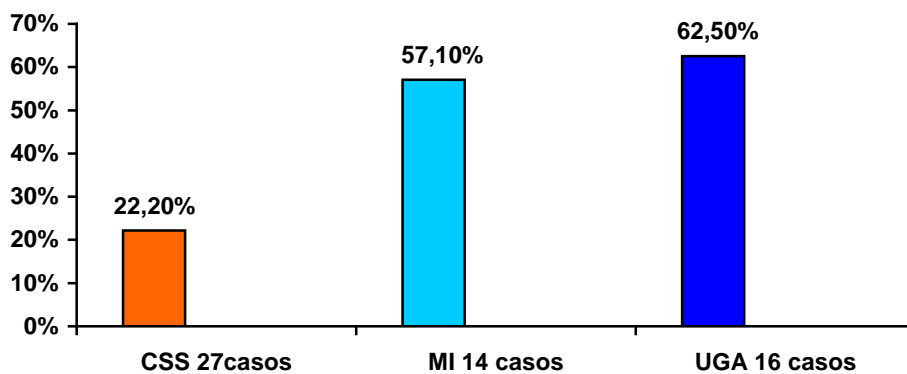


Gráfico 29.- Porcentaje de casos que no ha realizado formación humanista.

Es interesante observar que un 77,70 % del CSS ha realizado formación humanista, contrastando con la MI y la UGA, que no superan el 45%

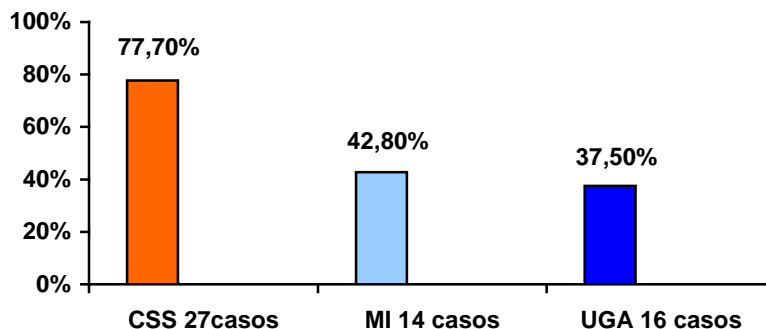


Gráfico 30.- Porcentaje de casos que ha realizado formación humanista

7.2.7.1.- Formación técnica.

Para facilitar el análisis de los datos, agrupamos los cursos según el nº de horas, de menos de 20 horas, de 20 a 100 horas, de 100 a 300 horas y más de 300 horas.

Comparando en las tres unidades el número de cursos en las cuatro modalidades, existe una diferencia evidente, en los realizados en el CSS, sobre todo en los de menos de 20 horas y los de 20 a 100 horas. Si lo comparamos por centros, no hay diferencia entre el centro A (CSS), y centro B (MI y UGA) en los cursos de 100 a 300 horas y de más de 300 horas.

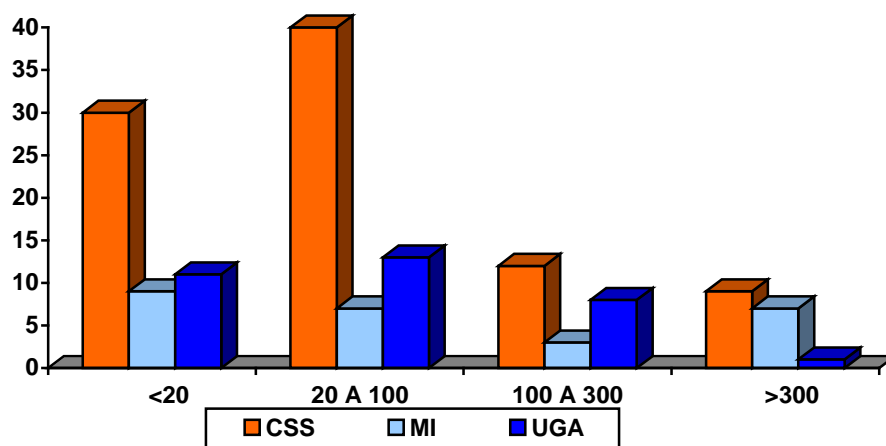


Gráfico 31.- Cursos de formación técnica por nº de horas

Observamos en los resultados que la empresa ha financiado prácticamente los mismos cursos de formación técnica en los dos centros, lo mismo podemos decir de los subvencionados. En los financiados por el propio trabajador, no sucede lo mismo. Vemos que en las unidades que corresponden al centro B (MI y UGA) no hay diferencia. Al comparar con el centro A, la financiación por parte del trabajador, supera los 50 cursos, frente a los 33 del centro B.

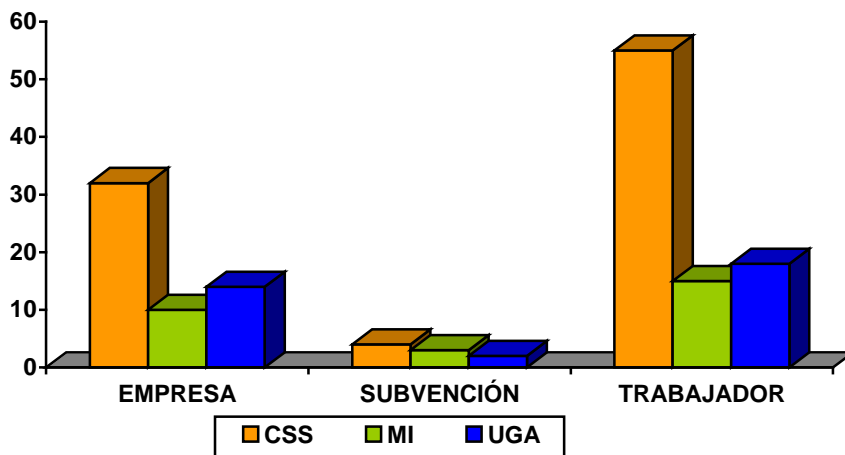


Gráfico 32- Financiación de la formación técnica.

La mayoría de los cursos en las tres unidades, se han realizado fuera del horario laboral, siendo algo más numerosos los realizados en el centro A (CSS), que en el centro B. (MI y UGA)

No hay diferencia entre los dos centros, cuando los cursos se han realizado dentro del horario de trabajo.

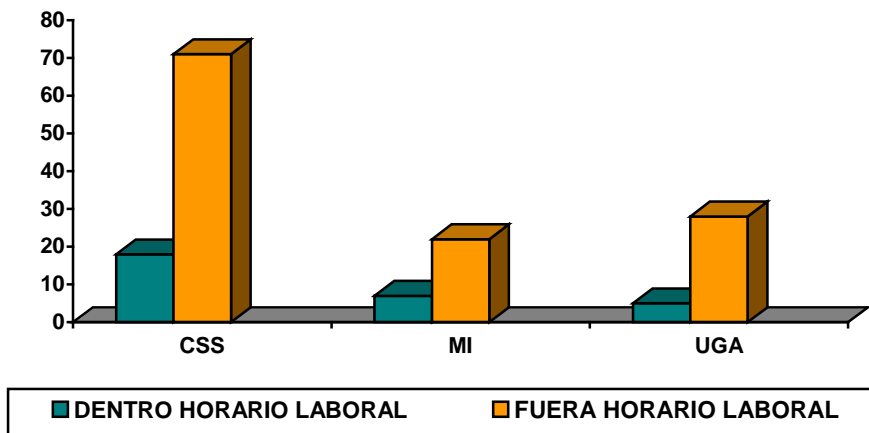


Gráfico 33.- Tiempo de realización de la formación técnica.

7.2.7.2.- Formación humanista.

En la formación humanista observamos que destacan los cursos realizados en el centro A (CSS), de menos de 20 horas y de 20 a 100 horas. No hay grandes diferencias en los cursos restantes.

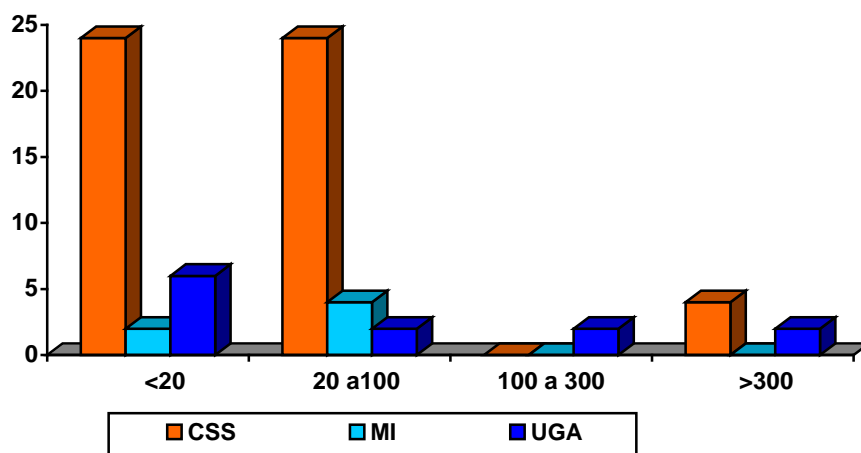


Gráfico 34.- Cursos de formación humanista por nº de horas.

