Universidad de Cantabria

Facultad de Enfermería

SÍNDROME DE BURNOUT, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL PERSONAL DE LA RED DE TRANSPORTE SANITARIO URGENTE DE ÁLAVA

- PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN -

BURNOUT, ANXIETY AND DEPRESSION IN THE PERSONNEL OF THE EMERGENCY MEDICAL TRANSPORT NETWORK OF ALAVA

- RESEARCH PROTOCOL –

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

MÁSTER EN INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS DE LA SALUD

Junio 2019

Autora: Alba Etxebarria Capellán

Tutora: Ana Rosa Alconero Camarero

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han contribuido, directa o indirectamente, en la realización del presente trabajo:

A mi tutora, la Dra. Ana Rosa Alconero, por su apoyo incondicional, por su confianza depositada en mi y en el trabajo.

A la Dra. Carmen Sarabia por la ayuda y los conocimientos prestados.

A mis compañeros Iñaki y Noelia por darme la idea tras una larga conversación.

A mis amigas, Rocío y Alba, que han sabido comprenderme y apoyarme durante este proceso.

A todos mis compañeros de trabajo en general, por aportar ideas y por dejarme hacer este trabajo entre aviso y aviso.

Finalmente, a mis padres, mi hermana, mi cuñado y mis sobrinos. No hay palabras suficientes que describan mi gratitud por su constante e incondicional cariño, confianza, apoyo y paciencia. Por estar en todos los momentos importantes de mi vida.

ÍNDICE

RESÚMEN ... 6
1. Introducción ... 8
1.1. Antecedentes y situación actual ... 8
1.1.1. Situación actual del personal del transporte sanitario a nivel estatal ... 8
1.1.2. Distribución actual de los diferentes recursos de la RTSU en el Territorio Histórico de Álava ... 9
1.1.3. Situación actual del personal sanitario de la RTSU de Álava ... 10
1.1.4. Revisión de la literatura ... 10
1.1.5. Marco teórico: Jean Watson ... 18
1.1.6. Patologías a estudiar ... 20
1.2. Justificación del estudio ... 21
1.3. Hipótesis ... 21
1.4. Objetivos ... 21
1.4.1. Objetivos principales ... 21
1.4.2 Objetivos secundarios ... 22
2. Metodología (material y métodos) ... 23
2.1. Tipo y Diseño de la Investigación ... 23
2.2. Población de Estudio ... 23
2.2.1. Personal de la RTSU ... 23
2.3. Criterios de Inclusión ... 24
2.4. Criterios de Exclusión ... 25
2.5. Tamaño Muestral ... 25
2.6. Tipo de Muestreo ... 25
2.7. Variables ... 25
2.8. Instrumentos de medida ... 26
2.8.1. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) ... 26
2.8.2. Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE) ... 28
2.8.3. Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (heteroadministrada) (EADG) (Versión adaptada al castellano por A. Lobo y cols.) ... 28
2.8.4. Calidad de Vida Profesional. Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35) ... 29
2.9. Recogida y Análisis de Datos ... 29
2.9.1. Estudio descriptivo ... 29
2.9.2. Estudio cualitativo exploratorio ... 30
3. Cronograma ... 31
4. Limitaciones del estudio ... 33

5. Consideraciones Éticas 34
6. Bibliografía 35
7. Anexos 41
7.1. Anexo 1: Diagrama del proceso usado para la búsqueda de referencias bibliográficas 41
7.2. Anexo 2: Cuestionario Maslach Burnout Inventory 42
7.3. Anexo 3: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE) 43
7.4. Anexo 4: Escala de ansiedad y depresión de Goldberg 45
7.5. Anexo 5: Cuestionario CVP-35 46
7.6. Anexo 6: Preguntas de la entrevista semiestructurada 47
7.7. Anexo 7: Hoja informativa e invitación a participar 48
7.8. Anexo 8: Consentimiento 49
7.9. Anexo 9: Siglas 50

"La vida comienza al otro lado de la desesperación".

Jean-Paul Sartre

"La vida es un largo camino hacia el cansancio".

Samuel Butler II

"Nada cansa tanto como la pena"

Javier Marías

RESÚMEN

Introducción: La Red de Transporte Sanitario Urgente (RTSU) está compuesta por ambulancias asistenciales y centro coordinador. Los resultados encontrados hasta el momento sobre estrés, síndrome de Burnout, ansiedad y depresión en el sector son muy heterogéneos debido a la variación de terminología en los diferentes países del mundo. El personal de emergencias sanitarias tiene unas condiciones laborales en las que están expuestos a multitud de circunstancias de gran impacto con situaciones a las que deben hacer frente casi a diario, conllevando unos costos emocionales significativos. Este estrés tiene como consecuencias alteraciones en los propios profesionales y en la seguridad del paciente. Las alteraciones psicológicas debido al estrés pueden desencadenarse debido al propio trabajo que efectúan como al clima laboral. Los profesionales que tienen que hacer frente al estrés de forma continuada posee una serie de estrategias de afrontamiento, pero por lo general existe un sentimiento del personal sobre la falta de apoyo de las autoridades y sienten la necesidad de que las organizaciones establezca actividades preventivas.

Objetivos: Describir la situación actual y examinar la narrativa del personal de la RTSU de Álava respecto a las alteraciones psicológicas y sus vivencias en el entorno laboral.

Material y métodos: Se trata de un estudio de métodos mixtos cuantitativo-cualitativo en el cual se explorará cuantitativamente de forma descriptiva la prevalencia del desgaste profesional, la ansiedad, y depresión, la gestión emocional y las técnicas de afrontamiento que posee el personal de la RTSU de Álava. Posteriormente se realizará un estudio basado en los principios de la investigación cualitativa con un enfoque fenomenológico mediante grupos focales para conocer las vivencias de los propios profesionales.

Palabras Clave: Estrés Psicológico; Depresión; Ansiedad; Socorristas; Servicios Médicos de Urgencia

ABSTRACT

Introduction: The Emergency Health Transport Network Service is made out of ambulances and a coordinating centre. The results found so far about stress, professional burnout, anxiety or depression are very heterogeneous due to the variation in terminology in different countries. Health emergency workers are exposed to a multitude of situations of great impact that they face almost daily which entail significant emotional costs. This stress has consequences in the professionals themselves and in the security of patients. The psychological alterations induced by stress can be triggered not only by the work they carry out, but also by the working atmosphere. Professionals who have to cope with stress on an ongoing basis have a number of strategies to deal with these situations but there is a general feeling of lack of support from the authorities and need for organisations to establish preventive activities.

Objectives: To identify the current situation and to examine the narrative of the staff of the emergency service of Alava regarding the psychological alterations and their experiences in working environment.

Material and methods: This is a study of mixed quantitative-qualitative methods in which the prevalence of professional burnout, anxiety and depression, emotional management and coping techniques of the staff of emergency service of Alava will be explored quantitatively in a descriptive mode. Subsequently, a study will be carried out, through focus groups, based on the principles of qualitative research with a phenomenological approach, to learn about the experiences of the professionals.

Keywords: Stress, Psychological; Depression; Anxiety; Emergency Responders; Emergency Medical Services

1. Introducción

1.1. Antecedentes y situación actual

1.1.1. Situación actual del personal del transporte sanitario a nivel estatal

En España el Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, establece las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera. Este real decreto tiene por objeto establecer las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos destinados a la realización de servicios de transporte sanitario por carretera. En dicho decreto se describen las ambulancias asistenciales como las acondicionadas para permitir asistencia técnico-sanitaria en ruta. Esta categoría de ambulancias comprende las dos siguientes clases (1):

1. Ambulancias de clase B, destinadas a proporcionar soporte vital básico y atención sanitaria inicial: estas ambulancias, deberán contar, al menos, con un conductor que esté en posesión del título de formación profesional de técnico en emergencias sanitarias, previsto en el Real Decreto 1397/2007, de 29 de octubre, o correspondiente título extranjero homologado o reconocido y otro en funciones de ayudante que ostente, como mínimo, la misma titulación.

2. Ambulancias de clase C, destinadas a proporcionar soporte vital avanzado: estas ambulancias, deberán contar, al menos, con un conductor que esté en posesión del título de formación profesional de técnico en emergencias sanitarias antes citado o correspondiente título extranjero homologado o reconocido, con un enfermero que ostente el título universitario de Diplomado en Enfermería o título de Grado que habilite para el ejercicio de la profesión regulada de enfermería, o correspondiente título extranjero homologado o reconocido. Asimismo, cuando la asistencia a prestar lo requiera deberá contar con un médico que esté en posesión del título universitario de Licenciado en Medicina o título de Grado que habilite para el ejercicio de la profesión regulada de médico, o correspondiente título extranjero homologado o reconocido.

Por esta regulación se establece como población de estudio a los Técnicos en Emergencias Sanitarias (TES), Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE) o graduados en el mismo y a los Licenciados en Medicina que ejerzan su profesión en ambulancias asistenciales del Territorio Histórico de Álava, así como al personal que ejerce su profesión en el Centro Coordinador de Emergencias (CC) de dicho territorio movilizando dichas ambulancias asistenciales. Todos ellos engloban la Red de Transporte Sanitario Urgente (RTSU) del Territorio Histórico de Álava.

1.1.2. Distribución actual de los diferentes recursos de la RTSU en el Territorio Histórico de Álava

Ambulancias clase B: Soporte Vital Básico (SVB).

Ambulancias clase C:

- Soporte Vital Avanzado con Enfermería (SVAe).
- Soporte Vital Avanzado Medicalizado (SVAm).

Centro Coordinador de Emergencias (CC)

Fig. 1 Distribución de recursos en Álava.

Vitoria-Gasteiz:

- 2 SVB (24 horas).
- 2 SVB (12 horas, diurnos)
- 1 SVAe
- 1 SVAm
- 1 CC

Zuia-Gorbeialdea:

- 2 SVB (Legutiano y Murgia).

Llanada Alavesa:

- 1 SVB (Agurain)

Montaña Alavesa:

- 1 SVB (Campezo)

Rioja Alavesa:

- 1 SVB (Laguardia)
- 1 SVB (Labastida) (12 horas, diurno, verano)

Añana:

- 2 SVB (Zambrana y Espejo)

Ayala (gestionado por la provincia de Bizkaia):

- 1 SVB (Llodio)
- 1 SVAm (Llodio)
- 1 SVAe (Amurrio)

En la actualidad los 2 SVAm y el CC son gestionados directamente por Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y el resto son gestionados por empresas privadas subcontratadas por Osakidetza-Servicio Vasco de Salud (Larrialdiak y Ambuiberica).

