

### **Cómo citar este documento**

Farfán Díaz, Fátima; Mendoza Ramírez, Lidia María; Guerrero Benítez, María Mercedes; Suárez Carrasco, Ana. Síndrome de Desgaste Profesional en Enfermeras de Oncopediatría: Intervención de la Enfermera Especialista en Salud Mental. Biblioteca Lascasas, 2012; 8(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0629.php>

## **SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN ENFERMERAS DE ONCOPEDIATRÍA: INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL**

### **AUTORAS:**

Fátima Farfán Díaz,<sup>1,2</sup> Lidia María Mendoza Rodríguez,<sup>2</sup> María Mercedes Guerrero Benítez,<sup>2</sup> Ana Suárez Carrasco<sup>2</sup>

1. Licenciada en Psicología.

2. Enfermera Especialista en Salud Mental. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla (España)

### **RESUMEN:**

El Síndrome de desgaste profesional no es un concepto nuevo, ni en nuestro discurso cotidiano ni en la literatura científica, desde la primera formulación que en la década de los 70' hiciera Freudedenberger derivada de sus trabajos desarrollados en la población sanitaria. Aun siendo capaces de identificar síntomas psicósomáticos, psicológicos y repercusiones sociales asociados a esta entidad, actualmente no se cuenta con criterios diagnósticos claros en las vigentes clasificaciones diagnósticas como tampoco existe unanimidad en cuanto a la epidemiología del Síndrome de desgaste profesional; siendo sólo posible afirmar que existe una mayor incidencia del síndrome en unidades tales como Cuidados Críticos, Urgencias y Oncología en las que se requiere mayor experiencia clínica y madurez profesional en la toma de decisiones dada la implicación ética de la praxis profesional. Pese a esta dificultad, en el área de Cuidados Críticos Pediátricos (Hemato-Oncología Pediátrica, UCI y Medicina Interna) se obtienen niveles altos de optimismo, crecimiento personal y auto-estima profesional.

Con el presente proyecto se busca dar respuesta a varias preguntas:

- ¿Cuál es la prevalencia de sintomatología asociada al Síndrome de desgaste profesional entre las enfermeras de Oncopediatría en nuestro ámbito más cercano?

- ¿Es posible identificar factores socio-demográficos que actúen modulando la aparición del Síndrome de desgaste profesional?
- ¿Sería factible diseñar alguna estrategia de intervención por parte de la EESM que aboque en la mejora de los recursos cognitivos de afrontamiento ante situaciones de stress mantenido en el ámbito de la Enfermería Oncopediátrica?

Para ello se recurrirá a un diseño cuasiexperimental, intrasujeto, longitudinal y prospectivo a aplicar en las 8 unidades Oncopediátricas dependientes del SSPA (3 de ellas de alta especialización y el resto asociadas a las anteriores) en las que se evaluará a través de instrumentos de valoración validados y baremados en el ámbito español: Síndrome de desgaste profesional, stress percibido y estrategias de afrontamiento, delimitando variables socio-demográficas concurrentes.

### **ABSTRACT (Burnout Syndrome in Oncopediatric Nurses: Intervention in the Nurse Specialist in Mental Health)**

The “burnout syndrome” isn’t a new concept, neither in our everyday speech nor in the scientific literature, since the first formulation made by Freudenedenberger in the 70’s as a result of his works developed over the health workers population. Although being able to identify psychosomatic, psychological and social impact symptoms associated to this entity, nowadays there are no clear diagnostic criteria in the diagnostic classifications that are now in force, nor is there an unanimity in the epidemiology of the burnout; being only possible to assert that there is a greater incidence of the syndrome in units as Critical Care, Emergencies and Oncology where a greater clinic experience is needed as for a professional maturity for taking decisions due to the etic implication of the professional praxis. Despite this difficulty, in the Pediatric Critical Care area (Pediatric Hematology-Oncology, ICU and Internal Medicine) high levels of optimism, personal growth and self-esteem are obtained.

The following project seeks to find answers to several questions:

- Which is the prevalence of symptomatology associated to a burnout between the Oncopediatric nurses in our closest field?
- Is it possible to identify social-demographic factors that act modulating the appearance of the burnout?
- Would it be feasible for the Nurse specialist in Mental Health to design some kind of intervention strategy that could result in an improvement of the coping cognitive resources in view of the maintained stress situations in the Oncopediatric Nurse field?

For achieving this, a quasi-experimental, within-subject, longitudinal and prospective design will be resorted to be applied in the 8 Oncopediatric units which depend on the Public Sanitary Service of Andalusia (SSPA), 3 of them high specialized and the rest associated to the previous, where there will be evaluations using Spanish field validated and scaled evaluating instruments: burnout, perceived stress and coping strategies, delimiting concurrent social-demographic variables.

## 1. INTRODUCCIÓN

El síndrome de desgaste profesional (SDP) o “burnout” como habitualmente es conocido, supone una respuesta mantenida al stress laboral en la que las estrategias de afrontamiento puestas en marcha por los individuos ante la percepción de estresores tiene un papel relevante, de manera que éstas pueden ejercer una función facilitadora o inhibidora en la génesis del SDP. Si este proceso de afrontamiento es el resultado de la percepción, procesamiento y evaluación de una situación como amenazadora se desencadenan reacciones emocionales que ponen en riesgo la seguridad, la autoestima o la estabilidad personal.<sup>1</sup>