La empresa ha financiado casi tres veces más cursos en el centro A, que en el centro B. En cuanto a los financiados por el propio trabajador, son casi el doble, en el centro A, que en los B. Respecto a los subvencionados, apreciamos que en el centro B no se ha subvencionado ningún curso.

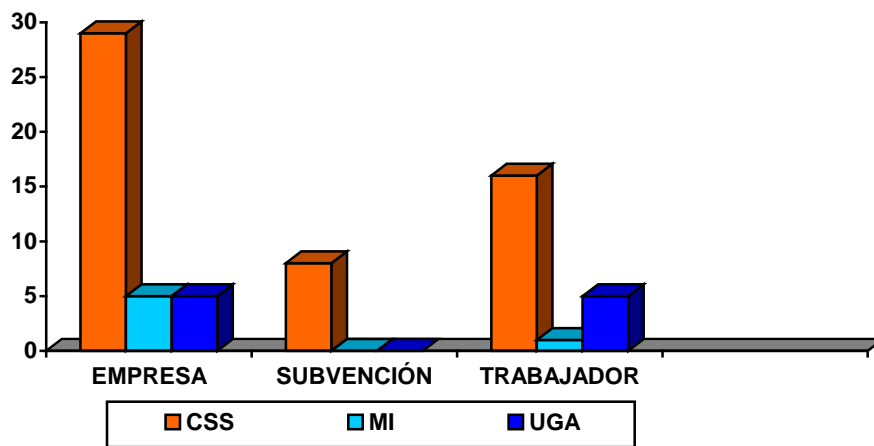


Gráfico 35.- Financiación de la formación humanista.

En general observamos que los cursos se han realizado mayoritariamente fuera del horario laboral, siendo el número de cursos más elevado en el centro A que en el B.

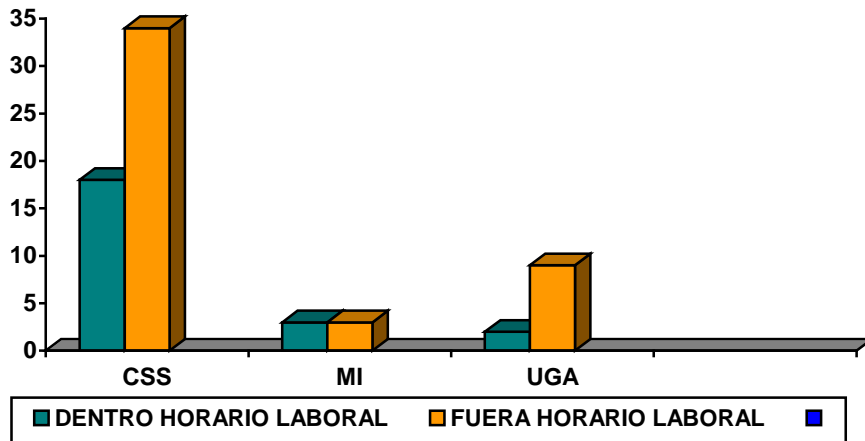


Gráfico 36.- Tiempo de realización de la formación humanista.

8. - CONCLUSIONES

Al analizar los resultados obtenidos y relacionarlos con los objetivos de la investigación, podemos establecer que el nivel de burnout es bajo, en los dos centros estudiados.

Las condiciones individuales de los profesionales encuestados, en cuanto a las variables personales, sociolaborales y de puesto de trabajo, tanto en el total de la muestra como por unidades no ha influido en el nivel de burnout.

Los datos obtenidos en relación a la motivación para escoger enfermería, coinciden con los encontrados en la bibliografía.

Como primera motivación, **ayudar a los demás** representa el 60,3%. La segunda motivación está repartida entre **ayudar a los demás** en un 28,8% y **desde siempre** en un 23,1%. **La inserción laboral, la valoración social, la retribución y tener un profesión**, son las cuatro respuestas mayoritarias como tercera motivación.

Cruzando estos resultados con los factores de la escala MBI, no hemos visto que la motivación para estudiar enfermería influya en el grado de burnout obtenido, contrastando con nuestra hipótesis inicial.

Teniendo en cuenta el instrumento utilizado para medir el nivel de burnout, escala MBI, podemos constatar que respecto a dos de los aspectos fundamentales del síndrome, el **cansancio emocional** y la **despersonalización** no encontramos ninguna diferencia entre las tres unidades.

Si encontramos que la **realización personal** en la UGA, es más baja que en las otras dos unidades estudiadas. Hemos podido verificar que las

enfermeras de la UGA tienen dificultad a la hora de manejar la comunicación, la empatía y la resolución de problemas.

Aunque no haya influido en los resultados finales del análisis en cuanto al nivel de burnout, pensamos que estos datos se pueden interpretar como una falta de recursos de los profesionales que podría estar relacionada con la falta de formación en este campo, ya que un 62,5% sobre el total parcial de la muestra, no han realizado ningún curso de este tipo de formación.

Analizando la formación que han realizado los profesionales de la muestra, observamos que ha sido mayor la formación técnica que humanista, en los dos centros.

Por centros, vemos que en el centro A se ha realizado más formación humanista que en el centro B.

En cuanto a la formación técnica destaca el centro A en los cursos con una duración hasta 100 horas. En los cursos de más de 100 horas, están por un igual los dos centros. Estos cursos en su mayoría se los ha financiado el trabajador y se han realizado fuera del horario laboral en los dos centros.

Respecto a la formación humanista en el centro A, igualmente destacan los cursos realizados hasta 100 horas.

En los dos centros, la mayoría de estos cursos han sido financiados por la empresa, aunque el trabajador también se ha financiado cursos. En general coincide en que se han realizado fuera del horario laboral.

La empresa ha financiado y subvencionado prácticamente los mismos cursos en los dos centros A y B. Aunque observamos que en cuanto a la formación

humanista, la empresa ha financiado casi tres veces más los cursos en el centro A, que en el centro B.

Se observa que en el centro B, no se ha subvencionado ningún curso de este tipo de formación.

Interpretamos que el hecho de que los profesionales en el centro A hayan realizado más formación podría ser debido, a la existencia de la carrera profesional, que contempla la formación adquirida por el trabajador, entre otras cosas, para acceder a un nivel retribuido económicamente.

En los dos tipos de formación los cursos se han realizado fuera del horario laboral.

9.- PROPUESTAS DE LA INVESTIGACIÓN

Teniendo en cuenta los resultados de nuestro estudio podemos proponer la creación y posterior implantación de un Plan de Formación Continuada en el Centro B, que contemple los intereses de los trabajadores y los objetivos de calidad de la empresa. Pensamos que este programa también debería incluir cursos que proporcionaran técnicas de comunicación, empatía y resolución de problemas a los profesionales enfermeros.

En cuanto a las líneas de investigación futuras, hemos considerado las siguientes:

- Estudiar el nivel de burnout en los auxiliares de enfermería, en los centros de nuestro estudio y conocer la repercusión en el grado de satisfacción de los usuarios.
- Determinar que nivel de burnout existe en otras unidades CSS, UGA y MI, con otras condiciones laborales y retributivas menos ventajosas que en los centros estudiados.

10.- BIBLIOGRAFÍA

10.1.- BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA

Alarcón, J [et alt.] (2004). Relación entre el síndrome de Burnout, psicopatología y ambiente en el trabajo de enfermeras de Hospital General. ARCHIVOS DE PSIQUIATRÍA, V: 67-N: 2, Pág. 129-138.

Argüello López, M^a Teresa (2005). Formación estratégica para el desarrollo de competencias. ROL DE ENFERMERÍA, V: 28-N: 7-8, Pág. 500-504.

Balanza Soriano, J. (2003). Situaciones relacionadas con la salud mental. Depresión, ansiedad, estrés, "mobbing" y "burnout". JANO MEDICINA Y HUMANIDADES, V: LXV- N: 1499, Pág.: 26-42.

.

Barquero González, Ana; Carrasco Acosta, M^a Carmen; Feria Lorenzo, D.J.; León Pérez, Rocio; Márquez Garrido, Manuel; Arenas Fernández, José; Macíaa Rodríguez, A.C. (2000). El reto de la formación continuada en Enfermería. METAS , V:- N:30, Pág: 44-47

Barranco Expósito, C (2002). Estrés laboral y Burnout en las organizaciones de bienestar social. ¿Como medir y evitar el Burnout? REVISTA DE TRABAJO SOCIAL Y SALUD, V:-N 42, Pág.: 251-276.

Barranco Expósito, C (2004). Los profesionales de la ayuda y el Burnout REVISTA DE TRABAJO SOCIAL Y SALUD, V:-N: 47, Pág.: 27-35.