El servicio de Emergentziak en el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza ha cumplido en 2019 25 años. Cada día atiende 1.000 llamadas y organiza 500 salidas de ambulancia. En 2018 se contabilizaron 417.781. Esas llamadas requirieron la movilización de 185.286 salidas de las 89 ambulancias que integran el servicio a lo largo de la comunidad y los tiempos de respuesta de las ambulancias fueron inferiores a los 15 minutos en la mayoría de los casos. En toda la comunidad autónoma existe un único helicóptero medicalizado que está ubicado en la provincia de Bizkaia pero brinda atención a todo el territorio, éste tuvo que despegar 411 veces y su tiempo medio de activación fue de 4 minutos. En concreto en el Territorio Histórico de Álava se atendieron 69.539 incidentes (Fig.1).

1.1.3. Situación actual del personal sanitario de la RTSU de Álava

En el ámbito de la emergencia el personal está expuesto a situaciones de gran impacto. Los estímulos emocionales a los que han de enfrentarse a diario generan un alto nivel de estrés pudiendo ocasionar a veces alteraciones psicológicas.

1.1.4. Revisión de la literatura

Se realiza una revisión de la literatura (Anexo 1) con resultado de muchos estudios sobre alteraciones mentales en personal sanitario en general, ya que, este personal es considerado uno de los más proclives a sufrir este tipo de enfermedades, pero muy pocos sobre el personal de urgencia y emergencia extrahospitalaria. El rol que se desempeña en los servicios de urgencias y emergencias es diferente al resto debido a que no existe una continuidad de cuidados que ayude a conocer la evolución de los pacientes, lo que puede conllevar que el personal se distancie y despersonalice más que en otros servicios. La salud ocupacional incluye el estudio de las enfermedades relacionadas con las tareas, el puesto y el lugar de trabajo, los accidentes que puedan ocurrir en el medio o en el tiempo laboral. Entre los daños laborales de carácter psicosocial, considerado como uno de los más importantes en la actualidad internacional, se encuentra el desgaste profesional, habitualmente conocido por el anglicismo de síndrome de Burnout (SB). Existen investigaciones limitadas, que examinan otros resultados comunes de salud mental como la depresión la ansiedad dentro de la profesión, pero existe una falta de evidencia acerca del SB en el ámbito de los profesionales sanitarios de emergencias (2-10). A pesar de todo, los estudios existentes, sugieren que los trabajadores de ambulancias pueden tener uno de los niveles más altos de estrés y agotamiento cuando se comparan con otros grupos de profesionales de la salud y con otros trabajadores de emergencias. Se trata de un grupo que presenta el riesgo de desarrollar un trastorno de estrés postraumático y otros trastornos psicológicos. Además, los estudios encontrados son en su mayoría son internacionales, lo que los hace poco extrapolables a nuestra población, debido a que la regulación laboral de asistencia sanitaria extrahospitalaria es diferente en todos los países, no existiendo, por ejemplo, la figura del TES fuera de España. Todo ello conlleva que los resultados encontrados hasta el momento en cuanto a la prevalencia son muy heterogéneos, con una variación terminológica y significado del personal de ambulancias y paramédicos en todo el mundo (2, 6, 11). No obstante, casi la totalidad de los artículos revisados

coinciden en cuanto a motivos del SB y efectos y en la necesidad de trabajar en la prevención de dicho síndrome y otras patologías psiquiátricas como la ansiedad o la depresión.

Existe una creciente preocupación con respecto al impacto en la salud mental del trabajo de primeros auxilios a nivel mundial, con algunos informes que sugieren que el personal de ambulancias puede estar en un riesgo particularmente alto, por ello se ha comenzado a determinar la prevalencia de las afecciones de la salud mental entre el personal de ambulancias de todo el mundo (2, 7-8, 11-16). El personal sanitario tiene unas condiciones laborales en las que están a expuestos a multitud de situaciones de gran impacto, como el contacto continuo con la muerte y su proceso, y no termina de habituarse a estímulos a los que ha de enfrentarse prácticamente a diario pudiendo tener costos emocionales significativos, con personal que presenta síntomas psiquiátricos elevados y angustia como resultado de su trabajo (2, 8, 13, 16-29). Se considera que una persona está sometida a estrés cuando ha de hacer frente a demandas ambientales que piensa que sobrepasan sus recursos de manera que el sujeto percibe que no puede darles una respuesta efectiva (8, 27). Estos trabajadores se enfrentan a factores estresantes tanto agudos (amenazas a la vida o a la integridad física, asesinatos, desastres o atención a niños) como crónicos (carga de trabajo excesiva, mala organización, conflictos en el trabajo o la rotación de turnos), este estrés crónico en el trabajo habitualmente es mayor entre los trabajadores de ambulancias que en otros entornos de servicios de salud (8, 16, 20, 25, 30). La estructura de una experiencia traumática, tal como la vive el personal de ambulancias, se describe como una experiencia seis veces mayor que comienza antes de que ocurra el evento traumático y termina con el manejo y recuperación. Incluso el cuidador más experimentado no puede estar preparado para, o protegido de, los sentimientos abrumadores de identificación, el fracaso y la soledad que puedan ocurrir. La experiencia posterior, postraumática, se caracteriza por periodo de caos, culpa y vergüenza, depresión y reorientación (31). En la atención de urgencia y emergencia extrahospitalaria existe poco tiempo y mínima información para la toma de decisiones, lo que conlleva que los profesionales estén en riesgo de desarrollar Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT), incluso si no están expuestos a grandes desastres. Los eventos traumáticos, pero también los estresantes crónicos, tienen consecuencias duraderas para la salud psicológica y puede conllevar un nivel de fatiga elevado que pone a un individuo en riesgo de baja por enfermedad o incapacidad laboral, debido a que, aunque el personal está capacitado y preparado para tratar los aspectos técnicos a los que se enfrentarán en su carrera, están menos preparados para manejar el impacto psicológico de estos eventos (17, 22, 30). Las exposiciones laborales reales pueden ser difíciles de modificar, de ahí la importancia de tener unos métodos de afrontamiento al estrés adecuados (32). A pesar de todo esto, pocos estudios han analizado la fatiga compasiva y la satisfacción, sus impactos en los pacientes, compañeros y riesgos

de error médico y los factores que contribuyen o protegen contra el estrés ocupacional y el agotamiento (11). El término fatiga compasiva fue acuñado para describir el fenómeno del estrés resultante de la exposición a un individuo traumatizado en lugar de la exposición al trauma en sí mismo. La compasión y la empatía mostrada pueden resultar psíquica, mental y económicamente costosa, es decir, la exposición a pacientes que experimentan traumas o angustia puede afectar negativamente a la salud mental y física, la seguridad y el bienestar de los profesionales, así como el de sus familias, las personas que cuidan y las organizaciones que los contratan. Dicha empatía con los usuarios es necesaria para poder aportar unos cuidados de calidad (9, 32).

La satisfacción del paciente se considera una medida del estado de la interacción entre los profesionales de la salud. El nivel de esta medida indica la calidad de la atención recibida. Se ha demostrado una relación entre la satisfacción del paciente y el estrés y el síndrome de agotamiento experimentado por el personal de la salud en diferentes unidades hospitalarias, aunque esto no queda demostrado en unidades de urgencias hospitalarias. A pesar de que pueda parecer controvertido, puede deberse a que el servicio de urgencias ofrece un servicio de corta estancia y tienen por objetivo resolver problemas agudos de salud. Este corto periodo de tiempo podría llevar a un menor nivel de implicación emocional por parte del personal (33).

La resiliencia juega un papel mediador entre la personalidad y el agotamiento. El agotamiento se conceptualiza como una respuesta interna y emocional a los factores estresantes externos que consumen, superan y agotan nuestros recursos personales y sociales. El agotamiento representa la incapacidad metafórica para que el fuego dentro de nosotros siga ardiendo con fuerza. El agotamiento se compone de sentimientos de agotamiento emocional, despersonalización y falta de logros personales. Estos factores se deben estudiar por separado. La resiliencia es un proceso dinámico, se produce una interacción con el entorno mediante la negociación y gestión de recursos en respuesta al factor estresante y sirve para proteger la eficacia de estos sistemas de asignación de recursos. La literatura sobre resiliencia y agotamiento indica que tener una red social positiva, buenas relaciones con amigos y colegas y tener un ambiente de apoyo influye en gran medida en la manifestación de ambos fenómenos, pero se desconoce aún el papel de la personalidad oscura (7, 34).

La exposición a tales demandas laborales requiere un esfuerzo sostenido y agota los recursos per cápita y las capacidades de afrontamiento de los empleados, lo que provoca una desviación en el funcionamiento físico, psicológico y/o conductual normal de un individuo (11, 14). Basado en investigaciones anteriores, es evidente que la fatiga, el estrés y la exposición a eventos traumáticos representa un riesgo para la salud, la seguridad y el bienestar del personal (24). Dentro del ámbito

sanitario, el desgaste profesional puede afectar a la comunicación y a la toma de decisiones clínicas. Podría impedir a los intervinientes a desarrollar su tarea de intervención de forma adecuada. Justificaría absentismo laboral, situaciones depresivas, trastornos de ansiedad, irritabilidad, hostilidad, ingesta de psicofármacos, aumento de hábitos tóxicos, menor horas de sueño, mayor agotamiento, menor calidad de vida, aumento de peso y estés postraumático. Existe una fuerte asociación entre el estrés psicosocial generado por el trabajo y un aumento del riesgo de desarrollar afecciones físicas mentales (4, 6-7, 9-10, 15-16, 19, 25, 28-30, 35-36). Todos los trabajadores de ambulancias entrevistados en un estudio llevado a cabo en Suecia hablaron sobre ansiedad, recuerdos intrusivos y sueños. Todos expresaron sentimientos de culpa y/o vergüenza, pero no por no haber cumplido con los deberes de cuidador y consolar a la víctima. La razón de esos sentimientos parecía ser que el autoconcepto después del evento traumático cambió (30). La asociación entre agotamiento y la seguridad del paciente ha sido analizada en muchos estudios para personal sanitario debido a que el agotamiento de los profesionales de la salud puede representar un riesgo para la salud y los resultados de salud de los pacientes, por ejemplo, lesión, error, eventos adversos y comportamiento (5, 15, 27, 37).