El SDP no es un concepto nuevo, ni en nuestro discurso cotidiano y mucho menos en la literatura científica, su primera formulación tuvo lugar en la década de los 70' por Freudenedenberger con la publicación de su trabajo titulado “Staff burnout” en el que quedaba definido como “un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”.<sup>2</sup> En sus trabajos centró el interés en la población sanitaria dada la relación de ayuda que se establece entre profesional y paciente y que supone por ello, una asimetría entre la aportación técnica y la respuesta del paciente que provocan en el profesional una respuesta en la que se incluye: *cansancio emocional*, *despersonalización* y *realización personal*, y que vienen a definir los componentes del SDP. Con posterioridad Maslach reconceptualiza dichos componentes de una forma secuencial; así, estos tres componentes corresponderían a fases por las que el profesional atraviesa durante su práctica clínica; en su fase inicial (*desgaste emocional*) ante las excesivas demandas a las que el profesional se ve sometido se siente emocionalmente exhausto, a continuación ante el intento inapropiado de resolver el desgaste emocional responde deshumanizando su práctica con el paciente (*despersonalización*) para finalmente y dado el mantenimiento de la anterior situación abocar en sentimientos de inadecuación, fracaso personal y baja auto-estima laboral (*realización personal*).<sup>3</sup> *Desgaste emocional*, *despersonalización* y *realización personal* se integran como dimensiones evaluables en el cuestionario que Maslach y Jackson (Maslach Burnout Inventory (MBI)) desarrollaron a tal efecto y que es ampliamente empleado para cuantificar el SDP.<sup>2</sup>

Una explicación alternativa al fenómeno del SDG es la que se articula siguiendo el esquema propuesto en 1.969 por Kübler-Ross para definir las fases del duelo (negación-aislamiento, ira, negociación, depresión, aceptación-resignación) haciéndolo extensivo al personal sanitario que interactúa con el enfermo, de manera que la *fase depresiva* estaría estrechamente relacionada con la *aparición del SDP*, sobre todo en aquellas unidades en las que existe una alta mortalidad. De esta manera el fallecimiento de los pacientes no sólo supondría el recordatorio de la inevitabilidad de la propia muerte sino también en cierta manera, el fracaso profesional.<sup>4</sup>

El SDP ha llegado a ser considerado como un término que da cabida a síntomas psicósomáticos, psicológicos y repercusiones sociales que aparecen cuando el trabajo excede la capacidad individual del sujeto durante un largo lapso de tiempo, pudiéndose aplicar este concepto a un grupo heterogéneo de sujetos, pese a ello no cuenta con criterios diagnósticos claros en las actuales clasificaciones diagnósticas; de hecho en la Clasificación Internacional de

Enfermedades de la OMS en su décima edición (en adelante CIE-10) es considerado como un criterio diagnóstico adicional no especificado.<sup>5</sup>

En cuanto a la epidemiología del SDP entre las enfermeras no parece existir unanimidad entre los diversos autores aunque sí ha sido posible identificar algunas variables, así, la variable edad no parece influir y en cuanto a la variable sexo, es posible afirmar que serían las mujeres sanitarias las más afectadas, quizás por el mantenimiento de la doble carga de trabajo familiar y profesional. Existen otros factores, que generan controversia, como la turnicidad, los horarios laborales, el salario, la categoría profesional y la sobrecarga laboral asistencial. Es posible afirmar según la bibliografía consultada una mayor incidencia del síndrome en unidades en las que se requiere mayor experiencia clínica y madurez profesional en la toma de decisiones dada la implicación ética de la praxis profesional en aquellos casos donde a diario las enfermeras se enfrentan al sufrimiento humano y la muerte, por tanto serían las unidades de Cuidados Críticos, Urgencias y Oncología, unidades de alto riesgo de aparición del SDP. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a dos (agotamiento o desgaste emocional y despersonalización) de las tres dimensiones que constituyen el constructo del SDP, adoptando valores más elevados entre los profesionales que desarrollan su actividad en el área de Urgencias y Oncología.<sup>6</sup>

Teniendo presente las funciones a llevar a cabo por las enfermeras en las diversas unidades de hospitalización (valoración de la situación del paciente, planificación de cuidados, implementación de intervenciones propias y delegadas, registro en la documentación clínica, colaboración con el equipo multidisciplinar), en las unidades de Oncología se añade dada la especificidad y complejidad del ámbito de actuación y la situación médica de los pacientes, en muchos casos de enfermedad terminal, el mantenimiento de equipos técnicos sofisticados, la comunicación y el soporte emocional del paciente y su familia ; responsabilidades éstas que pueden conllevar un desgaste emocional considerable.<sup>3</sup> Es incuestionable que el cuidado de pacientes moribundos y la percepción de incapacidad para disminuir el sufrimiento del paciente o la familia en estos casos, genera en la enfermera una fuente de stress así como la falta de una comunicación eficaz entre facultativos y enfermeras, frente a ello la experiencia en estos servicios genera estrategias de afrontamiento efectivo.<sup>7</sup>

De forma general, los estudios sobre la incidencia en los profesionales dedicados a la Oncología muestran la existencia de altos niveles de SDP y de forma particular, los desarrollados con muestras de enfermeras que desarrollan su actividad en este ámbito no son concluyentes.<sup>3</sup> Comparando la cuantificación entre médicos y enfermeras se constata que el nivel de “desgaste emocional” es mayor en el grupo de enfermeras, no existiendo diferencias significativas en las otras dos dimensiones del constructo (despersonalización y realización personal) que constituyen el SDP medido a través de la MBI.<sup>8</sup> Por otro lado en estudios recientes desarrollados en el ámbito de cuidados paliativos pediátricos se expone que es preciso desarrollar nuevas investigaciones para extraer conclusiones con precisión sobre el impacto que sobre las enfermeras tiene su intervención en este área de cuidados.<sup>9</sup>

No obstante es posible decir que frente al desarrollo de SDP en este ámbito, existen experiencias derivadas del cuidado en áreas de Cuidados Críticos Pediátricos (Hemato-Oncología Pediátrica, UCI y Medicina Interna) en

las que se obtienen niveles altos de optimismo, crecimiento personal y autoestima profesional.<sup>10</sup>