Borrás Martí, E., Fernández Yagüe, M., Ibáñez Marcos, C., Lavèrnia Prades, MJ. (2002). Formació continuada: Gestió i motivació del personal d'Infermeria.. Barcelona.: Escola Universitària d'Infermeria Santa Madrona de la Fundació "La Caixa". 12^a promoció..

Cohen, Helen A (1988). La enfermera y su identidad profesional (Traducido por Marta I. Guastavino). Barcelona: Ediciones Grijalbo. (Original publicado en 1981.)

Corbella i corbella, J. (2006). Història de l'Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación, SL.

Fraga Díez, I (2001). Desmotivación y enfermería: diagnóstico del problema. METAS DE ENFERMERÍA, V: IV- N: 38, Pág.: 38-41.

García Sánchez, M. [et alt.] (1999). El síndrome Burnout en profesionales de enfermería. ENFERMERÍA CIENTÍFICA, V: - N: 202-203, Pág.: 61-67.

Gil-Monte, Pedro R. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Madrid: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.).

Gorgori, M. (2006). Síndrome del Burnout o d'estar cremat. . Consultado en 04, 02,2006 en servei.prevencio@upc.edu.

Ibáñez Martínez, N. [et alt.] (2004). Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. ENFERMERÍA CLÍNICA, V: 14- N: 3, Pág.: 142-151.

IMAS. Atenció geriàtrica i sociosanitària. Consultado en 07,11,2007 en www.imasbcn.com/hospitals/centre-forum/index.html.

IMAS. Història de l'IMAS. Consultado en 07,11,2007 en www.imasbcn.com/hospitals/centre-forum/index.html

IMAS . Centre Fòrum de l'Hospital del Mar. Consultado en 04,15,2007 en <http://10.1.6.105/houdini/infocorpotativa/contresimas/presentaciocentreforum.html>.

IMAS. Historia de l'IMAS. Consultado en 07,11,2007 en www.imasbcn.com/info_corp/historia.html.

IMAS . Institut d'atenció Geriàtrica i Sociosanitària. Consultado en 07,11,2007 en www.imasbcn.com/info_corp/iags.html.

IMAS (). Missió i visió. Consultado en 06,25,2007 en www.imasbcn.com/info_corp/missiovisio.html.

Juvinyà Canal, Dolores; Brugada Mutgé, Neus; Domingo Ruora, Almerinda; Patiño Masó, Josefina (Mayo-Junio 1996). El perfil de los estudiantes de enfermería de la universidad de Girona. ENFERMERÍA CIENTÍFICA, V:- N: 170-171, Pág.: 9-11.

Lizaur Barbudo, M: A.; Saguer Olova, M.; Gómez Roig, A. (Marzo 2002). Formación continuada: Calidad en el presente, inversión en el futuro. TODO HOSPITAL, V:- N: 184, Pág.: 115-120.

Maslach, C. y Jackson, S. (1986). MBI, Inventario "Burnout" de Maslach (Traducido por N. Seisdedos). Madrid: TEA Ediciones, S.A. (Original publicado en 1986).

Muñoz París, M. J; Pérez Ruiz, I. M^a; Granero Molina, J. (2003). Inmunidad de enfermería a los efectos del Burnout. METAS DE ENFERMERÍA, V: 5

Nolla Domenjó M. (Octubre 1990). Formación continuada y profesionales de la salud.. ROL DE ENFERMERIA, V:-N:146, Pág. 37-42. -N: 51, Pág.: 6-9.

Ojeda Pérez, B; Alonso Robaina, M. C.; Yedra Quintero, M; Oliva Castro, M.; Monzón Jimenez, E.; González Alemán, I. (). Enfermería en Las Palmas ¿vocación u tros intereses?. ROL DE ENFERMERÍA, V:- N: 142, Pág.: 59-61.

Olmedo Montes, M [et alt.] (2001). El síndrome de Burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas. PSIQUIS, V: 22 -N: 3, Pág.: 11-23.

Ortiz Molina, Silvia; Sánchez Espejo, Raquel (Noviembre-Diciembre 2001). Quiero ser Diplomado/a en Enfermería, ¿por qué? ENFERMERÍA CIENTÍFICA, V:- N: 236-237, Pág.: 66-71.

Rodríguez Trueba, J. C; Tornos Rodríguez, E (2002). El "burnout" en la atención sociosanitaria. AGATHOS, V: Año 2 - N: 2, Pág.: 26-33.

Subirá, C. (2005). La construcción social del síndrome de Burnout: la prevención. AGATHOS, V: 5 - N: 3, Pág.: 16-27.

Tomás Aznar, Concepción; Rabanaque Hernández, M^a José (Julio-Agosto 1996). Motivación y expectativas profesionales de los estudiantes de enfermería. Enfermería Científica, V: -N172-173, Pág.: 4-7.

Universidad Alfonso X El Sabio (2006). Diplomatura en Enfermería. Consultado en 04/02/2006 www.uax.es/OfertaDocente/Titulaciones/Enfermeria.Shtml.

(2007). Motivación. Consultado en 05,07,2007 en <http://es.wikipedia.org/wiki/Motivaci>.

10.2.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Albar Marín, M^a J. [et alt.] (Septiembre-Octubre 2004). Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. ENFERMERÍA CLÍNICA, V: 14- N: 5, Pág.: 281-285.

Álvarez, A M^a;[et alt.] (2006). Síndrome de Burnout en médicos de hospitales públicos de la Ciudad de Corrientes. REVISTA DE POSGRADO DE LA Vía DE MEDICINA. Consultado en 02/27/2006 en http://med.unne.edu.ar/revista/revista141/9_141.htm

Calderó, M. A. (2003). Salut laboral: burnout o més cremat que la moto d'un hippy. INFERMERIA DE PONENT, V: - N: 7, Pág.: 33.

Capilla Puello, R (2000). El síndrome de burnout o de desgaste profesional. JANO MEDICINA Y HUMANIDADES, V: 58 N: 1334, Pág.: 56-58.

Carmona Monge, F.J.; [et alt.] (2002). Relaciones entre el síndrome de Burnout en profesionales de enfermería. Factores sociodemográficos y reactividad al estrés. ENFERMERÍA CIENTÍFICA, V: - N: 238-239, Pág.: 33-39.

Carmona Monge, F.J.; [et alt.] (2002). Clima social laboral y síndrome de Burnout en profesionales de enfermería. ENFERMERÍA CIENTÍFICA, V: - N: 244-245, Pág.: 82-87.

Carmona Monge, F.J.; [et alt.] (2002). Clima social laboral y síndrome de Burnout en profesionales de enfermería. ENFERMERÍA CIENTÍFICA, V: - N: 244-245, Pág.: 82-87.

Faura, T; [et alt.] (). Prevalencia del síndrome de burn-out en enfermeras de hospitalización y de atención primaria. ENFERMERÍA CLÍNICA, V: 5 - N: 3, Pág.: 23-28.

Fornés Vives, J (1991). Síndrome de Burnout y Enfermería. ENFERMERÍA CIENTÍFICA, N: 108, Pág.: 45-48.

Fornés Vives, J (1994). Respuesta emocional al estrés. REVISTA ROL DE ENFERMERÍA, N: 186, Pág.: 31-39.

García Izquierdo, M; Velandrino,A.P. (1992). EPB: Una escala para la evaluación del burnout profesional de las organizaciones. ANALES DE PSICOLOGÍA, V: 8 – N: 1-2, Pág.: 131-138.

García Izquierdo, M; [et alt.] (1994). Estudio comparativo de dos medidas de Burnout en personal sanitario. ANALES DE PSIQUIATRÍA, V: 10 - N: 5, Pág.: 180-184.

Gil-Monte, P.R, [et alt] (2005). Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. ANSIEDAD Y ESTRÉS, V: 11 - N: 2-3, Pág.: 281-291.

Guillén Villegas, J.C; Santamaría Barberán, E (1999). Evaluación del nivel de Burnout en muestra de trabajadores del área de tratamiento de un Centro Penitenciario. REVISTA ESPAÑOLA DE SANIDAD PENITENCIARIA, V: 1, Pág.: 68-72.

Hidalgo Rodrigo, I; Díaz González, R.J. (1994). Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del INSALID de Ávila. MEDICINA CLÍNICA, V: 103, Pág.: 408-412.

Jover i Sancho,C; Laborda García, R (1988). Ansiedad en los profesionales de Enfermería Intensiva. ENFERMERÍA INTENSIVA, V: 1, Pág.: 7-14.

López Rodrigo, M (1995). Estrés de los profesionales de Enfermería. ¿Sobre qué o quién repercute? REVISTA ROL DE ENFERMERÍA, N: 201, Pág.: 65-68.

Manzano García, G; Ramos Campos, F (1999). La despersonalización: clave para identificar el síndrome de Burnout en personal de enfermería. ENFERMERÍA CIENTÍFICA, N: 206-207, Pág.: 69-77.

Manzano García, G. (2003). Una enfermedad laboral. El síndrome de Burnout. REVISTA ROL DE ENFERMERÍA, V: 26- N: 11, Pág.: 783-786.