Como se ha comentado anteriormente los resultados de la literatura revisada son muy heterogéneos debido a la variación de terminología y significado tanto del personal de ambulancias como de las propias patologías y debido a las diferentes funciones que desempeña el personal sanitario en los diferentes países y a las diferencias culturales. En un meta-análisis realizado en EEUU se observó que la tasa de prevalencia del TEPT en la población general era de un 3,5 % (1,1 % si se analizaba la muestra de 27 países). Al analizarlo entre los trabajadores de los servicios de emergencias la prevalencia aumentó al 10 %. También se observó que en los pocos estudios publicados las tasas de depresión y ansiedad en el personal de ambulancias superaban las estimaciones de la población con tasas más altas de depresión y ansiedad a medida que aumentaba la carga del trauma acumulativo. Aunque, resulta muy difícil comparar las estimaciones de prevalencia de ansiedad y depresión debido al uso de diferentes instrumentos de medida. La angustia psicológica grave afecta al 27 % del personal de ambulancias (2). En una revisión realizada en España en 2015 se observó que el 39% del personal sanitario militar presentaba cansancio emocional, entre los cuales existía una despersonalización y falta de realización personal en un 35% y SB en un 59 % de los casos. En el caso del País Vasco se objetivó entre un 80,8 % y un 94,3% de síndrome de desgaste profesional entre los TES de SVB, valores comparables con los técnicos de ambulancias de Nueva York o los MIR de Madrid. Entre un 51,9 % y un 71,8 % son casos de desgaste profesional de alto grado, y se objetivó que cuanto menos era el nivel de estudios, menos cansancio emocional y a más experiencia menos realización personal. Se observó que la prevalencia del SB

era más elevada y superior en este grupo a la documentada en otros profesionales sanitarios (3-4). También en España, pero en esta ocasión en Lleida, se objetivó que un 13 % de los TES sufría SB, un 24 % tenía un riesgo muy alto de padecerlo, un 15 % riesgo alto, un 26 % riesgo medio-alto y un 15 % riesgo medio, encontrándose el porcentaje en un 19 % de riesgo medio-bajo, bajo o sin riesgo de padecer SB (38). Sin embargo, en un estudio realizado en Madrid en 2007 entre el personal de urgencia extrahospitalaria se encontraron puntuaciones de estrés laboral dentro de la media en comparación con el resto de profesionales sanitarios españoles (3, 8). En cuanto al ámbito hospitalario pero manteniendo aún en el área de urgencias y cuidados críticos en España en 2018 se observó que más de un tercio del personal de enfermería presentó un alto nivel de SB y depresión (18-33 %) (9, 15). En 2016 en las urgencias hospitalarias de un hospital de España se detectó que los niveles de estrés percibidos por las enfermeras eran muy bajos, bajos niveles de agotamiento emocional y bajos niveles de cinismo. Existía un 3,4 % de agotamiento entre las enfermeras (33).

El agotamiento profesional, ansiedad, depresión o síndrome de estrés postraumático puede tener dos tipos de desencadenante, uno de ellos todo lo que concierne al trabajo que realiza este personal y, el otro, el propio clima laboral. Entre los motivos que conciernen al trabajo se encuentra la exposición habitual al sufrimiento emocional y físico del paciente o sus familiares y el impacto visual de algunas imágenes de cuerpos en estados muy perjudicados, grado de impacto emocional que podríamos denominar medio-alto. El agotamiento está influenciado por la toma de decisiones complejas. Prácticamente en todos los estudios se menciona como motivo de estrés que la persona-paciente sea un menor o un conocido, e incluso acudir a circunstancias que no eran claras e información del centro coordinador insuficiente (6, 8, 10, 12, 14, 16-18, 20, 22, 24, 29-30, 39). En el centro coordinador se incluirían un alto volumen de llamadas y falta de tiempo de inactividad durante los turnos, las tensiones asociadas con la responsabilidad operativa de un gran número de trabajadores y vehículos a través de un área de cobertura expansiva, y el entorno relativamente sedentario (6). Existen una serie de factores que pudieran prevenir o aumenta la probabilidad de situaciones de impacto emocional. Entre los perjudiciales se encuentra la capacidad de empatía, la ausencia de recursos y medios necesarios para abordar las demandas, falta de experiencia, el abuso de sustancias, la vivencia de experiencias traumáticas y el estrés personal y laboral (7, 15, 18, 39). Entre los preventivos se encuentra el uso del sentido del humor, una red psicosocial sólida, la inversión del tiempo en actividades de ocio, la posibilidad de evitar la situación concreta, las estrategias que permiten aislarse del dolor físico o emocional, las competencias psicológicas para hacer frente a las demandas de las personas usuarias, el autoconocimiento y autocontrol emocional, el valor de los compañeros de trabajo, las conversaciones informales y la retroalimentación con los propios compañeros (18,34). El tiempo de inactividad después de un

incidente crítico se asocia significativamente con menores puntuaciones de los síntomas depresivos en paramédicos en el seguimiento a largo plazo. La duración óptima del tiempo de inactividad parece ser de hasta un día (25). En cuanto al clima laboral se ha objetivado la asociación con el desarrollo de SB en el personal de urgencias médicas. Si la percepción que el individuo tiene respecto a la estructura y las interacciones psicosociales que ocurren en su ambiente laboral es negativa podría estar relacionado con el desarrollo de SB o con factores emocionales de ansiedad, depresión y desesperanza (28). Se encuentran factores de malestar laboral como personal en desacuerdo con su turno, problemas personales con su grupo de trabajo, condiciones laborales, conflictos entre instituciones o entre compañeros, falta de reconocimiento profesional y social, sobrecarga de trabajo y presión asistencial o bajas retribuciones salariales. La inestabilidad laboral ocasiones un nivel más elevado de estrés, y los suplentes con menor edad y menor tiempo de ejercicio presentaban nivel menor de SB. En algunos trabajos se ha llegado a concluir que a partir de los 8/10 años trabajados el porcentaje del SB aumenta sustancialmente, un dato preocupante teniendo en cuenta que la RTSU es un servicio joven (25 años en el País Vasco) (3-4, 8-9, 15, 28, 30, 35).

Los rasgos de personalidad también pueden influir en el agotamiento. Los rasgos de personalidad "brillantes" son los que se atribuyen a los comportamientos interpersonales que se manifiestan cuando estamos siendo decididos, positivos y en el mejor momento. Los rasgos "oscuros" tienen el potencial de descarrilar nuestra vida personal y profesional, y emergen con mayor frecuencia cuando bajamos la guardia. Se revela el lado oscuro cuando los recursos cognitivos para inhibir y suprimir los impulsos inadaptados se agotan por estrés, cansancio o sobrecarga. Los rasgos oscuros de la personalidad intentan caracterizar y definir las conductas interpersonales de adaptación que los individuos adoptan. Mientras algunas personas en situaciones de estrés interpersonal y emocional prolongado en el trabajo pueden experimentar agotamiento, otros demuestran resiliencia y perseveran de una manera relativamente firme. Se hace evidente que la personalidad del lado oscuro tiene el potencial de explicar por qué es más probable que estos fenómenos ocurran en ciertos individuos (34).

Los estilos de afrontamiento evasivo que se ven en la personalidad reservada son estrategias comunes que los individuos usan para aliviar el estrés y están relacionado con la despersonalización (22, 34). Este estilo de afrontamiento puede tratarse de una técnica para distanciarse, pero podría llegar a significar que la persona que lo usa ya padece agotamiento, por lo que podría usarse como predictor (26). La mayoría de los trabajadores de ambulancias son capaces de lidiar con estos eventos razonablemente bien. Aprecian su profesión, en particular, el cuidado de los pacientes puede ser gratificante y satisfactorio, lo que permite hacer frente a los aspectos negativos del

trabajo (30). Esto puede ser una de las causas de que no existan estrategias estructuradas de afrontamiento psicológico en este colectivo profesional (17). Pero las exposiciones al trauma de manera crónica pueden llegar a ocasionar agotamiento, ansiedad o depresión. La mayoría del personal aprobó una actitud de esperar y ver después de incidentes críticos con énfasis en el descanso, la relajación y el restablecimiento del control. Es común hablar sobre el incidente con los propios compañeros de trabajo y el uso del humor (12, 21, 22, 25). La familia es su mayor estructura de apoyo, seguida por sus colegas y amigos (22, 31). Algunos valoran un tiempo de inactividad postincidente muy positivamente, un periodo de duración entre 30-60 minutos, durante el cual el trabajador es puesto fuera de servicio por su supervisor. Momento utilizado para hablar informalmente, relajarse, desahogarse con personas de confianza por las que se sentían comprendidas (25). En un estudio realizado en 2014 al personal sanitario de Euskadi se objetivó que un 78,3 % de los profesionales aprendía a base de experiencias reiteradas a crear sus propios mecanismos de defensa. El 73,6 % recurría a la expresión verbal en busca de alivio. El 52,1% había intentado restarle importancia y tan solo un 11 % solicitaba ayuda a un profesional cualificado (18).