Con todo lo expuesto anteriormente, cabría pensar que pese a la dificultad que entraña la dedicación profesional de las enfermeras en el ámbito de la Oncología Pediátrica dada la gran implicación emocional que supone la lucha contra la enfermedad en el límite entre la vida y la muerte, no todas llegan a manifestar sintomatología relacionada con el SDP. De hecho, así se confirma en la literatura siendo posible establecer algunos factores protectores que actúan mediando o modulando las respuestas al stress, un ejemplo de ello, son los estilos de afrontamiento. Atendiendo al planteamiento que Lazarus y Folkman realizan sobre los *estilos de afrontamiento* como el *esfuerzo cognitivo y conductual que cada individuo pone en marcha como forma de lograr el control, tolerar o reducir las demandas que recibe del medio interno o externo y que son evaluadas como excesivas o desbordantes*, es posible deducir que se trata de una evaluación personal en la que tiene lugar un proceso de categorización, focalización o búsqueda de significado, lo que implica un proceso emocional, cognitivo y conductual en el cual intervienen factores tales como la salud, las creencias, la responsabilidad, el apoyo, las habilidades sociales y los recursos materiales.<sup>11</sup> Se muestran efectivos como estilos de afrontamiento aquellos basados en la confrontación, la planificación, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo.<sup>1</sup> Otros factores que intervienen como moduladores de las respuestas al stress según la literatura revisada serían: la presencia de resiliencia,<sup>12</sup> la percepción de la efectividad de sus intervenciones en el control de los síntomas de los pacientes,<sup>13</sup> la percepción positiva del ambiente de trabajo y la comunicación de la autoeficacia.<sup>14</sup>

Llegados este punto cabe hacerse la pregunta ¿es posible diseñar alguna estrategia de intervención que aboque en la mejora de los recursos cognitivos de afrontamiento ante situaciones de stress mantenido en el ámbito de la Enfermería Oncopediátrica? En la literatura se recoge que las enfermeras de Oncología podrían verse beneficiadas de programas encaminados a la mejora de estrategias de afrontamiento, al fomento de relaciones de apoyo en el ámbito de trabajo, al consuelo y contención del dolor y la reducción del SDP; ello implica además el reconociendo por parte de la organización directiva del potencial de stress implícito del peculiar ámbito de trabajo en el que estas enfermeras desarrollan sus intervenciones.<sup>15</sup>

Por tanto, dado que es posible identificar factores a nivel sociodemográfico, emocional y estructural que inciden en el desarrollo de la sintomatología asociada al SDP y factores protectores, surge la necesidad de comprobar la existencia e identificar ambos grupos de variables así como conocer la prevalencia de sintomatología asociada al SDP en nuestro contexto más cercano entre las enfermeras de Oncología Pediátrica para diseñar una intervención a poner en práctica por la Enfermera especialista en Salud Mental (EESM) en la que contando con mecanismos de prevención y apoyo revierta en el bienestar individual de estos profesionales, buscando desarrollar y/o mejorar sus estrategias de afrontamiento y manejo del stress percibido que tendrían como consecuencia la disminución de la aparición de sintomatología asociada al SDP.

Bajo la actuación de la EESM en esta propuesta de intervención destinada a las enfermeras oncopediátricas en aras de influir sobre el manejo

del stress laboral mantenido para disminuir así la sintomatología asociada al SDP subyace como modelo teórico conceptual, el modelo de sistemas propuesto por Betty Neuman. Modelo basado en la Teoría General de Sistemas de Bertalanffy que refleja la naturaleza de los organismos como sistemas abiertos al que se suma además, las aportaciones de la Teoría Gestalt donde la homeostasis permite al organismo mantener el equilibrio y en consecuencia la salud, cuando las condiciones del medio se ven modificadas; por tanto el proceso de ajuste se considera dinámico y continuo en el que el stress es el elemento que aumenta la necesidad de reajuste. Con estos supuestos es posible establecer 3 niveles de prevención: primario (ante la sospecha de la actuación del agente estresante aún cuando no ha habido manifestaciones de desajuste en la que se insta al individuo a afrontar dicho agente), secundario (existen manifestaciones del efecto del agente estresante y existen por tanto manifestaciones de desajuste identificables por lo que se llevan a cabo intervenciones para aumentar la resistencia a dichos agentes ) y terciario (tras la actuación en niveles previos se logra que el individuo recupere la estabilidad óptima).<sup>16</sup>

## 2. BIBLIOGRAFÍA

1. Chacón Roger M, Grau Abalo J, Guerra, M.E, Massip Pérez C. "Afrontamiento y emociones en profesionales de enfermería Oncológica con síndrome de desgaste profesional" *Psicología y Salud*. 2006, jul-dic; 16(2): 115-28.
2. Molina Linde JM, Avalos Martínez F, Giménez Cervantes I. Burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Enferm Clin*. 2005;15(5):275-82.
3. Moreno-Jiménez B, Garrosa E, Rodríguez R, Morante M.E. El desgaste profesional o burnout en los profesionales de Oncología. *Boletín de Psicología*. 2003, nov; 79:7-20.
4. Beyebach M. Enfermedad, muerte y ciclo vital. En: Espina A, Pumar B, Garrido M. (Eds.). *Problemáticas familiares actuales y terapia familiar*. Valencia: Ed. Promolibro; 1995.p.228-229.
5. Hillert A. Burnout: a new disease? *Versicherungsmedizin*. 2008, Dec;60(4):163-9.
6. Romana Albaladejo, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de burnout en el personal de enfermería en un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*. 2004; 78(4):505-516.
7. Watts R, Botti M, Hunter M. Nurses' perspectives on the care probidades of cancer's patients. *Cancer Nurs*. 2010; March-Apr; 33 (2): E1-8.
8. Alacacioglu A, Yavuzsen T, Dirioz M, Oztop I, Yilmaz U. Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psychooncology*. 2009 May; 18(5):543-8.
9. Morgan D. Caring for dying children: assessing the needs of the pediatric palliative care nurse. *Pediatr Nurs*. 2009 Mar-Apr;35(2):86-90.
10. Taubman-Ben-Ari O, Weintroub A. Meaning in life and personal growth among pediatric physicians and nurses. *Death Stud*. 2008; 32(7):621-45.
11. Rodríguez AB, Chaves EC. Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 2008, janeiro-fevereiro; 16(1): 24-28.

