



Rosalía Marí Palau

Factores de riesgo psicosocial en los profesionales de enfermería de una unidad quirúrgica.

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Dirigido por el Dr. Josep Barceló

Máster en Investigación en Ciencias de la Enfermería



Tarragona

2023

Siempre parece imposible hasta que se hace.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Josep Barceló Prats por su tutorización, correcciones y consejos a lo largo de la realización de este proyecto.

A la Dra. María Antonia Martorell Poveda por su orientación durante la realización del Máster en Investigación en Ciencias de la Enfermería.

A todo el personal del CRAI Campus Catalunya de la Universitat Rovira i Virgili, que con su trabajo nos han facilitado el acceso a los recursos que he necesitado en todo momento.

A mi familia y amigos que, como siempre, me han dado el soporte en mis momentos de estrés y saturación y que, con paciencia y escucha han estado a mi lado cuando más lo he necesitado.

A mis padres, por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; mis logros son, también, los suyos. Por motivarme constantemente a alcanzar mis aspiraciones en los momentos más difíciles.

Y, especialmente, a los que ya no están.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS.....	3
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	4
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.....	7
ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y SIGLAS.....	8
RESUMEN.....	9
ABSTRACT.....	10
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	11
2. MARCO CONCEPTUAL.....	13
2.1.Historia de la evolución quirúrgica: breve recorrido histórico.....	13
2.2.Transición histórica desde la perspectiva enfermera.....	14
2.3.Aspectos relacionados con la Enfermería Quirúrgica.....	15
2.3.1. Definición de Enfermería Quirúrgica.....	15
2.3.2. Roles de Enfermería en el Área Quirúrgica.....	16
2.3.3. Fases del proceso quirúrgico.....	18
2.4. Factores de riesgo psicosocial en los profesionales de la salud.....	19
2.5. Síndrome de desgaste profesional o <i>Burnout</i>	22
2.5.1. Antecedentes y conceptualización.....	22
2.5.2. Proceso de generación del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (SQT).....	24
2.5.3. Consecuencias del SQT para el trabajador y la organización.....	25
2.5.4. Evaluación del SQT.....	28
2.5.5. Afrontamiento y estrategias de prevención del <i>burnout</i>	30

3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y ANTECEDENTES.....	32
4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	37
4.1. Objetivo general.....	37
4.2. Objetivos específicos.....	37
4.3. Hipótesis.....	37
5. METODOLOGÍA.....	38
5.1. Diseño.....	38
5.2. Unidad de Observación (UO)	39
5.3. Estrategia de localización.....	40
5.4. Selección de los informantes.....	40
5.5. Métodos y técnicas de recogida de datos.....	42
5.5.1. Observación Participante (OP)	42
5.5.2. Grupo de discusión focal y entrevistas semi-estructuradas.....	43
5.6. Análisis de los datos.....	45
5.6.1. Tipo de registro.....	45
5.6.2. Tipo de análisis y reducción de los datos.....	46
5.7. Recursos.....	46
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	47
7. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS.....	49
8. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	50
9. BIBLIOGRAFÍA.....	51
10. CRONOGRAMAS.....	63
10.1. Cronograma: Diseño del Proyecto.....	63
10.2. Cronograma: Realización del Proyecto.....	64

11. PRESUPUESTO.....	65
12. ANEXOS.....	66
Anexo 1. Resumen de los artículos seleccionados en la búsqueda bibliográfica.....	66
Anexo 2. Carta de solicitud de permiso VHIR	70
Anexo 3. Carta de solicitud de colaboración UCSI.....	71
Anexo 4. Carta de presentación del proyecto a participantes (castellano).....	72
Anexo 5. Consentimiento informado para los participantes (catalán).....	73
Anexo 6. Consentimiento informado para los participantes (castellano).....	74
Anexo 7. Consentimiento informado para los participantes (catalán).....	75
Anexo 8. Fases Observación Participante.....	76
Anexo 9. Fases grupo de discusión focal.....	77
Anexo 10. Guion de las preguntas de la entrevista semi-estructurada.....	78