La toma de conciencia sobre la problemática podría favorecer la creación de planes diagnósticos, afrontamiento o prevención por parte de las instituciones, ya que una sociedad inteligente debe, indiscutiblemente, cuidar a sus cuidadores (4). Está demostrado que la deficiencia de debriefing y otras sesiones podrían contribuir al riesgo de padecer estrés postraumático, depresión, ansiedad o tendencias suicidas (12). Para prevenir efectos negativos de la exposición repetida al trauma en la salud mental y psíquica de los trabajadores de emergencias existe una necesidad de identificar los factores de riesgo de estrés postraumático y depresión mayor, que podrían ser tratados con intervenciones (2, 6, 9, 19, 27). Parece necesario ampliar el apoyo psicológico a los trabajadores de los servicios de emergencias; la prevención basada en el entorno podría ser un enfoque beneficioso (5, 13, 30). La reducción del agotamiento puede mejorar la calidad de la atención a los pacientes y mejorar la retención en la profesión, por lo que en cualquier organización que se desee un estado saludable se torna imprescindible una formación en inteligencia emocional que permita un adecuado control y manejo de las emociones (6, 18, 22). Debido a que los mecanismos de afrontamiento disfuncionales pueden generar el agotamiento existe una necesidad de educar a los trabajadores de primera línea sobre mecanismos de afrontamiento y técnicas de manejo del estrés para prevenir condiciones adversas de salud mental. Las instituciones de los servicios de emergencias deberían contar con medidas para identificar y examinar a las personas de alto riesgo, además de proporcionar intervenciones específicas a los necesitados (15, 23, 29). Existe la necesidad de dirigir recursos hacia la provisión de servicios de salud mental para promover el bienestar psicológico y mental en este grupo de alto riesgo (18, 23). Entre las estrategias para

combatir el agotamiento que podrían ser aplicables en el entorno de la emergencia se encuentran el ejercicio, el trabajo en red con otros profesionales, los días de descanso y relajación y el desarrollo de nuevos pasatiempos e intereses (7). Psicólogos intervinientes en catástrofes estiman necesario un programa completo de prevención del estrés en el ámbito organizacional que incluya actividades antes, durante y después del desempeño profesional. Este programa conseguiría reducir en los intervinientes los efectos de estrés, mejorando tanto su salud como el funcionamiento de las organizaciones teniendo efecto ante la sociedad en general ya que reduciría los costes de distintas enfermedades potenciadas por estrés. Los psicólogos podrían desarrollar intervenciones con los profesionales de la salud encaminada antes de las intervenciones, a que conozcan las situaciones potencialmente estresantes y aprendan a manejarlas, y al finalizar determinadas intervenciones, a través de técnicas grupales y psicoeducativas que ayuden al manejo del estrés, por ejemplo, defussing y debriefing, que son técnicas grupales con distinto grado de estructuración y se realizan en fechas muy cercanas a la intervención, identificando y exponiendo, desde el punto de vista de la vivencia psicológica, teniendo objetivos tanto preventivos como psicoeducativos (3, 17, 20, 25, 36). En algunos lugares se proporciona un periodo de inactividad tras un incidente crítico. La gerencia concede este tiempo cuando un profesional informa de un incidente crítico y de algún indicio de angustia relacionada. Se han estudiado barreras al tiempo de inactividad e incluyen las presiones de tiempo inherentes a las organizaciones de los servicios médicos de emergencias y una cultura que estigmatiza las emociones vulnerables. Las barreras para conceder este periodo de inactividad serían la dificultad para reconocer y sentirse cómodo con las emociones, así como la convicción de que las emociones vulnerables son inapropiadas en el lugar de trabajo (25).

Analizando todos estos datos se encuentran cuatro áreas con potencial para un cambio positivo: mejora de recursos, los cambios de gestión y la mejora de las condiciones de trabajo; psicoeducación; necesidad de apoyo grupal y discusión abierta; socialización profesional, el apoyo social y el humor (13).

Aunque se cree que las intervenciones que promueven la resiliencia individual y educan a los trabajadores en situación de riesgo sobre estrategias eficaces para hacer frente a estas exposiciones laborales adversas son importantes y es probable que tengan beneficios tanto económicos como de salud, aún falta información y pruebas sobre si estas intervenciones son efectivas para reducir la fatiga compasiva debido a que la evaluación de la evidencia sobre este tema es muy reciente y apenas hay estudios (2, 25, 32).

Existe un consenso entre las creencias y/o sentimientos del personal sobre la falta de apoyo de las autoridades y se cree que los administradores y las autoridades no han establecido ninguna política

para la salud y la seguridad del personal o si las hay son insuficientes. Creen que las autoridades deben entender la ira, el miedo y la ansiedad del personal, identificarse con ellos y brindarles apoyo (18, 39).

1.1.5. Marco teórico: Jean Watson

La función del profesional de la salud se basa en el cuidado de las personas. Existen dos dimensiones del cuidado humano: la cultura, tanto individual como grupal y la moral que es la que legitima el actuar. A lo largo del S. XX muchas han sido las teóricas de enfermería que han encaminado sus teorías hacia el cuidado. La enfermería como disciplina debería guiar y orientar las necesidades de dicho cuidado existiendo una retroalimentación continua, lo que explica el cambio del paradigma de la totalidad (centralizada en la ciencia biomédica y concepciones de enfermedad, tecnologías, y un marcado lenguaje medicalizado) hacia el paradigma de la simultaneidad (centralizada en lo que Rogers enuncia como la ciencia de los seres unitarios, es decir, una ciencia humana) (40).

Jean Watson plantea una filosofía de cuidados humanista. Esta licenciada en enfermería estadounidense tiene una maestría en enfermería en salud mental y un doctorado en piscología de la educación y consejería. Publicó su primer libro en 1979, “The philosophy and science of caring”. La teoría planteada en este libro ha ido evolucionando generando el Proceso Caritas o Proceso de Cuidar y planteado en el libro “Nursing: Human science and human care. A theory of nursing” en 1985. A lo largo de su vida desarrolló los aspectos espirituales y energéticos de los cuidados, conscientes e intencionales, más la presencia y evolución humana de las practicantes (40).

El cuidado profesional es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud. Los cuidados evolucionan hacia la humanización de la salud. Ante un mundo globalizado, pluricultural y secular donde la negación del otro se ha transformado en algo habitual hay que reflexionar el camino del trabajo diario analizando lo que los cuidados significan, tanto para la humanización de la praxis de enfermería como para su colectivo profesional (40).

Los diez factores que generan el Proceso de cuidar expuestos por Watson ayudan a delimitar lo que es el cuidado profesional, ya que, si bien una enfermera puede ayudar al otro a resolver problemas y promover a restaurar su salud, no puede crearle ni restaurarle la salud. La enfermera, entonces, como acota Watson, es responsable de ofrecer condiciones para que el individuo resuelva sus propios predicamentos. Cada persona desarrolla significados en la vida, y esto es válido para el

personal de enfermería, ya que confronta su forma de estar en el mundo ante un evento que es la enfermedad, pero éste es un proceso individual, en toda su profundidad (40):

1. *Práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente* (40-41).
2. *Ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado* (40-41).
3. *El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión* (40-41).
4. *Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza* (40-41).
5. *Estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida* (40-41).
6. *El uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso de asistencia* (40-41).
7. *Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro* (40-41).
8. *Creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz* (40-41).
9. *La asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del Ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger* (40-41).
10. *El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales* (40-41).

Por último, este marco para la ciencia y las prácticas de la atención propone que la enfermería, individual y colectivamente, contribuya a la preservación de la humanidad y trate de mantener la atención en los casos en que se vea amenazada. Los Procesos Caritas sirven como estructura y orden para una base teórico-filosófica para la disciplina y la profesión de enfermería. Los ideales morales y los factores y procesos de cuidado propuestos fomentan la evolución y profundización de la humanidad y sirven para sostenerla (41).

1.1.6. Patologías a estudiar

Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) o Síndrome de Burnout

Se refiere al desgaste que sufren los trabajadores de los servicios humanos. Maslach y Jackson lo definieron como una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son un agotamiento físico o psicológico y emocional (cansancio emocional), una actitud fría y despersonalizada en relación con los demás (despersonalización) y un sentimiento de inadecuación a las tareas que se han de realizar (disminución de la realización personal) (8).

Ansiedad

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual (42).

Depresión

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (43).

1.2. Justificación del estudio

El personal sanitario de urgencias extrahospitalarias está sometido a altos niveles de estrés en el ámbito laboral, lo que puede llevar a desarrollar Burnout, ansiedad, depresión, estrés postraumático o alteraciones similares. Este personal no dispone en la actualidad de herramientas para prevenir o tratar dichos síndromes.

Existen muchos estudios sobre el Burnout en profesionales sanitarios, pero muy pocos en el ámbito de la urgencia o emergencia extrahospitalaria en el territorio español y pocos o nulos sobre actividades a desarrollar para evitarlo.

Estos trastornos además de ocasionar malestar en el profesional conllevan una disminución en el rendimiento laboral del mismo, por lo que la importancia de prevenir los citados síndromes tiene consecuencias tanto a nivel personal del trabajador como a nivel grupal de la sociedad por ejercer una mejor atención. Para ello, primero hay que conocer la situación actual de nuestro territorio y lo que los propios profesionales sienten al respecto.

1.3. Hipótesis

Existe elevada prevalencia de burnout y alteraciones psicológicas asociadas (ansiedad, depresión, estrés) y una dificultad en la gestión emocional entre el personal de urgencias y emergencias sanitarias extrahospitalarias en la provincia de Álava.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivos principales

- Describir la situación actual de alteraciones psicológicas en el personal trabajador de la RTSU en la provincia de Álava.
- Examinar la narrativa del personal trabajador de la RTSU en la provincia de Álava respecto a sus vivencias en el entorno laboral.

1.4.2 Objetivos secundarios

- Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal trabajador de la RTSU en la provincia de Álava.
- Determinar la prevalencia de ansiedad en el personal trabajador de la RTSU en la provincia de Álava.
- Determinar la prevalencia de depresión en el personal trabajador de la RTSU en la provincia de Álava.
- Identificar los métodos de adaptación al estrés en el personal trabajador de la RTSU en la provincia de Álava.
- Evaluar el clima laboral en el personal trabajador de la RTSU en la provincia de Álava.
- Evaluar las experiencias vividas por el personal trabajador de la RTSU en la provincia de Álava.

2. Metodología (material y métodos)

2.1. Tipo y Diseño de la Investigación

Se empleará un enfoque de métodos mixtos para explorar el Síndrome de Desgaste Profesional o SB, la ansiedad y la depresión en los trabajadores de la RTSU de Álava, en relación con su desempeño profesional.

- Cuantitativo descriptivo de corte transversal para conocer la prevalencia del Burnout, ansiedad, depresión, la gestión emocional y las técnicas de afrontamiento al estrés.
- Cualitativo exploratorio, desde el punto de vista de la fenomenología, mediante grupos focales para explorar las vivencias de los trabajadores. La fenomenología es un enfoque metodológico que Edmund Husserl (1859-1938) desarrolló pretendiendo explicar cómo los individuos dan significado a fenómenos sociales a través de su experiencia vivida. Con este método los investigadores tratan de capturar el significado, las características comunes y las esencias de la experiencia en la vida cotidiana, y utilizan la descripción rigurosa de las vivencias y el análisis minucioso de las mismas, para entender en profundidad cómo se crean esos significados. Es por ello, que la fenomenología es interesante para llevar a cabo esta investigación, para poder llegar a comprender los resultados obtenidos en la parte cuantitativa (44).

2.2. Población de Estudio

Personal trabajador remunerado en el ámbito de la urgencia y emergencia extrahospitalaria de la provincia de Álava (TES, DUE, médico y auxiliar administrativo).