12. Zander M, Hutton A, King L. Coping and resilience factors in pediatric oncology nurses. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2010, Mar-Apr; 27(2):94-108.
13. Rheingans JI. Relationship between pediatric oncology nurses' management of patients' symptoms and job satisfaction. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2008, Nov-Dec;25(6):312-22.
14. Emold C, Schneider N, Meller I, Yagil Y. Communication skills, working environment and burnout among oncology nurses. *Eur J Oncol Nurs*. 2011;15(4):358-63.
15. Medland J, Howard-Ruben J, Whitaker E. Fostering psychosocial wellness in oncology nurses: addressing burnout and social support in the workplace. *Oncol Nurs Forum*. 2004 Jan-Feb; 31(1):47-54.
16. Marriner Tomey A, Raile Alligood, M. Modelos y teorías de Enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2.007.
17. Junta de Andalucía. II Plan Integral de Oncología de Andalucía 2007-2012. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2007.
18. Cohen S, Kamarak T, Mermelstein R. A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behaviour*. 1983, 24: 385-396.
19. Hernández Zamora GL, Olmedo Castejón E, Ibáñez Fernández I. Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *Int J Clin Health Psychol*. 2004; 4(2): 323-336.

### 3. OBJETIVOS

#### Objetivo **GENERAL**:

Determinar si el programa de intervención basado en la prevención y apoyo diseñado e implementado por la EESM destinado a las enfermeras de Oncopediatría resulta efectivo en el desarrollo y/o mejoría de estrategias de afrontamiento y manejo del stress percibido y consecuentemente la disminución de la aparición de sintomatología asociada al SDP.

#### Objetivos **ESPECÍFICOS**:

1. Comprobar la efectividad del plan diseñado.
2. Diseñar un plan de intervención destinado a disminuir la aparición de sintomatología asociada al SDP.
3. Determinar las estrategias de afrontamiento puestas en práctica por los sujetos incluidos en la muestra.
4. Conocer la prevalencia del SDP o en su caso sintomatología asociada a dicho síndrome.
5. Cuantificar el grado de stress de la muestra en estudio.
6. Identificar las variables socio-demográficas entre las enfermeras oncopediátricas de la muestra seleccionada.

### 4. HIPÓTESIS

#### Hipótesis **GENERAL**:

El desarrollo e implementación de un programa de intervención diseñado por la EESM resulta efectivo en la prevención de la sintomatología asociada al SDP en las enfermeras que desarrollan su labor profesional en Oncopediatría.

### Hipótesis **ESPECÍFICAS:**

1. Las variables sociodemográficas (sexo, edad, relaciones personales, existencia de cargas familiares, años de experiencia laboral, años de experiencia en el servicio, tipo de jornada laboral, caracterización de la unidad de Oncopediatría) introducen diferencias estadísticamente significativas en la aparición de sintomatología asociada al SDP entre las enfermeras de Oncopediatría de la muestra estudiada.

2. La puesta en práctica del programa diseñado por la EESM resulta efectivo e introduce diferencias estadísticamente significativas en el grado de stress percibido en las enfermeras que desarrollan su labor profesional en Oncopediatría.

3. La aplicación del programa de intervención diseñado por la EESM resulta efectivo y produce diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología asociada al SDP en la muestra seleccionada.

4. La implementación del programa de intervención diseñado por la EESM y destinado a las enfermeras que desarrollan su labor profesional en Oncopediatría se muestra efectivo en la mejora de las estrategias de afrontamiento.

## **5. VARIABLES**

### Variable **Independiente:**

**VI:** Programa de intervención diseñado por la EESM destinado a las enfermeras oncopediátricas.

### VARIABLES **Dependientes:**

**VD<sub>1</sub>:** presencia de SDP o en su caso sintomatología asociada al SDP en enfermeras oncopediátricas.

**VD<sub>2</sub>:** stress percibido por las enfermeras que forman parte de la muestra de estudio.

**VD<sub>3</sub>:** estrategias de afrontamiento puestas en práctica por las enfermeras de la muestra seleccionada.

## **6. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **Ámbito de estudio:**

El estudio se llevará a cabo en las ocho unidades de Oncopediatría que atienden a menores de 15 años existentes en la comunidad autónoma de Andalucía dependientes del sistema sanitario público andaluz (SSPA). De estas ocho unidades, tres de ellas, las ubicadas en los centros: Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla), Hospital Regional Universitario Carlos Haya (Málaga) y Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada) son consideradas de alta especialización (17). El resto de las unidades se encuentran ubicadas en el Hospital Reina Sofía (Córdoba), Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva), Hospital de Jerez (Cádiz), Hospital de Jaén (Jaén) y Hospital Torrecárdenas (Almería) y son consideradas como asociadas a las



anteriormente mencionadas.

**Diseño:**

Para la puesta en práctica del proyecto de investigación se recurrirá a una estrategia cuasiexperimental, intrasujeto, longitudinal y prospectiva.

La elección de este diseño viene condicionada por la dificultad que entraña contar con un grupo de control dadas las peculiaridades de las distintas unidades así como por razones éticas. Se contará con un único grupo al que se realizará una medida pretest de las las siguientes VD<sub>s</sub>: VD<sub>1</sub>, VD<sub>2</sub>, VD<sub>3</sub> definidas en el estudio a través de instrumentos de valoración validados y baremados en el ámbito español, previa a la introducción de la VI. Posteriormente se introducirá la VI y se realizará una medición post-test de las VD<sub>s</sub> para comprobar el grado de efectividad que introduce la intervención realizada en la mejora de estrategias de afrontamiento, disminución del stress y de la sintomatología asociada al SDP.

**Población:**

Enfermeras que desarrollan su labor profesional en el ámbito de la Oncopediatría.

***Población accesible:*** Enfermeras que desarrollan su labor profesional en las unidades de Oncopediatría existentes en la comunidad autónoma de Andalucía dependientes del sistema sanitario público andaluz (SSPA).

***Muestra:*** Enfermeras que cumpliendo con los requisitos de inclusión resultan de la aplicación del muestreo designado como conveniente para el desarrollo del estudio.