Martínez Martínez, I. M., [et alt.] (2002). Burnout en estudiantes universitarios de España y Portugal. Un estudio transcultural. ANSIEDAD Y ESTRÉS, V: 8- N: 1, Pág.: 13-23.

Mendez, C;Villalba,A. (2004). La síndrome de burnout. AGORA D'INFERMERIA, V: 8- N: 2, Pág: 617-621.

Molina Linde,J.M.; Avalos Martínez, F. (2005). Burnout en enfermería de atención hospitalaria. ENFERMERÍA CLÍNICA, V: 15 - N: 5, Pág: 275-282.

Moreno-Jiménez, B; [et alt.] (2001). La evaluación del Burnout profesional. Factorización del MBI-GS. Un análisis preliminar. ANSIEDAD Y ESTRÉS, V: 7 - N: 1, Pág.: 67-77.

Moreno-Jiménez, B; [et alt.] (2002). Desgaste profesional en hospitales. Influencia de las variables sociodemográficas. REVISTA ROL DE ENFERMERÍA, V: 21 - N: 11, Pág.: 730-746.

Pedreño Aznar, M^a. A. (2005). Riesgo y afrontamiento del burnout de la enfermera de Salud Mental. METAS DE ENFERMERÍA, V: 8 - N: 9, Pág.: 14-17.

Pérez Morales, Amalia; Barallobre Filgueira, Adolfo; Cuadrado Martín Ana; Cuadri Duque M. José; Jara Fernández, Félix J.; González Ruiz Adelaida; Pérez-Minayo M. Teresa y Tirado Barragán Amparo. (2002). Perfil de los valores profesionales elegido por los estudiantes de enfermería al inicio de sus estudios. Experiencia en Sevilla. ENFERMERÍA CLÍNICA, V: 12 N: 3, Pág.: 109-116.

Salanova, M. [et elt.] (2005). Hacia un modelo espiral de las creencias de eficacia en el estudio del Burnout y del engagement. ANSIEDAD Y ESTRÉS, V: 11 - N: 2-3, Pág.: 215-231.

Surroca,L; [et alt] (1993). Hacia un modelo espiral de las creencias de eficacia en el estudio del burnout y del engagement. ENFERMERÍA INTENSIVA, V: 4 - N: 2, Pág.: 33-39.

Tizón, J.L. (2004). ¿Profesionales "quemados", profesionales "desengañados" o con trastornos psicopatológicos? ATENCIÓN PRIMARIA, V: 33 - N: 6, Pág.: 226-230.

11.- ANEXOS

11.1.- ANEXO I

Formación Continuada Institución A:

Departament de Formació Continuada

Missió

La nostra missió té que:

- Respondre a un model participatiu i motivador
- Ser una ajuda pel canvi a la nostra institució
- Vetllar pel manteniment dels professionals competents

Objectius generals del departament:

- Posar en marxa el nou programa d'acollida pels nous professionals que s'incorporen a l'IMAS.
- Preparar als professionals del Centre Geriàtric pel canvi de centre cap el Centre Fòrum.
- Preparar els professionals del Psiquiàtric pel canvi de centre cap el Centre Fòrum
- Continuar la formació dels comandaments en prevenció de riscos laborals.
- Iniciar formació en eines de qualitat pels professionals IMAS (Programa IMAS QUAL).
- Participar en la posta en marxa Intranet. Penjar-hi els continguts.
- Continuar desenvolupant el projecte Pàgines Grogues IMAS- Gestió del Coneixement.
- Iniciar una formació de lligam entre hospital i primària
- Desenvolupar nous coneixements en l'àmbit de l'ofimàtica.
- Incorporar el català i l'anglès com a constants de formació.
- Elaborar una proposta de catàleg en la formació externa de l'IMAS.
- Proposar formació per a la millora de la competència professional.
- Continuar la formació per a la millora del tracte i les relacions interpersonals i interculturals.
- Formar al personal en cultura de servei. (Bones pràctiques comunicatives)
- Posar en marxa la part de formació que inclou la INTRANET IMAS.
- Adaptar la nova normativa de gestió de subvenció del FORCEM.
- Continuar la formació PFC Residents.

Model:

El model en que ens basem per desenvolupar la Formació és el d'organització que aprèn basada en la gestió del coneixement.

Peter Senge defineix que una organització que aprèn és aquella que promou, des de la pròpia cultura i liderat, l'aprenentatge continu i la gestió del coneixement, de tots els seus membres, a tots els nivells i contínuament es transforma per adaptar-se a les demandes de l'entorn per tal d'aconseguir els seus objectius i l'aportació de valor.

El model s'aplica basat en les cinc disciplines:

- Visió global i sistèmica.
- Llenguatge comú i visió compartida.
- Aprenentatge individual i en equip.
- Canvis en els models mentals de pensament.
- Desenvolupament professional i personal

Línies de servei:

- Detectar les necessitats formatives dels professionals i treballadors de l'IMAS.
- Potenciar la formació en Prevenció de Riscos Laborals mitjançant els cursos d'ergonomia, prevenció de lesions d'esquena, stress, etc.
- Acompanyar la formació als canvis organitzatius que contempla el pla estratègic IMAS.
- Obtenir un llenguatge comú a través de la formació continuada, davant la missió que té l'IMAS com a institució dins del marc de la qualitat assistencial.
- Potenciar les habilitats de lideratge dels directius i comandaments.
- Potenciar el treball en equip, com un element de canvi i de progrés en la nostra institució.
- Incorporar una cultura de qualitat assistencial a través de la millora de processos.
- Donar suport pel millorament de la competència professional.
- Assessorar i donar suport personalitzat en temes de formació.
- Proposar formació per a la millora de la relació, comunicació i tracte.
- Potenciar la Gestió del Coneixement a través de la captació d'experts (projecte pàgines grogues).
- Crear xarxes de col·laboració en les diferents institucions internes i externes (Universitats etc).

PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA CENTRE A



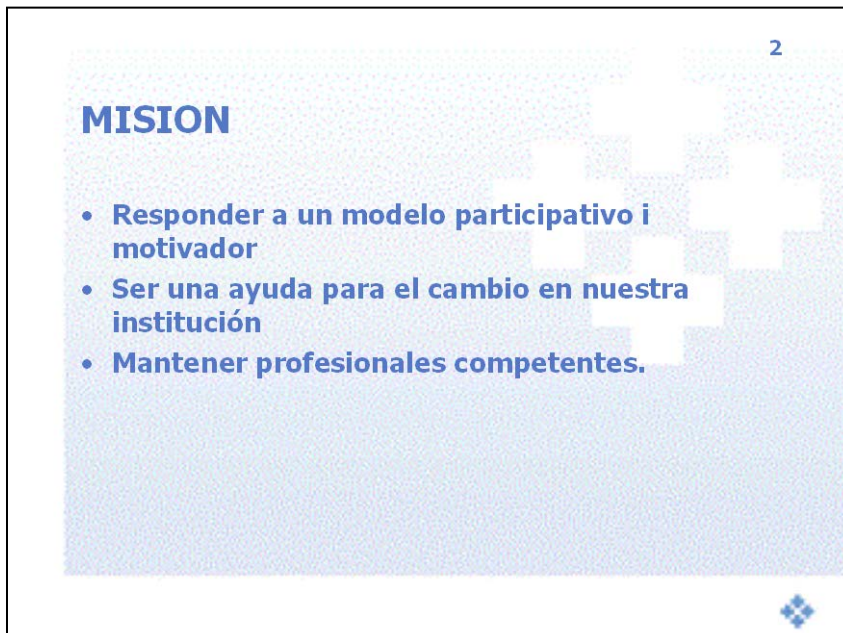
Formación Continuada

Data: 9 de mayo de 2007
Jesús Escribano Navarro
Cap d'Àrea de Formació Continuada i Qualitat



Centre Fòrum
hospitaldelmar


www.imasbcn.org



2

MISION

- **Responder a un modelo participativo i motivador**
- **Ser una ayuda para el cambio en nuestra institución**
- **Mantener profesionales competentes.**



3

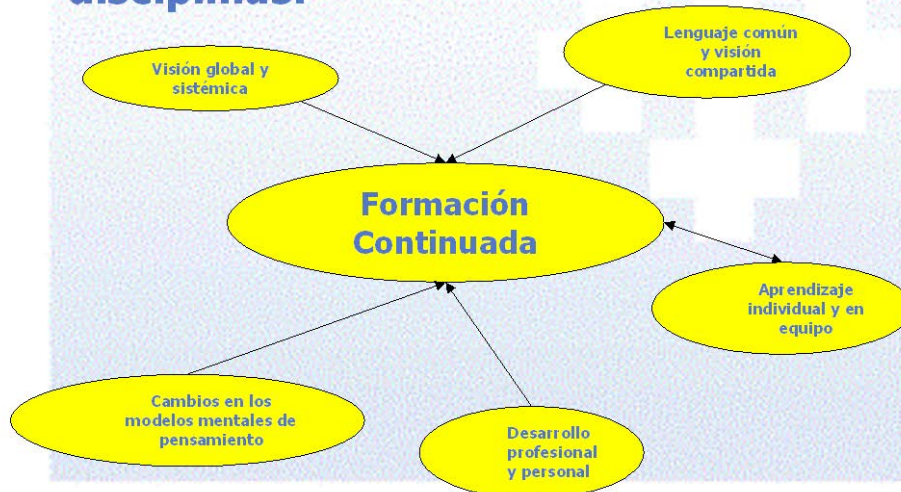
MODELO

- El modelo en el que nos basamos para desarrollar la Formación es de "Organización que aprende basada en la gestión del conocimiento".