2.2.1. Personal de la RTSU

Médico

En España, según la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias corresponde a los Licenciados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico,

tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención. Ubicados en SVAm y CC (45).

DUE/Grado de Enfermería

La misma ley regula que corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades. Ubicados en SVAe, SVAm y CC (45).

TES

Según el Real Decreto 1397/2007, de 29 de octubre, el perfil profesional del título de Técnico en Emergencias Sanitarias queda determinado por su competencia general, sus competencias profesionales, personales y sociales, por la relación de cualificaciones y, en su caso, unidades de competencia del Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales incluidas en el título. La competencia general de este título consiste en trasladar al paciente al centro sanitario, prestar atención básica sanitaria y psicológica en el entorno prehospitalario, llevar a cabo actividades de tele operación y teleasistencia sanitaria, y colaborar en la organización y desarrollo de los planes de emergencia, de los dispositivos de riesgo previsibles y de la logística sanitaria ante una emergencia individual, colectiva o catástrofe. Ubicados en SVB, SVAe y SVAm (46).

Auxiliar Administrativo

El Auxiliar en Administración desempeña bajo supervisión actividades de: organización y ejecución de tareas administrativas en los servicios de salud, atención al público, gestión y procesamiento de la documentación y recursos. Ubicados en CC.

2.3. Criterios de Inclusión

1. Trabajadores en alguna ambulancia asistencial del territorio histórico de Álava (TES, DUE y médicos) o en centro coordinador de emergencias de Álava (DUE, médico y auxiliares administrativos).

2. Llevar mínimo 6 meses en un puesto que cumpla criterio de inclusión.

2.4. Criterios de Exclusión

1. Trabajadores que no deseen participar
2. Trabajadores que lleven menos de 6 meses en puestos incluidos en criterios de inclusión.

2.5. Tamaño Muestral

Todo el universo muestral: aproximadamente 170 (10 auxiliares administrativos; 20 médicos entre coordinadores y UVI móvil; 20 DUEs entre coordinación, SVAe y SVAm; 120 TES entre SVB, SVAe y SVAm).

2.6. Tipo de Muestreo

Debido al bajo tamaño poblacional se incluye a todos los profesionales, resultando un muestreo por conveniencia.

2.7. Variables

Se llevará a cabo la recogida de los siguientes datos, mediante una encuesta en línea en la cual recogeremos las siguientes variables:

- Desgaste profesional/Burnout
- Afrontamiento al estrés
- Ansiedad
- Depresión
- Calidad de vida profesional
- Género
- Edad

- Estado Civil
- Número de hijos
- Categoría profesional (TES, DUE, médico, auxiliar administrativo)
- Convenio laboral (para las empresas privadas)
- Ámbito laboral: urbano o rural, especificar situado
- Empresa de trabajo (Pública o privada y nombre de la empresa)
- Tiempo de trabajo en el ámbito de urgencias y emergencias
- Tiempo de trabajo en el ámbito de urgencias y emergencias del territorio histórico de Álava

2.8. Instrumentos de medida

- Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI). Validado al español por Pedro R. Gil-Monte. Que se divide en tres dimensiones (Anexo 2):
    - Agotamiento Emocional
    - Despersonalización
    - Realización Personal
- Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE). Validado al español por Sandín y Chorot 2003 (Anexo 3).
- Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (heteroadministrada) (EADG) (Versión adaptada al castellano por A. Lobo y cols.) (Anexo 4).
- Cuestionario Calidad de Vida Profesional (CVP-35) (Anexo 5).

2.8.1. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)

Este cuestionario MBI está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y su función es medir el desgaste profesional. Esta prueba pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Mide los 3 aspectos del síndrome de SB (47):

1. Subescala de agotamiento o cansancio emocional. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16, 20.) Puntuación máxima 54.

2. Subescala de despersonalización. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22.) Puntuación máxima 30.
3. Subescala de realización personal. Evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.) Puntuación máxima 48.

RANGOS DE MEDIDA DE LA ESCALA

0	Nunca
1	Pocas veces al año o menos
2	Una vez al mes o menos
3	Unas pocas veces al mes
4	Una vez a la semana
5	Unas pocas veces a la semana
6	Todos los días

CÁLCULO DE PUNTUACIONES

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

ASPECTO EVALUADO	PREGUNTAS PARA EVALUAR	INDICIOS DE BURNOUT
CANSANCIO EMOCIONAL	1-2-3-6-8-13-14-16-20	**Más de 26**
DESPERSONALIZACIÓN	5-10-11-15-22	**Más de 9**
REALIZACIÓN PERSONAL	4-7-9-12-17-18-19-21	**Menos de 34**

VALORACIÓN DE PUNTUACIONES

Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el síndrome de Burnout. Hay que analizar de manera detallada los distintos aspectos para determinar el Grado del SB, que puede ser más o menos severo dependiendo de si los indicios aparecen en uno, dos o tres ámbitos; y de la mayor o menor diferencia de los resultados con respecto a los valores de referencia que marcan los indicios del síndrome.

VALORES DE REFERENCIA

	BAJO		MEDIO	ALTO
CANSANCIO EMOCIONAL	0-18		19-26	**27-54**
DESPERSONALIZACIÓN	0-5		6-9	**10-30**
REALIZACIÓN PERSONAL	**0-33**		34-39	40-56

2.8.2. Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE)

El CAE es una medida de autoinforme diseñada para evaluar siete estilos básicos de afrontamiento: 1 focalizado en la solución del problema, 2 autofocalización negativa, 3 reevaluación positiva, 4 expresión emocional abierta, 5 evitación, 6 búsqueda de apoyo social, y 7 religión.

Cuando se habla de "afrontamiento del estrés", se hace referencia a los esfuerzos de carácter conductual y cognitivo que realizamos para lidiar con las causas generadoras de estrés y el malestar psicológico que lo acompaña.

En 2003, Bonifacio Sandín y Paloma Chorot, publicaron en la Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, el desarrollo y validación preliminar del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE). Basado en distintos análisis factoriales del EEC-R (Escala de Estrategias de Coping-Revisada), su forma revisada, el CAE, nos da la oportunidad de evaluar 7 estilos básicos de afrontamiento del estrés (48):

- Focalizado en la solución del problema (FSP)
- Autofocalización negativa (AFN)
- Reevaluación positiva (REP)
- Expresión emocional abierta (EEA)
- Evitación (EVT)
- Búsqueda de apoyo social (BAS)
- Religión (RLG)

Este cuestionario está formado por 42 ítems (6 por cada subescala), de rango 5 (0-nunca, 4-casi siempre).

2.8.3. Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (heteroadministrada) (EADG) (Versión adaptada al castellano por A. Lobo y cols.)

Es una escala muy sencilla de usar y de gran eficacia en la detección de trastornos de depresión y/o ansiedad. Además, constituye un instrumento de evaluación de la severidad y evolución de estos trastornos (49).

Instrucciones para su administración:

- Está dirigida a la población general.
- Se trata de un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas:
  - Una para detección de la ansiedad, y la otra para la detección de la depresión.
  - Ambas escalas tienen 9 preguntas.
  - Las 5 últimas preguntas de cada escala sólo se formulan si hay respuestas positivas a las 4 primeras preguntas, que son obligatorias.
- La probabilidad de padecer un trastorno es tanto mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas.
- Los síntomas contenidos en las escalas están referidos a los 15 días previos a la consulta.
- Todos los ítems tienen la misma puntuación.
- Siguen un orden de gravedad creciente.
- Los últimos ítems de cada escala aparecen en los pacientes con trastornos más severos.

2.8.4. Calidad de Vida Profesional. Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35)

El cuestionario CVP-35 realiza una medida multidimensional de la calidad de vida profesional. Consta de 35 preguntas, que se responden en una escala de 1 a 10, a la que se superponen las categorías «nada» (valores 1 y 2), «algo» (valores 3, 4 y 5), «bastante» (valores 6, 7 y 8) y «mucho» (valores 9 y 10), y da una medida resumen de la percepción de la calidad de vida profesional. Las preguntas se agrupan en tres factores: «apoyo directivo», «cargas de trabajo» y «motivación intrínseca», y la pregunta referente a “calidad de vida” que no se agrupa bajo ninguna dimensión. El primer factor es valorado mediante 12 ítems haciendo referencia al apoyo emocional recibido de los directivos, el segundo hace referencia a la percepción que el trabajador tiene de las cargas del puesto de trabajo siendo valorada por 12 ítems y el tercer factor se valora mediante 10 ítems (50).

2.9. Recogida y Análisis de Datos

2.9.1. Estudio descriptivo

Para el presente estudio se utilizará la técnica de la encuesta en línea, ya que los datos serán recolectados a través de cuestionarios y escalas heteroadministradas. Se les harán llegar las encuestas a las personas que se incluyan en la muestra de estudio mediante enlace de internet al correo laboral para que las rellenen en los momentos que puedan. Se enviará a las personas una hoja informativa y una invitación a participar en el proyecto de investigación en el que se incluirá

el enlace. La encuesta comenzará con un cuestionario demográfico (variables descritas anteriormente). Posteriormente, los participantes completaran los cuestionarios descritos anteriormente.

Se solicitarán permisos a las tres empresas correspondientes a las personas que vayan a realizar los cuestionarios (actualmente Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, Larrialdiak y Ambuiberica). Igualmente, se solicitará el consentimiento informado de los trabajadores que participen en el estudio, empleando un documento que previamente haya sido aprobado por el Comité de investigación clínico y ético de Osakidetza.

Se generará una base de datos empleando el paquete estadístico SPSS v. 20. Los cálculos se realizarán para el total de la muestra y para las diferentes variables previamente definidas. Se describirán las variables cualitativas empleando los porcentajes con los intervalos de confianza del 95%. En las variables cuantitativas emplearemos según los casos, la media aritmética y la desviación estándar o la mediana con los rangos intercuartíl. Para los test de hipótesis se empleará el test McNemar y el de Wilcoxon si salen no paramétricos, si salen paramétricos emplearemos t de student o ANOVA.