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Índice de tablas

Tabla 1: Diferencias entre el estrés y el SQT.....	25
Tabla 2: Términos de búsqueda bibliográfica.....	33
Tabla 3: Criterios de inclusión y exclusión de los artículos científicos.....	34
Tabla 4: Cronograma: Diseño del Proyecto.....	63
Tabla 5: Cronograma: Realización del Proyecto.....	64
Tabla 6: Presupuesto.....	65

Índice de ilustraciones

Ilustración 1: Esquema definitorio del proceso y consecuencias del SQT.....	27
Ilustración 2: Clasificación anterior y actual del SQT.....	30
Ilustración 3: Diagrama de flujo de la revisión bibliográfica.....	35

Índice de gráficos

Gráfico 1: Búsqueda bibliográfica.....	36
Gráfico 2: Número de artículos según año de publicación.....	36

ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

ATS: Ayudante Técnico Sanitario.....	15
OMS: Organización Mundial de la Salud.....	15
AEP: Asociación Española de Perfusionistas.	18
URPA: Unidad de Recuperación Posanestésica	19
OIT: Organización Internacional del Trabajo.....	19
SQT: “Síndrome de Quemarse por el Trabajo”	24
INSST: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.....	25
MBI: “Maslach Burnout Inventory”	28
MBI-HSS: “MBI-Human Services Survey”	29
MBI-ES: “MBI-Educators Survey”	29
MBI-GS: “MBI-General Survey”	29
CESQT: Acuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo@.....	29
CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.....	29
SST: Salud y Seguridad en el Trabajo.....	31
BBDD: Bases de Datos.....	32
DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud.....	33
MeSH: Medical Subject Headings.....	33
UO: Unidad de Observación.....	39
UCSI: Unidad de Cirugía Sin Ingreso.....	39
REA: Unidad de Reanimación.....	39
VHIR: Vall d’Hebron Institut de Investigación.....	40
OP: Observación Participante.....	42

RESUMEN

Introducción: Según los principales datos publicados por el Sistema Nacional de Salud en 2021, las enfermeras constituyen el grupo más numeroso de profesionales de la salud, con un total de 198.000 enfermeras. A menudo, el personal de Enfermería se encuentra atrapado entre las exigencias del resto del equipo multidisciplinar y las demandas de los aspectos concretos de su trabajo; esto constituye el origen de discusiones, estrés y frustración. Por ello, teniendo en cuenta la exposición constante a los factores de riesgo psicosocial a los que están sometidos los profesionales de enfermería, se ha considerado de especial relevancia realizar una revisión bibliográfica de la literatura científica relacionada con el entorno psicosocial y manifestaciones psicosomáticas en los profesionales de enfermería de una unidad de quirófano. **Objetivo general:** Analizar la evidencia científica sobre la aparición de factores de riesgo psicosocial en el personal de enfermería quirúrgica. **Metodología:** El diseño del proyecto plantea un estudio cualitativo y de tipo fenomenológico. Los participantes se seleccionarán en base a las necesidades de información según los objetivos del estudio. Se considera el uso de la triangulación, la reflexividad y un marco conceptual amplio. Se emplearán las entrevistas semi-estructuradas y grupos de discusión focal como técnicas de recogida de datos, además del diario de campo mediante la observación participante. **Resultados y relevancia:** El personal de enfermería quirúrgica ha sido fuente de estudio por su elevada exposición a factores de riesgo psicosocial, siendo uno de los ámbitos laborales donde se ha identificado una alta prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional. **Conclusiones:** Resulta de especial interés proporcionar recomendaciones a las instituciones hospitalarias con el fin de proporcionar estrategias para detectar y tratar precozmente a los profesionales de Enfermería que lo presenten.

Palabras clave: Enfermería Quirúrgica, Riesgo Psicosocial, Síndrome de Desgaste Profesional.