4

El modelo se aplica basado en cinco disciplinas:




7

5

OBJETIVOS 2007

1. Atención centrada en el paciente

- Fomentar la formación en habilidades comunicativas para mejorar la información clínica que se da al paciente y/o familia.
- Mejorar la confidencialidad de los datos IMAS: cursos de bioética y confidencialidad
- Gestión del conflicto.
- Salud Mental, intercultural y comunicación
- Entrevista motivacional
- Alteraciones psiquiátricas en la persona mayor




6

2 . Seguridad clínica

- Higiene y lavado de manos
- Programa de Reanimación cardiopulmonar: básico y avanzado

3. Necesidades de los profesionales:

- Programa de acogida para el personal de nueva incorporación
- Coordinación entre los objetivos de calidad y la formación




7

4. Programa de gestión y liderazgo para mandos intermedios

5. Prevención de riesgos laborales


- Programa "mal d'esquena"
- Prevención del "burnout":
 - Taller Gestalt
 - Taller musicoterapia



8

6. Historia clínica informatizada

- Formación específica para la implantación de la ETI
- Formación en ofimática



9

Otras líneas del servicio

INVESTIGACIÓN

- **Potenciar la investigación en enfermería.**
- **Estimular la participación en simposiums, congresos....**

ATENCIÓN A LA FORMACIÓN PREGRADO

- **Coordinación de todas las Escuelas de Enfermería y de Formación profesional: 260 estudiantes**



10

Otras líneas del servicio

ATENCIÓN A LA FORMACIÓN POSTGRADUADA

- **Unidad Docente de Salud Mental: 2 Residentes de Enfermería**

CALIDAD

- **Velar por la calidad y control de los diferentes indicadores: Protocolos, UPP, Caídas, Restricciones de movimientos...**



Cursos programados en el Centro A en los tres últimos años

RESUM ANY

any	2004
Centre	Centre Fòrum Hospital Zit Mar
Area	Totes

Data edició 02/oct/2007



Curs	Data Inicial	Data Final	Hores	Alumnes	Finançador	Centre	Àrea
04413 - TREBALL EN EQUIP REDISSENY DE PROJECTE	03/nov/2004	22/des/2004	20	0	FORCEM	Centre Fòrum Hospita	
04GERI01 - MUSICOTERAPIA EN MEDICINA	01/mar/2004	31/mar/2004	30	24	FORCEM	Centre Fòrum Hospita	
04GERI02 - CUIDADOS ESTRUCTURALES. UNA ALTERNAT	08/mar/2004	20/mai/2004	32	18	FORCEM	Centre Fòrum Hospita	
04GERI03 - CATALÀ	16/mar/2004	29/jun/2004	60	7	FORCEM	Centre Fòrum Hospita	DIOMES
04GERI04 - TREBALL EN EQUIP	13/abr/2004	11/mai/2004	20	8	FORCEM	Centre Fòrum Hospita	
04GERI05 - TREBALL EN EQUIP	15/abr/2004	13/mai/2004	20	8	FORCEM	Centre Fòrum Hospita	
04GERI06 - TREBALL EN EQUIP	14/abr/2004	12/mai/2004	20	9	FORCEM	Centre Fòrum Hospita	
04GERI07 - TREBALL EN EQUIP	16/abr/2004	14/mai/2004	20	8	FORCEM	Centre Fòrum Hospita	
04GERI08 - DIRECCIÓ I LIDERATGE	12/mai/2004	30/jun/2004	20	9	FORCEM	Centre Fòrum Hospita	
04GERI09 - INFORMÀTICA BÀSICA	18/oct/2004	10/nov/2004	20	18	CIEF	Centre Fòrum Hospita	
04GERI10 - CURS INFORMÀTICA 2	18/oct/2004	10/nov/2004	20	18	CIEF	Centre Fòrum Hospita	
04GERI11 - CURS INFORMÀTICA 3	19/oct/2004	09/nov/2004	20	18	CIEF	Centre Fòrum Hospita	
04GERI12 - CURS INFORMÀTICA 4	19/oct/2004	09/nov/2004	20	17	CIEF	Centre Fòrum Hospita	
04GERI13 - TREBALL EN EQUIP REDISSENY DE PROJE	03/nov/2004	22/des/2004	20	11	FORCEM	Centre Fòrum Hospita	
04GERI14 - GESTIO DE QUALITAT TOTAL MODELS EXC	03/nov/2004	22/des/2004	20	3	FORCEM	Centre Fòrum Hospita	
04GERI15 - CURS INFORMÀTICA 5	15/nov/2004	13/des/2004	20	18	CIEF	Centre Fòrum Hospita	
04GERI17 - CURS INFORMÀTICA 6	15/nov/2004	13/des/2004	20	18	CIEF	Centre Fòrum Hospita	OFIMÀTICA I TELEMÀT
04GERI18 - CURS INFORMÀTICA 7	18/gen/2005	08/feb/2005	20	18	CIEF	Centre Fòrum Hospita	OFIMÀTICA I TELEMÀT
04GERI19 - TREBALL EN EQUIP NIVELL 2	03/nov/2004	15/des/2004	20	11	FORCEM	Centre Fòrum Hospita	
04GERI20 - CURS INFORMÀTICA 8	18/gen/2005	08/feb/2005	20	15	CIEF	Centre Fòrum Hospita	OFIMÀTICA I TELEMÀT
04GERI21 - TREBALL EN EQUIP 1	22/nov/2004	30/nov/2004	10	9	FORCEM	Centre Fòrum Hospita	
04GERI22 - TREBALL EN EQUIP NIVELL 1 CUINA	22/nov/2004	30/nov/2004	10	7	FORCEM	Centre Fòrum Hospita	
04GERI23 - TREBALL EN EQUIP NIVELL 1 ROBER	29/nov/2004	13/des/2004	10	7	FORCEM	Centre Fòrum Hospita	
04GERI24 - TREBALL EN EQUIP NIVELL 1 ATENCIÓ	29/nov/2004	13/des/2004	10	7	FORCEM	Centre Fòrum Hospita	
04GERI25 - TREBALL EN EQUIP RELACIÓ D'INFERM	23/nov/2004	02/des/2004	10	7	FORCEM	Centre Fòrum Hospita	
04GERI26 - TREBALL EN EQUIP 6	23/nov/2004	02/des/2004	10	8	FORCEM	Centre Fòrum Hospita	

Total Cursos	26
Total Alumnes	291
Total Hores	522

RESUM ANY

any	2005
Centre	Institut d'Atenció Psiquiàtrica Salut Mental
Area	Totes

Data edició 02/oct/2007



Curs	Data Inicial	Data Final	Hores	Alumnes	Finançador	Centre	Àrea
05IAPs03 - TREBALL EN EQUIP I GESTIÓ DEL CANVI	04/jul/2005	05/jul/2005	10	18	FORCEM	Institut d'Atenció	TREBALL EN EQUIP
05IAPs04 - TREBALL EN EQUIP I GESTIÓ DEL CANVI	06/jul/2005	07/jul/2005	10	18	FORCEM	Institut d'Atenció	TREBALL EN EQUIP
05IAPs05 - TREBALL EN EQUIP I GESTIÓ DEL CANVI	11/jul/2005	12/jul/2005	10	18	FORCEM	Institut d'Atenció	TREBALL EN EQUIP
05IAPs06 - TREBALL EN EQUIP I GESTIÓ DEL CANVI	13/jul/2005	14/jul/2005	10	20	FORCEM	Institut d'Atenció	TREBALL EN EQUIP
05IAPs07 - TREBALL EN EQUIP I GESTIÓ DEL CANVI	18/jul/2005	19/jul/2005	10	22	FORCEM	Institut d'Atenció	TREBALL EN EQUIP
05IAPs08 - TREBALL EN EQUIP I GESTIÓ DEL CANVI	25/jul/2005	26/jul/2005	10	18	FORCEM	Institut d'Atenció	TREBALL EN EQUIP
05IAPs09 - ENTREVISTA MOTIVACIONAL	18/oct/2005	21/oct/2005	18	23	FORCEM	Institut d'Atenció	CULTURA DE SERVEI I
05aPs01 - PROCEDIMENTS BÀSICS D'INFERMERIA EN	22/feb/2005	08/mar/2005	20	20	FORCEM	Institut d'Atenció	ACTUALITZACIÓ CONEIX
05aPs02 - II CURS BÀSICA D'INFERMERIA EN SALUT	28/abr/2005	12/mai/2005	20	21	FORCEM	Institut d'Atenció	ACTUALITZACIÓ CONEIX