2.9.2. Estudio cualitativo exploratorio

En la segunda parte del estudio se pretenden conocer las experiencias de los profesionales frente al estrés y lo que este les supone en su entorno laboral. Para ello la pregunta de investigación sería la siguiente: "¿Cuáles son las vivencias de los profesionales de emergencias ante el estrés de su día a día laboral? Para este estudio se procederá a las técnicas conversacionales para la recogida de datos. Mediante las técnicas conversacionales, se trata de crear una situación lo menos artificial posible en la que entrevistador y entrevistado interaccionen con naturalidad. En concreto se utilizarán entrevistas grupales semiestructuradas (Anexo 6) mediante grupos focales. Estas entrevistas se grabarán para su posterior transcripción, codificación, reagrupación de la información y triangulación de investigadores, creando en última instancia un marco explicativo del problema surgido. Se realizará un análisis de contenido temático, y para el procedimiento de análisis de la información se utilizará como apoyo la herramienta informática Nvivo® (44).

3. Cronograma

- Solicitar los permisos correspondientes al comité de investigación clínica y los gerentes de Emergentziak Osakidetza y las empresas donde se va a realizar estudio.
- Crear una estructura en la base de datos para los registros de las variables. 1 semana.
- Enviar la hoja informativa (Anexo 7) y los cuestionarios a los trabajadores, localización del trabajador y solicitar su consentimiento (Anexo 8). La encuesta por trabajador será aproximadamente de 1 hora.
- Elaborar la base de datos y añadir los datos a medida que se realiza el proyecto. Tiempo estimado aproximadamente. 2 semanas
- Análisis estadístico de los datos obtenidos. 2 a 4 semanas
- Realizar las entrevistas de grupos focales. 2 horas aproximadamente por entrevista. 8-12 semanas.
- Transcripción y análisis de datos de los grupos focales. 9 meses.
- Elaboración del informe preliminar del estudio. 8 semanas
- En base al análisis de resultados, realizar la redacción para las comunicaciones y publicaciones en revistas, congresos para la difusión de los resultados. 3 meses

CRONOGRAMA

	2019				2020												2021						
PLAN DE TRABAJO	**S**	**O**	**N**	**D**	**E**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**A**	**S**	**O**	**N**	**D**	**E**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**
Solicitar los permisos																							
Base de datos																							
Cuestionarios																							
Incorporación datos a la base de datos Análisis estadístico																							
Entrevistas																							
Transcripción y análisis de datos																							
Informe preliminar																							
Difusión de los resultados																							

4. Limitaciones del estudio

Este estudio se llevará a cabo en una sola provincia de Euskadi, con una variación del trabajo por territorios geográficos (carga laboral, cantidad de recursos disponibles y distribución de los mismos) lo que probablemente comprometa la extrapolación de los resultados.

El resultado puede verse comprometido si los empleados que tiene menos estrés tienen menos interés en participar en la investigación o si aquellos con un agotamiento extremos ya han abandonado la profesión.

El número de participantes del estudio puede ser reducido, debido a que el tamaño poblacional ya es reducido. En caso de que pocos profesionales accedan a participar en el estudio podría valorarse ampliar el grupo de estudio a toda la Comunidad Autónoma del País Vasco.

En cuanto a la revisión de la literatura, debido a la variedad de los nombres de las patologías y de los nombres de los profesionales en todo el mundo es posible que no se hayan captado todos los estudios internacionales pertinentes.

5. Consideraciones Éticas

Para la realización de la presente investigación bajo los principios bioéticos, se considerará la autorización del comité de ética. Además, se solicitará el respectivo consentimiento informado previo al inicio del desarrollo del estudio. Así mismo, se brindará toda la información correspondiente, sobre el estudio y la finalidad de este.

Se mantendrá en todo momento la confidencialidad y anonimato de las participantes ajustándose a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

La investigadora declara no presentar conflicto de intereses con el estudi

6. Bibliografía

1. España. Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera. Boletín Oficial del Estado, 8 de junio de 2012, núm. 137, pp. 41589 a 41595.
2. Petrie K, Milligan-Saville J, Gayed A, Deady M, Phelps A, Dell L et al. Prevalence of PTSD and common mental disorders amongst ambulance personnel: a systematic review and meta-analysis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 2018 jun [cited 15 jan2019]; 53:897-909. Available from: https://doi.org/10.1007/s00127-018-1539-5
3. Herrero-Parada H, Castro-Delgado R (dir), Cuartas-Álvarez T (dir). Revisión bibliográfica del Síndrome de Burnout en personal sanitario de emergencias en España [trabajo final de máster en internet]. [Oviedo]: Universidad de Oviedo; 2015 [citado 15 ene 2019]. 18 p. Recuperado a partir de: http://hdl.handle.net/10651/34482
4. Ballesteros-Peña S, Lorrio-Palomino S, Rollán-Vallejos J. Desgaste profesional en los técnicos de emergencias sanitarias del soporte vital básico del País Vasco. Emergencias. 2012; 24:13-18.
5. Baier N, Roth K, Felgner S, Henschke C. Burnout and safety outcomes – a cross-sectional nationwide survey of EMS-workers in Germany. BMC Emerg Med. [Internet]. 2018 aug [cited 28 jan 2019]; 18:24. Available from: https://doi.org/10.1186/s12873-018-0177-2
6. Boland LL, Kinzy TG, Myers RN, Fernstrom KM, Kamrud JW, Mink PJ, et al. Burnout and Exposure to Critical Incidents in a Cohort of Emergency Medical Services Workers form Minnesota. West J Emerg Med [Internet]. 2018 sep [cited 15 jan 2019];19(6). Available from: http://dx.doi.org/10.5811/westjem.8.39034
7. Arora M, Asha S, Chinnappa J, Diwan AD. Review article: Burnout in emergency medicine physicians. Emerg Med Australas. [Internet]. 2013 aug [cited 18 mar 2019]; 25:491-5. Available from: https://doi.org/10.1111/1742-6723.12135
8. Bernaldo de Quirós-Aragon M, Labrador-Encinas FJ. Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. Int J Clin Health Psychol [Internet]. 2007 [citado 15 ene 2019]; 7(2):323-35. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33717060005
9. Cañadas-de la Fuente GA, Albendín-García L, Cañadas GR, San Luis-Costas C, Ortega-Campos E, de la Fuente-Solana EI. Factores asociados con los niveles de burnout en enfermeros de urgencias y cuidados críticos. Emergencias. 2018; 30:328-31.

10. Jimenez-Paneque R, Pavés-Carvajal JR. Enfermedades y riesgos laborales en trabajadores de servicios de urgencia: revisión de la literatura y acercamiento a Chile. Medwave [Internet]. 2015 ago [citado 15 ene 2019]; 15(7):e6239. Disponible en: http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2015.07.6239
11. Dasan S, Gohil P, Cornelius V, Taylor C. Prevalence, causes and consequences of compassion satisfaction and compassion fatigue in emergency care: a mixed-methods study of UK NHS Consultants. Emerg Med J[Internet]. 2015 [cited 15 jan 2019]; 32:588-94. Available from: http://dx.doi.org/10.1136/emermed-2014-203671
12. Bohström D, Carlström E, Sjöström N. Managin stress in prehospital care: Strategies used by ambulance nurses. Int Emerg Nurs [Internet]. 2017 [cited 15 jan 2019]; 32:28-33. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2016.08.004
13. McAleese A, Diamond A, Curran D. An Assessment of Psychological Need in Emergency Medical Staff in the Northern Health and Social Care Trust Area. Ulster Med J. 2016; 85(2):92-8.
14. Jimmieson NL, Tucker MK, Walsh AJ. Interaction effects among multiple job demands: an examination of healthcare workers across different contexts. Anxiety Stress Coping [Internet]. 2016 sep [cited 15 jan 2019]; 30(3):317-32. Available from: https://doi.org/10.1080/10615806.2016.1229471
15. Gomez-Urquiza JL, De la Fuente-Solana EI, Albendín-García L, Vargas-Pecino C, Ortega-Campos E, Cañadas-De la Fuente GA. Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A MetaAnalysis. AACN Clin Issues [Internet]. 2017 oct [cited 28 jan 2019]; 37(5): e1-e9. Available from: https://doi.org/10.4037/ccn2017508
16. Li H, Cheng B, Zhu XP. Quantification of burnout in emergency nurses: A systematic review and meta-analysis. Int Emerg Nurs. [Internet] 2018 [cited 28 jan 2019]; 39:46-54. Available from: https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.12.005
17. Fernandez-Aedo I, Pérez-Urdiales I, Unanue-Arza S, García-Azpiazu Z, Ballesteros-Peña S. Estudio cualitativo sobre las experiencias y emociones de los técnicos y enfemeras de emergencias extrahospitalarias tras la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar con resultado de muerte. Enferm Intensiva [Internet]. 2017 ene [citado 15 ene 2019]; 28(2):45-94. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2016.10.003
18. Serrano-Argüeso M, Ibáñez-González M. La prevención de las situaciones de impacto emocional en el ambiente laboral. Estudio teórico y análisis de su incidencia en el personal sanitario de la comunidad autónoma de Euskadi-España. Trabajo y sociedad. 2015;25:436-92.

19. Wild J, Smith KV, Thompson E, Bear F, Lommen MJJ, Ehlers A. A prospective study of pre-trauma risk factors for post-traumatic stress disorder and depression. Psychol Med [Internet]. 2016 jun [cited 15 jan 2019]; 46:2571-82. Available from: http://dx.doi.org/10.1017/S0033291716000532
20. Rybojad B, Aftyka A, Baran M, Rzoríca P. Risk factors for posttraumatic stress disorder in Polish paramedics: A pilot study. J Emerg Med [Internet]. 2016 [cited 15 jan 2019]; 50(2):270-6. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2015.06.030
21. Shepherd L, Wild J. Cognitive appraisals, objectivity and coping in ambulance workers: a pilot study. J Emerg Med [Internet]. 2013 jan [cited 15 jan 2019]; 31:41-4. Available from: http://dx.doi.org/10.1136/emermed-2011-200511
22. Minnie L, Goodman S, Wallis L. Exposure to daily trauma: The experiences and coping mechanism of Emergency Medical Personnel. A cross-sectional study. Afr J Emerg Med [Internet]. 2015 jan [cited 15 jan 2019]; 5:12-8. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.afjem.2014.10.010
23. Kerai SM, Khan UR, Islam M, Asad N, Razzak J, Pasha O. Post-traumatic stress disroder and its predictors in emergency medical service personnel: a cross-sectional study from Karachi, Pakistan. BMC Emerg Med [Internet]. 2017 aug [cited 15 jan 2019]; 17(1):26. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s12873-017-0140-7
24. Pyper Z, Paterson JL. Fatigue and mental health in Australian rural and regional ambulance personnel. Emerg Med Australas [Internet]. 2016 [cited 15 jan 2019]; 28:62-6. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/1742-6723.12520
25. Halpern J, Maunder RG, Schwartz B, Gurevich M. Downtime after Critical Incidents in Emergency Medical Tchinicians/Paramedics. Biomed Res Int [Internet]. 2014 may [cited 15 ene 2019]. Available from: http://dx.doi.org/10.1155/2014/483140
26. Masiero M, Cutica I, Russo S, Mazzocco K, Pravettoni G. Psycho-cognitive predictors of burnout in healthcare professionals working in emergency departments. J Clin Nurs. [Internet] 2018 apr [cited 28 jan 2019]; 27: 2691-8. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/jocn.14376
27. Schooley B, Hikmen N, Tarcan M, Yorgancioglu G. Comparing Burnout Across Emergency Physicians, Nurses, Technicians, and Health Information Technicians Working for the Same Organization. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2016 [cited 15 jan 2019]; 95(10):e2856. Available from: http://dx.doi.org/10.1097/md.0000000000002856