**Criterios de inclusión:**

- Aceptar voluntariamente participar en el estudio.
- Desarrollar actualmente su labor profesional en alguna de las unidades de Oncopediatría existentes en la comunidad autónoma de Andalucía dependientes del sistema sanitario público andaluz (SSPA).
- Formar parte de la plantilla de dichas unidades de forma permanente desde al menos un año.
- No haber participado en actividades de formación relacionadas con gestión del stress en el puesto laboral o intervenciones conductuales de inoculación de stress .
- No haber participado en actividades de formación relacionadas con habilidades de afrontamiento.

**Criterios de exclusión:**

- No aceptar voluntariamente participar en el estudio.
- Haber participado en anteriores estudios en los que se hayan valorado las mismas variables.
- Haber participado en anteriores estudios en los que se hayan empleado los mismos instrumentos estandarizados de evaluación a emplear en el estudio actual.
- Formar parte de la plantilla eventual en dichas unidades.

### **Muestreo:**

Dado que en nuestra población accesible existen Enfermeras Oncopediátricas que pertenecen a centros de alta especialización y a centros asociados a éstos y que este hecho podría introducir variabilidades en la muestra no deseables, se estima como oportuno realizar un **muestreo aleatorio por conglomerados**; formando parte del *primer conglomerado* las Enfermeras Oncopediátricas pertenecientes a los centros de alta especialización (Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla), Hospital Regional Universitario Carlos Haya (Málaga) y Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada)) y del *segundo conglomerado* las pertenecientes a los centros asociados (Hospital Reina Sofía (Córdoba), Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva), Hospital de Jerez (Cádiz), Hospital de Jaén (Jaén) y Hospital Torrecárdenas (Almería)).

Dentro de cada uno de los conglomerados definidos, se llevará a cabo el oportuno proceso de aleatorización entre los miembros que lo conforman recurriendo a proceso de generación de números aleatorios ([www.e-biometria.com](http://www.e-biometria.com)) para aplicar la VI (*Programa de intervención diseñado por la EESM destinado a las enfermeras oncopediátricas*) definida en el proyecto de investigación.

### **Estimación del tamaño muestral:**

Para la determinación del tamaño muestral mínimo para llevar a cabo el presente proyecto de investigación, se ha considerado como variable principal el resultado obtenido como medida pretest en la variable **VD<sub>1</sub>**: presencia de SDP o en su caso sintomatología asociada al SDP en enfermeras oncopediátricas a través de la aplicación de la adaptación española del MBI-Human Services (Maslach Burnout Inventory, Maslach y Jackson, 1.981) en el que se evalúan los tres constructos relacionados (Desgaste/agotamiento emocional (AE), Despersonalización (DP) y Realización personal (RP) que se integran como dimensiones de este cuestionario para la evaluación del SDP.

Para la obtención de una potencia del 80% para así detectar diferencias en el contraste de la hipótesis nula  $H_0: \mu_0 = \mu_1$  mediante una Prueba T-Student bilateral para dos muestras independientes, teniendo en cuenta que el nivel de significación es del 5%, y asumiendo que la media del grupo de Referencia es de 26 unidades, la media del grupo Experimental es de 19 unidades y la desviación típica de ambos grupos es de 10 unidades, será necesario incluir 33 unidades experimentales en el grupo de Referencia y 33 unidades en el grupo Experimental, totalizando 66 unidades experimentales en el estudio. Así mismo y dado que el porcentaje esperado de abandonos es del 10% sería necesario reclutar 37 unidades experimentales en el grupo de Referencia y 37 unidades en el grupo Experimental, totalizando 74 unidades experimentales para el desarrollo del estudio propuesto.

## 7. CUADRO DE VARIABLES

### Variable **Independiente:**

**VI:** Programa de intervención diseñado por la EESM destinado a las enfermeras oncopediátricas.

### Variables **Dependientes:**

**VD<sub>1</sub>:** presencia de SDP o en su caso sintomatología asociada al SDP en enfermeras oncopediátricas.

**VD<sub>2</sub>:** stress percibido por las enfermeras que forman parte de la muestra de estudio.

**VD<sub>3</sub>:** estrategias de afrontamiento puestas en práctica por las enfermeras de la muestra seleccionada.

### Variables **sociodemográficas:**

-Sexo (M/H)

-Edad

-Relaciones personales (CON pareja estable, SIN pareja estable, NS/NC)

-Cargas familiares a su cargo (SIN cargas familiares, CON descendientes, SIN descendientes, CON ascendientes, SIN ascendientes)

-Años de experiencia laboral

-Años de experiencia en el servicio

-Jornada laboral (Turno FIJO, turno ROTATORIO)

-Caracterización de la unidad de Oncopediatría (Alta especialización, centro asociado).

VARIABLES	DEFINICIÓN	NATURALEZA
<b>Socio-demográficas</b>		
<b>Sexo</b>	M/F	Cualitativa dicotómica
<b>Edad</b>	Años	Cuantitativa continua
<b>Relaciones personales</b>	-CON pareja estable -SIN pareja estable -NS/NC	Cualitativa
<b>Cargas familiares</b>	- SIN cargas familiares -CON descendientes -SIN descendientes -CON ascendientes -SIN ascendientes	Cualitativa
<b>Años de experiencia laboral</b>	Años	Cuantitativa continua
<b>Años de experiencia en Oncopediatría</b>	Años	Cuantitativa continua
<b>Jornada laboral</b>	-Turno FIJO -Turno ROTATORIO	Cualitativa dicotómica
<b>Caracterización de la unidad de Oncopediatría</b>	-Alta especialización -Centro asociado	Cualitativa dicotómica
<b>Dependientes</b>		
<b>SDP</b>	Puntuación obtenida en el <i>MBI-Human Services</i>	

	(Maslach Burnout Inventory, Maslach y Jackson, 1.981)	Cuantitativa discreta
<b>Stress percibido</b>	Puntuación obtenida en la Escala de Stress percibido PPS-14 (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983)	Cuantitativa discreta
<b>Estrategias de afrontamiento</b>	Puntuación obtenida en <i>Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (Ways of Coping Checklist</i> versión revisada Folkman y Lazarus , 1985)	Cualitativa

## 8. OPERATIVIZACIÓN Y MEDICIÓN DE VARIABLES

### Variables **sociodemográficas:**

Para la recogida de datos asociadas a dichas variables se diseñara un formulario anónimo y de carácter enunciativo a cumplimentar por cada uno de los participantes.