Total Cursos	9
Total Alumnes	176
Total Hores	116



RESUM ANY

any	2005
Centre	Centre Fòrum Hospital del Mar
Area	Totes

Data edició 02/oct/2007

Curs	Data Inicial	Data Final	Hores	Alumnes	Finançador	Centre	Àrea
05GERI01 - TRAJECTORIES CLINIQUES	10/feb/2005	12/mai/2005	40	11	FORCEM	Centre Fòrum Hospita	ACTUALITZACIÓ CONEIX
05GERI02 - TREBALL EN EQUIP. REDISSENY DE PROCE	23/feb/2005	08/jun/2005	30	14	FORCEM	Centre Fòrum Hospita	QUALITAT ASSISTENCIA
05GERI03 - DIRECCIÓ I LIDERATGE. Models d'excel	14/feb/2005	12/abr/2005	20	4	FORCEM	Centre Fòrum Hospita	GESTIÓ ASSISTENCIAL
05GERI04 - WORD AVANÇAT	15/feb/2005	17/mar/2005	30	12	CIEF	Centre Fòrum Hospita	OFIMÀTICA I TELEMÀTI
05GERI05 - ACCES BÀSIC	05/abr/2005	05/mai/2005	30	17	CIEF	Centre Fòrum Hospita	OFIMÀTICA I TELEMÀTI

Total Cursos	5
Total Alumnes	58
Total Hores	150

RESUM ANY

any	2006
Centre	Centre Fòrum Hospital del Mar
Area	Totes

Data edició 02/oct/2007

Curs	Data Inicial	Data Final	Hores	Alumnes	Finançador	Centre	Àrea
06FORUM02 - CURS PER LA PREVENCIÓ DEL MAL D'ESQ	15/mar/2006	26/abr/2006	12	12	FORCEM	Centre Fòrum Hospita	RISCOS LABORALS
06FORUM03 - CURS PER LA PREVENCIÓ DEL MAL D' ES	05/oct/2006	09/nov/2006	12	9	FORCEM	Centre Fòrum Hospita	RISCOS LABORALS
06FORUM04 - CURS PER LA PREVENCIÓ DEL MAL D'ESQ	04/oct/2006	15/nov/2006	12	17	FORCEM	Centre Fòrum Hospita	RISCOS LABORALS
06FORUM06 - CURSO TALLER DE COMUNICACIÓ	02/feb/2006	14/des/2006	20	10	FORCEM	Centre Fòrum Hospita	QUALITAT ASSISTENCIA
06FORUM07 - CURSO TALLER DE COMUNICACIÓ	02/feb/2006	14/des/2006	20	8	FORCEM	Centre Fòrum Hospita	QUALITAT ASSISTENCIA
06FORUM11 - TECNiques DE PRESENTACIÓ (Parlar en	27/set/2006	20/nov/2006	30	13	CIEF	Centre Fòrum Hospita	ACTUALITZACIÓ CONEIX
06FORUM12 - COMUNICACIÓ EFICAC I GESTIÓ DEL CON	29/set/2006	17/nov/2006	20	15	CIEF	Centre Fòrum Hospita	CULTURA DE SERVEI I
06FORUM13 - EXCEL: NIVELL AVANÇAT	17/oct/2006	12/des/2006	30	10	CIEF	Centre Fòrum Hospita	OFIMÀTICA I TELEMÀTI
06FORUM14 - INFORMÀTICA BÀSICA I INICIACIÓ AL	27/set/2006	20/nov/2006	30	11	CIEF	Centre Fòrum Hospita	OFIMÀTICA I TELEMÀTI
06FORUM16 - INFORMÀTICA BÀSICA I INICIACIÓ AL	27/set/2006	20/nov/2006	30	13	CIEF	Centre Fòrum Hospita	OFIMÀTICA I TELEMÀTI
06FORUM16 - NAVEGACIÓ WEB I RECERCA PER INTERNE	23/nov/2006	21/des/2006	15	16	CIEF	Centre Fòrum Hospita	OFIMÀTICA I TELEMÀTI
06FORUM17 - INTRODUCCIÓ AL SPSS	26/set/2006	16/nov/2006	30	12	CIEF	Centre Fòrum Hospita	OFIMÀTICA I TELEMÀTI
06FORUM18 - SALUT MENTAL. INTERCULTURES I COMUN	19/oct/2006	14/des/2006	27	28	FORCEM	Centre Fòrum Hospita	CULTURA DE SERVEI I
06IMAS16 - L'ATENCIÓ ALS MALTRACTAMENTS	23/mai/2006	25/mai/2006	20	29	FORCEM	Centre Fòrum Hospita	QUALITAT ASSISTENCIA

Total Cursos	14
Total Alumnes	203
Total Hores	308

Carrera Profesional Centro A

Aprendre durant la vida professional	33	50	75	83
Dur a terme activitats de recerca	17	25	42	58
	366	503	695	813

Encara que la persona arribi en puntuació total de competències a la puntuació total d'un nivell determinat, si no supera una a una totes les competències, no es podrà assolir el nivell.

7. DEFINICIÓ DEL FACTOR FORMACIÓ

El **factor formació** atén a la formació rebuda en vistes a l'aprofundiment o especialització en àrees determinades, docència impartida, treballs científics realitzats, etc.

En base a la forma d'adquisició d'aquests coneixements els desglossarem en:

- Activitats acadèmiques.
- Activitats docents.
- Activitats científiques i d'investigació.

8. AVALUACIÓ DEL FACTOR FORMACIÓ

Amb l'avaluació del factor formació es pretén conèixer quines activitats de formació, perfeccionament, docència i investigació realitza la persona en el període de carrera professional dins de l'IMAS.

L'avaluació del factor formació es portarà a terme tenint en compte els diferents requisits que es fan constar a continuació.

La formació valorada pel Comitè Avaluador serà l'exclusivament realitzada dins del període de temps de la carrera professional. És a dir:

- Les persones que es presentin a nivell 1 seran valorades en tota la formació que hagin realitzat durant el període previ a la presentació a la carrera (mínim 7 anys).
- Les persones que es presentin a nivell 2 seran valorades en tota la formació que hagin realitzat durant el període previ a la presentació al canvi de nivell (mínim 5 anys).
- Les persones que es presentin a nivell 3 seran valorades en tota la formació que hagin realitzat durant el període previ a la presentació al canvi de nivell (mínim 5 anys).
- Les persones que es presentin a nivell 4 seran valorades en tota la formació que hagin realitzat durant el període previ a la presentació al canvi de nivell (mínim 6 anys).

L'excedent de puntuació en el currículum respecte al nivell aconseguit per competències comptabilitzarà en un 25 % pel següent canvi de nivell.

Seguint l'estructura esmentada anteriorment, a continuació es concreta el barem que s'aplicarà a cada activitat formativa, docent o d'investigació, realitzada pels professionals que es presentin a la carrera professional.

➤ **Activitats acadèmiques**

1. Cursos de postgrau organitzats i/o autoritzats per les divisions, facultats, escoles i departaments universitaris i altres entitats amb conveni amb la universitat que tinguin relació directa amb les Ciències de la Salut.

La durada d'aquests cursos ha de ser com a mínim de 15 crèdits (diploma de postgrau) i igual o superior a 30 crèdits (mestratge)..

- Cada títol de mestratge..... 3 punts
- Cada diploma de postgrau..... 1.5 punts

2. Llicenciatures relacionades amb Ciències de la Salut.

En cas de no haver-la finalitzat es distribuiran 4 punts entre els crèdits realitzats, percentualment al total de crèdits de la llicenciatura.

- Cada llicenciatura 8 punts
- 3. Diplomatures relacionades amb Ciències de la Salut.**
En cas de no haver-la finalitzat, es distribuiran 2.5 punts entre els crèdits realitzats, de forma percentual als crèdits que té la diplomatura.
 - Cada diplomatura 5 punts
- 4. Títol d'especialitats d'infermeria.**
 - Cada títol d'especialitat 3 punts
- 5. Cursos de perfeccionament**
 - Cursos de formació acadèmica superior a 2 anys (exclòs masters i postgrau)
 - Cada hora de curs 0.01 punts*
 - *Fins a un màxim de 3 punts
 - Cursos d'un anys acadèmic que no constin hores
 - Cada curs 1 punt
 - Certificats o diplomes obtinguts en cursos d'infermeria, autoritzats pel MEC, departaments corresponents de les comunitats autònomes, universitat, escoles universitàries d'infermeria, col·legis, associacions professionals, sindicats.
 - Cada hora de curs 0.01 punts
 - Cursos de formació continuada interna, acreditada per un mateix o per la Direcció del centre.
 - Cada hora de curs 0.01 punts
 - Certificats de nivells d'idiomes
 - Nivell A de català 0.1 punts
 - Nivell B de català 0.2 punts
 - Nivell C de català 0.3 punts
 - Nivell D de català 0.4 punts
- Els nivells A,B,C,D no es sumaran, únicament es comptaran els punts assignats al nivell més alt.
Es valorarà el nivell de català, mentre no s'hagi valorat com a requisit d'accés per presentar-se a la convocatòria de plaça fixa.
 - Certificats oficials de nivell d'altres idiomes 0.2 punts
- Cursos de català i/o altres idiomes impartits per Formació Continuada de l'IMAS o pels sindicats
 - Cada curs màxim 0.1 punts
- Cursos d'informàtica a nivell usuari aplicable a l'hospital
 - Cada dues hores de curs 0.01 punts
 - Curs d'informàtica que no constin hores 0.025 punts
- Assistència a taller, aula, sessió
 - Cada hora 0.01 punts
- En les certificacions en les que no constin hores 5 hores per dia*
En les certificacions en les que no constin dies ni hores 0.05 punts

En tots els cursos es puntuarà fins a un màxim de 1,5 punts (excepte en els cursos acadèmics de 2 anys acadèmics, que serà fins a 3 punts).