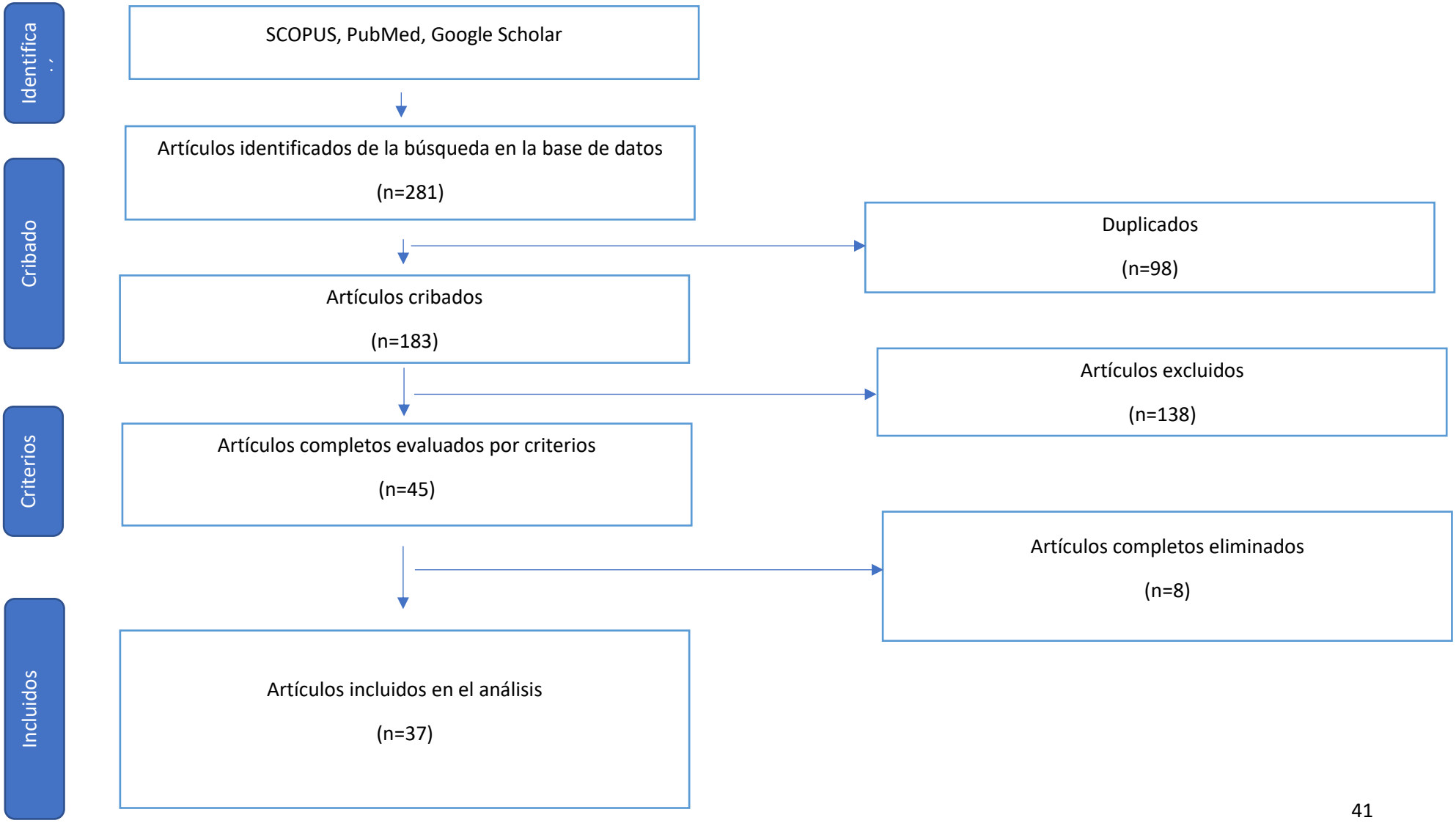
28. Landa-Ramirez E, Rangel-Dominguez NA, Villavicencio-Carranza MA, Wingerz-Mehl S, Reyes-Saavedra MI, González-Álvarez VR, et al. Clima organizacional factores relacionados con el burnout en urgencias médicas: un estudio correlacional. Psicol Salud. 2017; 27:245-54.
29. Hamdam M, Hamra AA. Burnout among workers in emergency Departments in Palestinian hospitals: prevalence and associated factors. BMC Health Serv Res. [Internet] 2017 jun [cited 28 jan 2019]; 17:407. Available from: https://doi.org/10.1186/s12913-017-2356-3
30. Van der Ploeg E, Kleber RJ. Acute and chornic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. Occup Environ Med. 2003; 60(suppl I):i40-i46.
31. Jonsson A, Segesten K. Guilt, shame and need for a container: a study of post-traumatic stress among ambulance personnel. Accid Emerg Nurs [Internet]. 2004 may [cited 15 jan 2019]; 12:215-23. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.aaen.2004.05.001
32. Cocker F, Joss N. Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers: A systematic Review. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2016 jun [cited 15 jan 2019]; 13:618. Available from: http://dx.doi.org/10.3390/ijerph13060618
33. Ríos-Risquez MI, García-Izquierdo M. Patient satisfaction, stress and burnout in nursing personnel in emergency departments: A cross-sectional study. Int J Nurs Stud. [Internet] 2016 [cited 28 jan 2019]; 59:60-7. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.02.008
34. Treglown L, Palaiou K, Zarola A, Furnham A. The Dark Side of REsilience and Burnout: A Moderation-Mediation Model. PLoS One [Internet]. 2016 jun [cited 15 jan 2019]; 11(6):e0156279. Available from: http://dx.doi.org/10.1371/jounal.pone.0156279
35. Tarcan M, Hikmet N, Schooley B, Top M, Tarcan GY. An análisis of relationship between burnout, socio-demographic and workplace factors and job satisfaction among emergency department health professionals. Appl Nurs Res [Internet]. 2017 [cited 15 jan 2019]; 34:40-7. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2017.02.011
36. Vera-Navascues I, Puertas-Lopez E. El psicólogo, herramienta esencial y preventiva en la intervención en emergencias. Infocop online. 13 abr 2009.
37. Hassan TB. Sustainable working practices and minimizing burnout in emergency medicine. Br J Hosp Med. 2014; 75(11):617-9.
38. Maqueda-Rodriguez R, Solé-Cases S (dir). Propuesta de intervención en Ergonomía y "Burnout" para el Técnico en Emergencias Sanitarias [trabajo final de grado en internet]. [Lleida] Universitat de Lleida; 2015 [citado 15 ene 2019]. 43 p. Recuperado a partir de: http://hdl.handle.net/10459.1/48464

39. Froutan R, Khankeh HR, Fallahi M, Ahmadi F, Norouzi K. Pre-hospital burn misión as a unique experience: a qualitative study. Burns [Internet]. 2014 apr [cited 15 jan 2019]; 40:1805-12. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2014.04.010
40. Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Cienc enferm. 2011;17(3):11-22.
41. Watson J. Watson´s theory of human caring and subjective living experinces: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the profesional nursing practice. Text Cont Enf. 2007; 16(1):129-35.
42. Definición, manifestaciones clínicas y clasificaciones [Internet] Guiasalud – Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud. 2008 [citado 15 abril 2019]. Recuperado a partir de: http://www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/completa/documentos/apartado04/Definicion.pdf
43. Definición, factores de riesgo y diagnóstico [Internet] Guiasalud – Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud. 2008 [citado 15 abril 2019]. Recuperado a partir de: http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/resumida/documentos/apartado02/definicion_y_diagnostico.pdf
44. Berenguera A, Fernandez de Sanmamaed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, Observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol), 2014. 224 p.
45. España. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, 22 de noviembre de 2003, núm. 280, pp. 41442 a 41458.
46. España. Real Decreto 1397/2007, de 29 de octubre, por el que se establece el título de Técnico en Emergencias Sanitarias y se fijan sus enseñanzas mínimas. Boletín Oficial del Estado, 24 de noviembre de 2007, núm. 282, pp. 48178 a 48211
47. Gil-Monte PR, Peiró JM. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. Psicothema. 1999; 11(3):679-89.
48. Sandín B, Chorot P. Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. Psicopatol Psicol Clinic. 2003; 8(1):39-54.
49. Montón C, Pérez-Echeverria MJ, Campos R, García-Campayo J, Lobo A. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Aten Primaria. 1993; 12(6):345-9.

50. Martín J, Cortés JA, Morente M, Caboblanco M, Garijo J, Rodríguez A. Características métricas del cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35). Gac Sanit. 2004; 18(2); 129-36.

7. Anexos

7.1. Anexo 1: Diagrama del proceso usado para la búsqueda de referencias bibliográficas



7.2. Anexo 2: Cuestionario Maslach Burnout Inventory

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= NUNCA. **1**= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. **2**= UNA VEZ AL MES O MENOS.
3= UNAS POCAS VECES AL MES. **4**= UNA VEZ A LA SEMANA. **5**= POCAS VECES A LA SEMANA.
6= TODOS LOS DÍAS.