### Variable **Independiente:**

**\*VI:** Programa de intervención diseñado por la EESM destinado a las enfermeras oncopediátricas.

#### **Descripción:**

La implementación del programa se hará a lo largo de 8 semanas, con un total de 10 sesiones grupales, distribuidas de forma semanal excepto las semanas 2ª y 6ª en las que se impartirán 2 sesiones. La duración prevista de cada una de las sesiones será de 90 minutos en las que se expondrán contenidos teórico-prácticos (Técnica de Inoculación de Stress, Meichembaum, 1.985) y 30 minutos de entrenamiento en relajación.

#### *Fase conceptual: 2 sesiones.*

- Bienvenida, presentación del grupo y dinámica de trabajo durante las sesiones.
- Exposición modelo teórico de stress y variables implicadas.
- ¿Qué es el afrontamiento? Estilos de afrontamiento.
- Conceptualización SDP. Variables implicadas.
- Ejercicios auto-observación.
- Ejercicio final de relajación.

#### *Fase adquisición de habilidades: 5 sesiones*

- Entrenamiento en técnicas de distracción cognitiva (detención del pensamiento)
- Entrenamiento técnicas de resolución de problemas.
- Entrenamiento en relajación: técnicas de respiración, entrenamiento autógeno de Shultz, relajación progresiva de Jacobson.
- Reestructuración cognitiva.
- Ejercicio final de relajación.

*Fase aplicación: 2 sesiones.*

- Ejercicios de role-playing para práctica de los contenidos adquiridos en la fase anterior.
- Ejercicio final de relajación.
- Despedida y cierre de grupo.

Variables **Dependientes:**

\***VD<sub>1</sub>**: presencia de SDP o en su caso sintomatología asociada al SDP en enfermeras oncopediatricas.

**Instrumento de evaluación VD<sub>1</sub> y descripción:**

Se empleará como instrumento de evaluación el **MBI-Human Services** (Maslach Burnout Inventory, Maslach y Jackson, 1.981) un inventario autoadministrado e integrado por 22 ítems tipo Likert en forma de afirmaciones sobre los sentimientos personales y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.

Los ítems se valoran entre 0 y 6, de manera que el 0 supone que el suceso en cuestión nunca ocurre y el 6 que ocurre todos los días, las demás puntuaciones intermedias se reservan para las frecuencias que aparecen entre los 2 extremos citados.

Se logra evaluar con este instrumento los tres constructos que definieron los autores para la conceptualización del SDP, contemplados en 3 subescalas:

1)*Agotamiento emocional (AE)* → 9 ítems. Valoración de la sensación de estar emocionalmente agotado por el contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.

2)*Despersonalización (DP)* → 5 ítems. Valoración del grado en el que la respuesta hacia los pacientes es fría, distante e impersonal.

3)*Realización personal (RP)* → 8 ítems. Valoración de los sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo y la relación con las personas a las que se atiende.

Las puntuaciones para cada una de las subescalas se obtienen de la suma de los puntos anotados en los ítems correspondientes a cada una de ellas.

Se establecen como puntos de corte los adoptados para el personal sanitario español según la subescala considerada de esta forma para la **subescala AE**: puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de SDP, el intervalo 19-26 correspondería a puntuaciones intermedias, y las puntuaciones por debajo de 19 indicarían niveles de SDP bajos o muy bajos. En la **subescala DP**: puntuaciones superiores a 10 indicarían nivel alto de despersonalización, de 6 a 9 indicarían nivel medio e inferiores a 6 nivel bajo. En contrapartida, la **subescala RP** es cuantificada de forma inversa así, de 0 a 33 puntos indicaría baja realización y alto SDP, de 34 a 39 indicaría realización intermedia y puntuaciones superiores a 40 indicarían alta sensación de logro o realización y bajos niveles de SDP

(2)

\* **VD<sub>2</sub>**: stress percibido por las enfermeras que forman parte de la

muestra de estudio.

**Instrumento de evaluación VD<sub>2</sub> y descripción:**

Se empleará como instrumento de evaluación la **Escala de stress percibido PPS-14** (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983) que evalúa el grado en que los sujetos valoran las situaciones del último mes como impredecibles y fuera de control. Consta de 14 items con formato de respuesta tipo Likert de 5 opciones de respuesta (0=nunca, 1=casi nunca, 2=de vez en cuando, 3=a menudo, 4=muy a menudo). El rango de puntuación varía entre 0 (mínimo estrés percibido) y 56 (máximo estrés percibido), siendo el punto de corte para el diagnóstico de estrés.<sup>18</sup>

**VD<sub>3</sub>:** estrategias de afrontamiento puestas en práctica por las enfermeras de la muestra seleccionada.

**Instrumento de evaluación VD<sub>3</sub> y descripción:**

Se empleará como instrumento de evaluación **Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento de Lazarus y Folkman** (*Ways of Coping Checklist* versión revisada de Folkman y Lazarus , 1985) Este cuestionario a través de 66 items con formato de respuesta tipo Likert en rango de 4 (0= NUNCA, 1= ALGUNAS VECES, 2=A MENUDO, 3= SIEMPRE) explora ocho posibles estrategias de afrontamiento: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida-avoidancia, planificación y reevaluación positiva. Estas estrategias se agrupan en dos categorías diferentes: a) Estrategias que centradas en el problema ayudarían a su solución: autocontrol, búsqueda de apoyo social, planificación de soluciones del problema y reevaluación positiva. b) Estrategias que centradas en la emoción no favorecerían la solución de los problemas: confrontación, distanciamiento, aceptación de la responsabilidad y huida-avoidancia).<sup>19</sup>

## 9. PLAN DE RECOGIDA DE DATOS

Tras presentar el proyecto en cada unidad oncopediátrica designada y aceptada la participación de forma voluntaria de los profesionales que cumplan con los requisitos de inclusión se procederá a la recogida de datos iniciándose con la cumplimentación del formulario de recogida de variables socio-demográficas diseñado para tal fin para posteriormente aplicar los inventarios seleccionados para la evaluación de las VD<sub>s</sub> contempladas en el estudio: **MBI-Human Services** (Maslach Burnout Inventory, Maslach y Jackson, 1.981), **Escala de stress percibido PPS-14** (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983), **Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento de Lazarus y Folkman** (*Ways of Coping Checklist* versión revisada de Folkman y Lazarus , 1985).