La valoració per crèdits serà la següent: 1 crèdit serà equivalent a 10 hores (0,1 punt). Una mateixa acreditació formativa que sigui presentada tant en hores lectives com en crèdits, prevaldrà la valoració en crèdits.

En el cas que de la formació online, 1 crèdit serà igual a 0,05 punts.

➤ **Activitats docents**

• Activitats de caràcter docent en cursos de pre i postgrau, autoritzats i/o organitzats per escoles universitàries d'infermeria, Departament de Sanitat i altres organismes oficials fora de l'horari laboral.

- Cada hora.....0.2 punts*
- Per certificació en la qual no constin hores.....0.5 punts

*Fins a un màxim de 3 punts

- Activitats de caràcter docent com a professora del practicum fora de l'horari laboral
- Cada hora.....0.02 punts
- Per certificació en la qual no constin hores.....0.25 punts

- Participació com a docent en els programes de formació contínua de la Institució
- Cada hora..... 0.2 punts

- Participació com a docent amb els alumnes de les escoles universitàries d'infermeria en horari laboral
- Cada certificació.....0.025 punts

➤ **Activitats científiques i d'investigació**

• Realització i/o presentació de ponències, participació en taules rodones, publicació d'articles en una revista

- De caire nacional..... 1.2 punts
- De caire internacional..... 1.5 punts

Per certificació de ser la persona que efectua la presentació oral, s'afegiran.. 0.1 punt

- Realització i/o presentació de comunicacions i/o pòsters en jornades i simposis, etc.
- De caire nacional..... 0.5 punts
- De caire internacional..... 0.75 punts

En cas de comunicació/pòster, etc. premiada, s'afegiran 0.25 punts

Per certificació de ser la persona que efectua la presentació oral, s'afegiran.. 0.1 punt

- Assistència a jornades, congressos, seminaris, simposi
- Cada certificació..... 0.1 punts

- Participant com a membre del comitè organitzador o científic en jornades, congressos, seminaris.
- Cada certificació..... 0.6 punts

- Membre de la Junta Directiva de societats professionals de caràcter científic
- Cada certificació..... 0.6 punts

- Participació en l'elaboració de capítols de llibres
- Cada certificació..... 2 punts

Convenio Colectivo de los trabajadores del Centro A 2004-2007

El Servei de Prevenció que desenvolupi funcions de vigilància i control de la salut dels treballadors, estudiarà i valorarà especialment els riscos que puguin afectar a les treballadores en situació d'embaràs o part recent i als treballadors especialment sensibles a determinats riscos, i proposarà mesures preventives adequades.

El personal sanitari del servei de prevenció haurà de conèixer la situació d'embaràs i els riscos durant el mateix de les treballadores, les malalties, accidents i les absències al treball per motius de salut, a fi i efecte de poder identificar qualsevol relació entre la causa de la malaltia, accident o l'absència i els riscos per la salut que puguin presentar-se en els llocs de treball. Per tot això, els treballadors hauran de comunicar les causes, motius, diagnòstics, etc., al metge d'empresa.

Art. 54. Mobilitat per raons de salut

Quan es comprovi, sota control del Servei Mèdic d'Empresa de l'IMAS, que el lloc de treball o l'activitat desenvolupada perjudica o pot perjudicar a la salut d'un determinat treballador, aquest podrà ésser traslladat a un altre lloc de treball, i prèvia petició de l'interessat.

Quan hi hagi un risc durant l'embaràs, la treballadora ocuparà un lloc de treball compatible amb el seu estat de característiques similars, o en el seu defecte, s'aplicaran les prescripcions de la Llei de Prevenció de Riscos Laborals en la matèria.

Art.55 Assistència jurídica i responsabilitat civil

L'IMAS garanteix l'assistència jurídica gratuïta als treballadors que la necessitin degut a conflictes derivats de la prestació del servei.

L'IMAS ha subscrit els corresponents contractes de cobertura de responsabilitat civil per a tots els treballadors.

Art.56 Fons de Formació

El personal afectat per aquest Conveni té dret a un perfeccionament professional constant, a la formació professional sanitària i administrativa. Per tal de canalitzar adequadament les aspiracions professionals dels treballadors i garantir una millora en els serveis que presta l'IMAS, la comissió mixta formada per un màxim de cinc membres en representació de l'empresa i cinc membres màxim designats pel Comitè d'Empresa canalitzarà, objectivitzarà i estimularà l'assistència a cursos de formació, seminaris, etc. i establirà els criteris per a l'aplicació de les ajudes.

El Fons de Formació estarà dotat amb 36.781,20 euros per l'any 2004 amb l'increment de LGPE per a cadascun dels exercicis compresos en aquest Conveni i que seran acumulables.

La subvenció màxima a percebre per cada treballador serà decidit per la Comissió quedant exclòs el personal d'alta direcció als efectes de percepció de cap quantitat d'aquest fons.

Art.57 Normativa per a la concessió de les 40 hores de formació.

Amb la finalitat de garantir el desenvolupament de la competència professional a través de la formació:

1. El personal tindrà accés a una formació continuada, per això es garanteixen 40 hores anuals de formació continuada per treballador fix o interí, que durà a terme el personal de l'IMAS amb programes de formació específica, tant interna com externa, en relació amb la seva categoria laboral i/o lloc de treball i que respongui a l'exigència de la millora de la competència professional i de la qualitat assistencial i al dret de qualificació i promoció professional.
2. En els fixos i interins amb jornades inferiors a 40 hores, l'atorgament de les hores de formació serà proporcional al seu horari i increment en un 20% fins a un màxim de 40 hores.
3. L'atorgament de les hores de formació en el personal no fix (suplències) amb una relació contractual amb l'IMAS de com a mínim 90 dies treballats durant els 12 mesos anteriors, serà proporcional a la jornada anual que tingui contractada, tenint com referència les 40 hores en jornades de 1624 hores anuals.
4. El treballador junt amb el seu responsable directe corresponent, es posarà d'acord en la forma de realització, o bé amb dies o facilitant l'assistència a la formació per tal de que puguin participar el 50% de professionals, sempre en funció de les necessitats del servei.
5. La sol·licitud de les hores de formació es canalitzarà a través del Departament de Recursos Humans mitjançant el compliment d'un formulari al que tindran accés tots els treballadors.
6. Per tal de que hi hagi un principi d'accessibilitat i equitat a la formació es crearà una base de dades única que reculli a nivell informàtic les hores de formació tant a nivell intern com a extern que ha realitzat cada treballador.
7. La Comissió mixta de formació de l'IMAS participarà en el seguiment de totes les incidències que es donin en l'aplicació d'aquest acord.
8. Per tal de canalitzar adequadament les aspiracions professionals dels treballadors i garantir una millora en els serveis que presta l'IMAS, la comissió mixta formada per un màxim de 5 membres en representació de l'empresa i 5 membres màxim designats pel Comitè d'Empresa canalitzarà, objectivitzarà i estimularà l'assistència a cursos de formació, seminaris, etc.

Permisos retribuïts per formació

1. Tots els treballadors amb relació laboral indefinida i amb més de 3 anys d'antiguitat, podran sol·licitar permisos remunerats per ampliació d'estudis en Institucions Sanitàries o acadèmiques espanyoles o estrangeres (percebut el seu salari incloent-se el prorrateig de guàrdies). La duració podrà ésser d'1 mes com a mínim fins un màxim de 12 mesos, ampliables en supòsits excepcionals.

11.2.- ANEXO II

Formación Continuada Centro B

Convenio Colectivo de los trabajadores del Centro B

CLÀUSULA DEROGATÒRIA.

Aquest Conveni deroga l'anterior.

DISPOSICIÓ ADDICIONAL PRIMERA.

1. Pel que fa als temes de formació professional i d'assistència a cursos i congressos, totes dues parts es comprometen a desenvolupar les normes pràctiques pertinents.
2. Fins al moment en què es desenvolupin aquestes normes, és d'aplicació la normativa en vigor en el moment de la firma del present Conveni.