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

7.3. Anexo 3: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE)

Nombre
……Edad……Sexo…….
Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Vd. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. ***Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.*** *Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Vd. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (aproximadamente durante el pasado año).*

0	1	2	3	4
Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente 0 1 2 3 4
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal 0 1 2 3 4
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema 0 1 2 3 4
4. Descargué mi mal humor con los demás 0 1 2 3 4
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas 0 1 2 3 4
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía 0 1 2 3 4
7. Asistí a la iglesia; 0 1 2 3 4
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados 0 1 2 3 4
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas 0 1 2 3 4
10. Intenté sacar algo positivo del problema 0 1 2 3 4
11. Insulté a ciertas personas 0 1 2 3 4
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema 0 1 2 3 4
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema 0 1 2 3 4
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.) 0 1 2 3 4
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo 0 1 2 3 4
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema 0 1 2 3 4
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás 0 1 2 3 4
18. Me comporté de forma hostil con los demás 0 1 2 3 4
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema 0 1 2 3 4
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema 0 1 2 3 4
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema 0 1 2 3 4
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema 0 1 2 3 4
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación 0 1 2 3 4
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes 0 1 2 3 4
25. Agredí a algunas personas 0 1 2 3 4
26. Procuré no pensar en el problema 0 1 2 3 4
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal 0 1 2 3 4
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación 0 1 2 3 4

29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas 0 1 2 3 4
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema 0 1 2 3 4
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga» 0 1 2 3 4
32. Me irrité con alguna gente 0 1 2 3 4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema 0 1 2 3 4
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir 0 1 2 3 4
35. Recé 0 1 2 3 4
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema 0 1 2 3 4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran 0 1 2 3 4
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor 0 1 2 3 4
39. Luché y me desahogué expresando mis sentimientos 0 1 2 3 4
40. Intenté olvidarme de todo 0 1 2 3 4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos 0 1 2 3 4
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar 0 1 2 3 4

Corrección de la prueba: Se suman los valores marcados en cada ítem, según las siguientes subescalas:

Focalizado en la solución del problema (FSP): 1, 8, 15, 22, 29, 36.
Autofocalización negativa (AFN): 2, 9, 16, 23, 30, 37.
Reevaluación positiva (REP): 3, 10, 17, 24, 31, 38.
Expresión emocional abierta (EEA): 4, 11, 18, 25, 32, 39.
Evitación (EVT): 5, 12, 19, 26, 33, 40.
Búsqueda de apoyo social (BAS): 6, 13, 20, 27, 34, 41.
Religión (RLG): 7, 14, 21, 28, 35, 42.

7.4. Anexo 4: Escala de ansiedad y depresión de Goldberg

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg		
Subescala de ansiedad	**Si**	**NO**
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	☐	☐
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?	☐	☐
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?	☐	☐
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	☐	☐
Subtotal (Si hay dos o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	☐	☐
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	☐	☐
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	☐	☐
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?	☐	☐
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	☐	☐
Total ansiedad		
Subescala de depresión	**Si**	**NO**
1.- ¿Se ha sentido con poca energía?	☐	☐
2.- ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?	☐	☐
3.- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	☐	☐
4.- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	☐	☐
Subtotal (Si hay dos o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	☐	☐
6.- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	☐	☐
7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	☐	☐
8.- ¿Se ha sentido usted enlentecido?	☐	☐
9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	☐	☐
Total depresión		

7.5. Anexo 5: Cuestionario CVP-35

PREGUNTAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Cantidad de trabajo que tengo										
2. Satisfacción con el tipo de trabajo										
3. Satisfacción con el sueldo										
4. Posibilidad de promoción										
5. Reconocimiento de mi esfuerzo										
6. Presión que recibo para mantener la cantidad de mi trabajo										
7. Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo										
8. Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo										
9. Motivación(ganas de esforzarme)										
10. Apoyo de mis jefes										
11. Apoyo de mis compañeros										
12. Apoyo de mi familia										
13. Ganas de ser creativo										
14. Posibilidad de ser creativo										
15. Desconecto al acabar la jornada laboral										
16. Recibo información de los resultados de mi trabajo										
17. Conflictos con otras personas de mi trabajo										
18. Falta de tiempo para mi vida personal										
19. Incomodidad física en el trabajo										
20. Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito										
21. Carga de responsabilidad										
22. Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto										
23. Tengo autonomía o libertad de decisión										
24. Interrupciones molestas										
25. Estrés (esfuerzo emocional)										
26. Capacitación necesaria para hacer mi trabajo										
27. Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual										
28. Variedad en mi trabajo										
29. Mi trabajo es importante para la vida de otras personas										
30. Es posible que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas										
31. Lo que tengo que hacer queda claro										
32. Me siento orgulloso de mi trabajo										
33. Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud										
34. Calidad de vida de mi trabajo										
35. Apoyo de los compañeros (si tiene responsabilidad)										

NOTA: «nada» (valores 1 y 2); «algo» (valores 3, 4 y 5); «bastante» (valores 6, 7 y 8) y «mucho» (valores 9 y 10)

Factor 1: Apoyo directivo: Preguntas 2,3,4, 5, 10, 11, 14, 16, 20, 22, 23, 28, 30

Factor 2: Cargas de trabajo: Preguntas 1, 6,7, 8,17, 18,19, 21, 24, 25, 33

Factor 3: Motivación intrínseca: Preguntas 9,12, 13, 26, 27, 29, 31, 32, 35

Calidad de Vida: Preguntas 34, 15

7.6. Anexo 6: Preguntas de la entrevista semiestructurada

¿Has tenido alguna urgencia difícil o estresante en tu trabajo?

¿Cómo te has sentido después de una urgencia difícil?

¿Cómo gestionas las situaciones que te estresan?

¿Tienes algún ritual ante estas situaciones?

¿Has comentado con alguna persona estas situaciones? Si lo han comentado, ¿estas personas estaban involucradas también en dicha situación? Si no lo estaban, ¿estas personas están relacionadas con el ámbito de la emergencia o de la salud?

¿Cómo gestionas que situaciones similares no te impacten en situaciones futuras?

¿Has precisado consultar con algún profesional tras alguna intervención?

¿Has precisado tratamiento?

7.7. Anexo 7: Hoja informativa e invitación a participar

Mediante este escrito informo sobre el estudio "Síndrome de Burnout, ansiedad y depresión en el personal de la red de transporte sanitario urgente de Álava" que se llevará a cabo por Dña. Alba Etxebarria Capellán, investigadora principal, y le invito a participar en él.

La metodología utilizada para llevar a cabo la investigación será mixta cuantitativo-cualitativa y la población diana incluirá unos 170 trabajadores de la Red de Transporte Sanitario Urgente (RTSU), tanto personal de ambulancias [soporte vital básico (SVB), soporte vital avanzado con enfermería (SVAe) y soporte vital avanzado con medicina (SVAm)] como el personal del centro coordinador de Álava.

El objetivo principal del Proyecto es Identificar la situación actual de alteraciones psicológicas en el personal trabajador de la RTSU en la provincia de Álava y examinar la narrativa de este personal respecto a sus vivencias en el entorno laboral.

Los participantes tendrán la posibilidad de solicitar información adicional, si así lo desearan.

Se les realizará una encuesta recogiéndose datos sociodemográficos y cuatro cuestionarios vía online, para que lo rellenen cuando lo vean oportuno. Posteriormente se realizarán entrevistas en grupo en su lugar de trabajo.

Los beneficios que reporta serán, en principio, para la sociedad, ya que, si queda demostrada la relación entre el ámbito laboral y las alteraciones psicológicas del personal, posteriormente se deberían tomar las medidas oportunas para prevenir o tratar precozmente dichas alteraciones y con ello, se disminuiría la posibilidad de sufrirlas.

Durante la investigación no se espera ningún beneficio directo para los participantes en la misma. Si bien, durante la misma es posible que se diagnostique con mayor antelación alteraciones psicológicas, lo que hará que su tratamiento sea también más precoz.

Todos sus datos e información obtenida por su participación en el proyecto se mantendrán estrictamente bajo confidencialidad y serán utilizados de forma anonimizada e incorporados a una base de datos informatizada, eliminándose de este documento sus datos de filiación (serán datos codificados, vinculándose a un código: número de participante) y exclusivamente la investigadora conocerá su identidad. Estos datos no serán utilizados con ningún otro fin. Ningún dato personal que permita su identificación será accesible a ninguna otra persona, ni podrá ser divulgado por ningún medio, conservando en todo momento la confidencialidad.

El tratamiento de sus datos se hará de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y demás normativa aplicable.

La participación o no en la investigación no afectará al puesto laboral ni sus condiciones.

Con las garantías legales oportunas, los resultados del estudio podrán ser comunicados a la comunidad científica a través de congresos y publicaciones, garantizando que, en todo el proceso de difusión, se omitirá su identidad y cualquier dato personal que pueda facilitar que se le identifique.

Los resultados de la investigación le serán proporcionados si los solicita a la investigadora Alba Etxebarria Capellán, quien atenderá cualquier tipo de duda o pregunta que tenga que realizar en relación al estudio y podrá ponerse en contacto con la Investigadora Principal en el e-mail: albaetxebarria@gmail.com.

7.8. Anexo 8: Consentimiento

Título del ensayo: Síndrome de Burnout, ansiedad y depresión en el personal de la red de transporte sanitario urgente de Álava

Investigadora principal: Alba Etxebarria Capellán

Yo_____ con DNI _____
declaro que:

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el mismo y, en su caso, he recibido respuestas satisfactorias de la investigadora responsable.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He comprendido la información recibida
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo revocar este consentimiento por escrito:
    - En cualquier momento
    - Sin tener que dar explicaciones.
    - Sin que repercuta en mi puesto laboral.

- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.
- Declara que se le entrega una copia de este documento. La investigadora principal es la responsable de la custodia del documento original de este Consentimiento Informado, debidamente firmado por las partes.

Firma del Participante | Firma del Investigador

Fecha | Fecha

7.9. Anexo 9: Siglas

CAE: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés

CC: Centro Coordinador

CVP: Calidad de Vida Profesional

DUE: Diplomado Universitario en Enfermería

EADG: Escala de Ansiedad y Depresión Goldberg

MBI: Maslach Burnout Inventory

RTSU: Red de Transporte Sanitario Urgente

SB: Síndrome burnout

SDP: Síndrome de Desgaste Profesional

SVAe: Soporte Vital Avanzado con Enfermería

SVAm: Soporte Vital Avanzado Medicalizado

SVB: Soporte Vital Básico

TEPT: Trastorno de Estrés Post-Traumático

TES: Técnico en Emergencias Sanitarias