Se garantizará la realización de la evaluación en un ambiente tranquilo destinado a tal fin (ej.: sala de reuniones) en el que se asegure que durante el desarrollo de la misma no se produzcan interrupciones indeseables.

La información recogida pasará a formar parte de una base de datos que

previa al análisis estadístico será realizada por la EESM encargada de llevar a cabo el proyecto expuesto para posteriormente ser analizada estadísticamente por el profesional designado.

## **9. ANÁLISIS DE LOS DATOS**

### ***Análisis descriptivo***

Previa a la realización de la base de datos que contenga toda la información obtenida del proceso de evaluación se planteará como tarea inicial la supervisión de la información y corrección de los distintos cuestionarios aplicados. A continuación se determinarán las diferencias del grupo sometido a medidas pre y post-test según el diseño metodológico planteado (cuasiexperimental, intrasujeto, longitudinal y prospectivo) para determinar la existencia de valores extremos.

Para el análisis de las variables de naturaleza *cuantitativa* se recurrirá a índices de tendencia central (media aritmética) y de dispersión (varianza, desviación típica y rango). En cuanto a las variables de naturaleza *cualitativa* se emplearán porcentajes. Estas medidas se determinarán para la situación pre y post-test según el diseño empleado.

Los datos obtenidos del análisis de las variables podrán ser representados de forma gráfica atendiendo a la naturaleza de dichas variables, así en el caso de variables *cuantitativas* se recurrirá al histograma y para las variables *cualitativas* el diagrama de sectores.

### ***Análisis inferencial***

Para comparar información obtenida de tipo cuantitativo / numérico, ésta se tratará como procedente de muestras dependientes dado el diseño planteado con medidas pre y post-test tras la aplicación de la VI; por ello se recurrirá a la prueba T de Student en caso de estar ante una distribución normal de las variables o en caso de no normalidad de la distribución de éstas a una prueba no paramétrica: U de Mann-Whitney.

El nivel de significación estadística se establecerá en  $p < 0.05$ .

El análisis de los datos se realizará con el paquete estadístico SPSS 18.0 para Windows.

## **10. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

La principal limitación del estudio viene condicionada por la dificultad que entraña contar con un grupo de control dadas las peculiaridades de las distintas unidades oncopediátricas así como por razones éticas, es por ello que el planteamiento inicial de diseño mediante una estrategia cuasiexperimental, intrasujeto, longitudinal y prospectiva, el oportuno muestreo aleatorio por conglomerados así como una detallada delimitación de las variables socio-demográficas, se espera controlar variables extrañas que introduzcan

variabilidades no deseadas y que condicionen su validez externa.

## **11. PERTINENCIA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Es de sobra conocido que el SDP no es un concepto nuevo, ni en nuestro discurso cotidiano ni en la literatura científica, desde que tuviera lugar su primera formulación en la década de los 70' por Freudedenberger con la publicación de su trabajo titulado "Staff burnout" donde quedaba definido como "un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo". A lo largo del tiempo y tras esta primera formulación basada sobre sus trabajos desarrollados en la población sanitaria, autores como Maslach han reformulado el concepto, reconceptualizando los componentes que forman parte de su definición e incluso se han propuesto explicaciones alternativas a dicho síndrome tal es el caso de Beyebach, pero pese a todo ello y aún siendo capaces de identificar síntomas psicósomáticos, psicológicos y repercusiones sociales que aparecen cuando el trabajo excede la capacidad individual del sujeto durante un largo lapso de tiempo no se cuenta con criterios diagnósticos claros en las actuales clasificaciones diagnósticas así mismo tampoco existe unanimidad en cuanto a la epidemiología del SDP; aunque sí es posible afirmar que existe una mayor incidencia del síndrome en unidades en las que se requiere mayor experiencia clínica y madurez profesional en la toma de decisiones dada la implicación ética de la praxis profesional en aquellos casos donde a diario las enfermeras se enfrentan al sufrimiento humano y la muerte, por tanto serían las unidades de Cuidados Críticos, Urgencias y Oncología, unidades de alto riesgo de aparición de SDP.

En el caso de las unidades de Oncología se añade dada la especificidad y complejidad del ámbito de actuación y la situación médica de los pacientes, en muchos casos de enfermedad terminal, toda una serie de circunstancias y responsabilidades que pueden conllevar un desgaste emocional considerable siendo incuestionable que el cuidado de pacientes moribundos y la percepción de incapacidad para disminuir el sufrimiento del paciente o la familia en estos casos, genera en la enfermera una fuente de stress así como la falta de una comunicación eficaz entre facultativos y enfermeras a la vez de generar en algunos casos, estrategias de afrontamiento efectivo. De hecho es posible identificar experiencias derivadas del cuidado en áreas de Cuidados Críticos Pediátricos ( Hemato-Oncología Pediátrica, UCI y Medicina Interna) en las que se obtienen niveles altos de optimismo, crecimiento personal y auto-estima profesional. Centrándonos en el ámbito oncopediátrico, con lo expuesto hasta ahora y dada la dificultad que entraña la dedicación laboral en este ámbito no todos los profesionales llegan a manifestar sintomatología asociada al SDP, por tanto con este proyecto de investigación se busca dar respuesta a varias preguntas: ¿Cuál es la prevalencia de sintomatología asociada a SDP en nuestro ámbito más cercano? ¿Es posible identificar factores socio-demográficos que actúen modulando la aparición del SDP? ¿Sería factible diseñar alguna estrategia de intervención por parte de la EESM que aboque en la mejora de los recursos cognitivos de afrontamiento ante situaciones de stress mantenido en el ámbito de la Enfermería Oncopediátrica?