DISPOSICIÓ ADDICIONAL SEGONA.

1. Els signants d'aquest conveni acorden facultar a la comissió negociadora del mateix per tal que, abans del 30 de juny de 2006, intentin assolir un acord, que ha de ser ratificat per la majoria del Comitè d'empresa, en matèria de mesures d'incentivació de la estabilitat en la contractació, desenvolupament de les possibilitats de jubilació parcial, mecanismes de promoció i mobilitat, revisió i desenvolupament dels Acord en matèria de carrera professional i formació, així com un estudi que analitzi l'actual configuració de categories professionals. Els acords assolits en aquesta matèria, una vegada ratificats per la majoria del Comitè, tindran caràcter de pacte d'empresa amb validesa convencional i s'incorporaran al contingut del proper conveni col·lectiu.
2. L'esmentada Comissió estudiarà, així mateix, abans del 30.9.06, la viabilitat de considerar no laborable el dia de setmana santa i el dia de Nadal en aquests serveis, prèviament identificats, que tanquin en aquestes dades. El resultat s'incorporarà al proper conveni col·lectiu.
3. Igualment l'esmentada Comissió serà l'encarregada de portar a terme la negociació prevista a l'article 18.9 del present Conveni, en el termini i condicions que el mateix article preveu.

DISPOSICIÓ ADDICIONAL TERCERA.

Ambdues parts incorporen com Annex 5 d'aquest conveni l'Acord assolit per la Comissió establerta per la Disposició addicional segona del conveni anterior que havia d'estudiar els temes relatius a la carrera professional i al catàleg de llocs de treball.

DISPOSICIÓ ADDICIONAL CUARTA.

Totes les referències que en el conveni s'hagin fet en masculí o femení s'han d'entendre referides a la totalitat del personal amb independència del sexe.

11.3.- ANEXO III

Cuestionario

Edad años

1. **Sexo:** 1 Masculino 2 Femenino
2. **¿Tiene familiares enfermos a su cargo? n°**
3. **¿Tiene hijos menores de edad a su cargo? n°**
4. **Estado civil:** 1 Soltero 2 Casado/en pareja
3 Separado/divorciado 4 Otros
5. **N° hijos:**
6. **Otras cargas familiares, especifique**
7. **Años de ejercicio profesional**
8. **N° de instituciones en los que ha trabajado como enfermer@**
9. **Meses de suplencias.....**
10. **Meses de interinaje**
11. **Años que tienes plaza fija**
12. **Turno actual:** 1 Mañana 2 Tarde 3 Noche 4 Rotatorio
5 Fin de semana Mañana 6 Fin de semana Tarde
13. **Años en este turno**
14. **¿Le gustaría cambiar de turno? 1 Si 2 No**
15. **Centro de trabajo**
 - 1.- IAGS: Forum. Larga Estancia
 - 2.- Hospital Clínic: Medicina Interna
 - 3.- Casa Maternitat: UGA
- 17.1 **¿Le gustaría cambiar de puesto de trabajo? 1 Si 2. No**
- 17.2 **¿Le gustaria cambiar de centro de trabajo? 1 Si 2. No**

18 Motivación para estudiar enfermería

(Priorice de 1 a 3 las razones fundamentales indicando con 1 la primera razón y con 3 la tercera).

- 1 Ayudar a los demás y contribuir a su bienestar
- 2 Es una profesión valorada socialmente
- 3 Es una profesión bien retribuida
- 4 Tiene un familiar que ejerce o ha ejercido la enfermería
- 5 Hay buenas posibilidades de inserción laboral
- 6 Es una profesión como otra cualquiera
- 7 Desde siempre quise ser enfermer@
- 8 Porque he vivido una situación de enfermedad
- 9 Otras, especificar

19. Formación en conocimientos/habilidades en los tres últimos años (incluida la que se siga actualmente).

TIPO DE CURSO	Núm. horas	Financiación			Tiempo	
		Empresa	Subvención	Trabajador	Horario laboral	Fuera horario
Movilización						
Soporte vital básico						
Dietética						
Otros:						
Otros:						
Otros:						
Otros						

20. Formación humanística en los tres últimos años (incluida la que se siga actualmente).

TIPO DE CURSO	Núm. horas	Financiación			Tiempo	
		Empresa	Subvención	Trabajador	Horario laboral	Fuera horario
Comunicación						
Relación de ayuda						
Manejo del estrés						
Trabajo en equipo						
Otros:						
Otros:						
Otros:						
Otros:						

21. Escala MBI

ESCALA M.B.I							
	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.							
4. Fácilmente comprendo como se sienten las personas.							
5. Creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos impersonales.							
6. Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo.							
7. Trato muy eficazmente los problemas de las personas.							
8. Me siento “quemado” por mi trabajo.							
9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás.							
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me siento muy activo.							
13. Me siento frustrado en mi trabajo.							
14. Creo que estoy trabajando demasiado							
15. No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunas personas a las que doy servicio.							
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.							
17. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio.							
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas.							

19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.							
20. Me siento acabado.							
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.							
22. Creo que las personas que trato me culpan de alguno de sus problemas.							

Validación Encuesta

Estudio de la relación del personal de enfermería con su trabajo.

En el marco del *Màster en Administració i Gestió en Cures d'Infermeria* de la EUI Santa Madrona estamos realizando un estudio sobre la mejora de la satisfacción profesional en la enfermería.

El objetivo es relacionar las motivaciones que impulsan a los estudiantes a escoger enfermería y el tipo de formación continuada que eligen, con la satisfacción profesional.

Por este motivo hemos confeccionado una encuesta para recoger los datos necesarios. La información que nos aporten los profesionales consultados será introducida en una base de datos para ser analizada y tratada estadísticamente. La encuesta es confidencial.

Por este motivo, necesitamos su colaboración como experto para validar la encuesta. Adjunto se la enviamos y le rogamos que utilice la tabla de validación.

Su aportación es clave para la realización de este estudio.

En caso de duda puede dirigirse a:

Leticia Esporrin 645 30 10 69

Anna Huarte- Mendicoa 699 41 62 54

Encarna Ramos 639 08 36 98

Agradecemos su colaboración.

Tabla de validación: Resultados

ITEMS	UNIVOCIDAD		PERTINENCIA		IMPORTANCIA				
	Sí	No	Sí	No	1	2	3	4	5
1	9/9		9			2	1	3	3
2	9/9		8	1		2	4		3
3	9/9		8	1			3	5	1
4	8/9		8	1		1	5	2	1
5	7/9	2	7	2		3	4	1	1
6	9/9		8	1		4	3	1	1
7	3/9	6	8	1	1	1	6		1
8	9/9		9		1	1			7
9	9/9		7	2	2	2		1	4
10	9/9		9			1	1	4	3
11	9/9		9				1	5	3
12	9/9		9			1	1	2	5
13	8/9	1	9			2	1	2	4
14	9/9		9		1	1		1	6
15	9/9		8	1		1	1	1	6
16	9/9		9			1	4	2	2
17	8/9	1	9				1	5	3
18.1	9/9		9					1	8
18.2	9/9		9				1	2	6
18.3	9/9		8	1			3	1	5
18.4	9/9		9				4		5
18.5	9/9		9				1	3	5
18.6	9/9		9				2	2	5
18.7	9/9		9			1	1	1	6
18.8	9/9		9			1	1	2	5
18.9	9/9		9			1	2		6
19	7/9		9					5	4
20	7/9		9					4	5
21	9/9		9				1	1	7

UNIVOCIDAD: **Precisión en el lenguaje. Adecuación al vocabulario usual de los destinatarios.**

Una única interpretación frente a ambigüedad u otras posibles interpretaciones.

PERTINENCIA: **Adecuación del ítem al objeto del estudio.**

IMPORTANCIA: **Peso específico del ítem en el conjunto del instrumento. 1 poca importancia, 5 máxima importancia.**

Pase del Cuestionario

Estudio de la relación del personal de enfermería con su trabajo.

En el marco del *Màster en Administració i Gestió en Cures d'Infermeria* de la EUI Santa Madrona estamos realizando un estudio sobre la mejora de la satisfacción profesional en la enfermería.

El objetivo es relacionar las motivaciones que impulsan a los estudiantes a escoger enfermería, el tipo de formación continuada con la satisfacción profesional.

Por este motivo hemos confeccionado una encuesta para recoger los datos necesarios. La información que nos aporten los profesionales consultados será introducida en una base de datos para ser analizada y tratada estadísticamente. La encuesta es confidencial.

Dado que se garantiza la confidencialidad de los datos y el carácter anónimo del cuestionario, le rogamos la máxima sinceridad al objeto de asegurar la calidad de la información que nos aporta.

Su aportación es clave para la realización de este estudio.

En caso de duda puede dirigirse a:

Leticia Esporrin 645 30 10 69

Anna Huarte- Mendicoa 699 41 62 54

Encarna Ramos 639 08 36 98

Agradecemos su colaboración.

¿Es posible mejorar la relación de l@ enfermer@ con su trabajo?