La puesta en marcha de la intervención de la EESM implicaría por un



lado el reconocimiento por parte de la organización directiva de la institución, por un lado, del potencial de stress implícito del ámbito oncopediátrico y por otro, la eficacia de la intervención de un profesional cualificado, en este caso la EESM, que revertiría en el bienestar individual de estos profesionales al desarrollar y/o mejorar sus estrategias de afrontamiento y manejo del stress percibido que tendrían como consecuencia la disminución de la aparición de sintomatología asociada al SDP.

## **12. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES**

La participación de los sujetos en el estudio se hará de forma voluntaria, habiendo sido el actual proyecto de investigación aquí expuesto, aprobado por el Comité Ético del Hospital Universitario Virgen del Rocío, conforme a los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre los Principios Éticos en la Investigación Médica que en Seres Humanos (1964), y sucesivamente revisada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Somerset West (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002), Seúl (2008).

La identificación de los participantes en el estudio sólo estará consignada por el numero de caso que se le haya adjudicado, así mismo se garantizará en todo momento la confidencialidad de los datos y de los participantes en el estudio cumpliendo con la legislación sobre protección de datos española (Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999 de 13 de Diciembre) de manera que el consentimiento informado, los registros generados y los cuestionarios aplicados a cada participante serán preservados por el investigador principal.

## **13. PLAN DE DIFUSIÓN PREVISTO**

El presente proyecto de investigación formará parte de los trabajos candidatos a representar a la Unidad Docente de Salud Mental de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío de Sevilla ya sea como comunicación oral o póster, en el XII Encuentro de Residentes en Salud Mental a celebrar el día 20 de Mayo de 2.011 en la ciudad de Alcalá de Henares (Madrid)

Con posterioridad y previo a solicitar una subvención para llevar a cabo la investigación planteada, se publicará como Proyecto de Investigación en alguna de las revistas electrónicas de alto impacto de Enfermería.

## **14. CRONOGRAMA**

El presente proyecto se llevará a cabo a lo largo de 36 meses conforme al cronograma que se incluye tras la enumeración y especificación de las distintas actividades a llevar a cabo durante el desarrollo del estudio: ***“Síndrome de desgaste profesional (SDP) en Enfermeras de Oncopediatría: Intervención de la Enfermera especialista en SM (EESM)”***

Actividad 1:

- Información general sobre el proyecto.
- Presentación del cronograma.
- Exposición de la metodología.
- Reparto de tareas.
- Calendario de reuniones.
- Aclaración de dudas.

Actividad 2:

- Elaboración de los medios de apoyo gráficos.
- Diseño de las hojas de registro.
- Diseño de la base de datos.

Actividad 3:

- Captación de los Enfermeros que trabajan en unidades de Oncopediatría del SSPA.

Actividad 4:

- Evaluación PRETEST de los sujetos participantes conforme a las escalas detalladas.

Actividad 5:

- Inclusión de los resultados PRETEST obtenidos en la base de datos.

Actividad 6:

- Implementación de la intervención diseñada por la EESM.

Actividad 7:

- Evaluación POST-TEST de los sujetos participantes conforme a las escalas detalladas.

Actividad 8:

- Inclusión de los resultados POST-TEST obtenidos en la base de datos.

Actividad 9:

- Análisis estadístico por parte del Licenciado en Ciencias y Técnicas Estadísticas.

Actividad 10:

- Redacción del artículo para su presentación pública.

Actividad 11:

-Publicación del artículo en una revista de impacto.

<b>1<sup>er</sup> Año</b>	<b>Meses</b>											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Actividad 1</b>	■	■										
<b>Actividad 2</b>			■	■								
<b>Actividad 3</b>					■	■	■	■	■	■		
<b>Actividad 4</b>					■	■	■	■	■	■		
<b>Actividad 5</b>											■	■
<b>Actividad 6</b>												■

<b>2<sup>er</sup> Año</b>	<b>Meses</b>											
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
<b>Actividad 5</b>	■	■	■	■	■							
<b>Actividad 6</b>	■	■	■	■	■							
<b>Actividad 7</b>						■	■	■	■	■	■	
<b>Actividad 8</b>						■	■	■	■	■	■	
<b>Actividad 9</b>												■

<b>3<sup>er</sup> Año</b>	<b>Meses</b>											
	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
<b>Actividad 9</b>	■	■	■	■	■							
<b>Actividad 10</b>	■	■	■	■	■							
<b>Actividad 11</b>						■	■	■	■	■	■	■

## 15. PRESUPUESTO ESTIMADO

CONCEPTOS	PRESUPUESTO SOLICITADO			
	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	TOTAL
<b>Equipamiento Inventariable:</b>				
Sistema informático portátil ( Para soporte de la base de datos y los registros correspondientes).	2000			2000
	250			250
Disco duro externo	300			300
Impresora laser color	150			150
Memorias USB	300	300	400	1000
<b>Material Fungible:</b> ( material de escritorio y oficina) .	200	150	150	500
<b>Material Bibliográfico:</b> (libros y revistas)				
Bibliografía sobre SDP, Intervención psicosocial y modificación de conducta, Psicooncología, Teoría de la Enfermería.		600	1000	1600
<b>Personal:</b>	2000	2000	2000	6000
<b>Viajes y Dietas:</b>				
Viajes y dietas para Congresos nacionales	600	600	600	1800
<b>Gastos de contratación</b>				
Servicios externos y arrendamiento de equipamiento de investigación	400	800	800	2000
<b>Otros Gastos:</b>	200	200	200	600
Mensajería, cuota Internet y teléfono.				
<b>TOTAL</b>	<b>6400</b>	<b>4650</b>	<b>5150</b>	<b>16200</b>