ABSTRACT

Introduction: According to the main data published by the National Health System in 2021, nurses constitute the largest group of health professionals, with a total of 198,000 nurses. Nursing staff are often caught between the demands of the rest of the multidisciplinary team and the demands of specific aspects of their work; this constitutes the origin of discussions, stress and frustration. Therefore, the constant exposure to psychosocial risk factors to which nursing staff are subjected, it has been considered of special relevance to carry out a bibliographic review of the scientific literature related to the psychosocial environment and psychosomatic manifestations in nursing professionals in an operating room unit. **General Objective:** Analyze the scientific evidence on the appearance of psychosocial risk factors in surgical nursing staff. **Methodology:** The design of the project proposes a qualitative and phenomenological study. Participants will be selected based on the information needs according to the objectives of the study. The use of triangulation, reflexivity, and a broad conceptual framework are considered. Semi-structured interviews and focus discussion groups will be used as data collection techniques, in addition to the field diary through participant observation. **Results and relevance:** Surgical nursing have been a source of study due to their high exposure to psychosocial risk factors, being one of the work areas where a high prevalence of Professional Burnout Syndrome has been identified. **Conclusions:** It's special interest to provide recommendations to hospital institutions in order to provide strategies for early detection and treatment of Nursing professionals who present it.

Keywords: Operating Room Nursing, Psychosocial Deprivation, Burnout Professional.

1.- INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Según los principales datos publicados por el Sistema Nacional de Salud en 2021, las enfermeras constituyen el grupo más numeroso de profesionales de la salud, con un total de 198.000 enfermeras¹. Cada día se enfrentan a nuevos retos que requieren de una alta implicación en las organizaciones institucionales, para así construir sistemas de salud eficientes y que proporcionen cuidados de alta calidad según las necesidades de los usuarios^{2,3,4}.

Un ambiente de trabajo seguro para las enfermeras se caracteriza, entre otros factores, por buenas relaciones profesionales, un estilo de gestión de apoyo, un horario de trabajo equilibrado, concordancia entre el aumento de la carga de trabajo de las enfermeras y la combinación de sus habilidades, tiempo adecuado para satisfacer las necesidades de los pacientes, autonomía profesional, adecuación de los recursos y oportunidades para el avance profesional⁵.

Sin embargo, diversos estudios vinculan el impacto de una mala percepción del ambiente laboral y de la calidad de la atención con el sistema de rotación y dotación de recursos y personal del que disponen^{6,7}. El incremento de estos efectos negativos puede llegar a producir la aparición de problemas de salud físico-mental, tales como altos niveles de agotamiento personal, depresión y síndrome de *burnout*. Éstos son los llamados factores de riesgo psicosocial, definidos como *“los aspectos intralaborales, extralaborales o externos a la organización y las condiciones individuales o características intrínsecas del trabajador, los cuales, en una interrelación dinámica mediante percepciones y experiencias influyen en la salud y desempeño de las personas”*.

En el contexto laboral, se consideran la principal causa de ausentismo, disminución de la productividad y satisfacción laboral y aumento de accidentes laborales⁸. Toda esta concurrencia de eventos adversos, perjudican tanto a los profesionales, a las instituciones y, también, a los propios usuarios del Sistema Sanitario^{6,7}.

En esta línea, cabe mencionar que, el área quirúrgica es un lugar estresante por las responsabilidades que allí se tienen y se desarrollan, ya sea por tener que cumplir la programación quirúrgica, por el estado del paciente, por su vulnerabilidad y por el riesgo que implica el procedimiento anestésico y quirúrgico. Es un servicio, a veces, impredecible y se tienen múltiples tareas simultáneas. A menudo, las enfermeras se encuentran atrapadas entre las exigencias del resto del equipo multidisciplinar y las demandas de los aspectos concretos de su trabajo. Sin duda, esto constituye el origen de discusiones, estrés y frustración^{9,10}.

Por ello, teniendo en cuenta la exposición constante a los factores de riesgo psicosocial a los que están sometidos el personal de enfermería, se ha considerado de especial relevancia realizar una revisión bibliográfica de la literatura científica relacionada con el tema, con la finalidad de reunir evidencia que permita relacionar el riesgo de estos profesionales sanitarios a desarrollar dichos factores. Del mismo modo, se pretende proporcionar recomendaciones que las instituciones hospitalarias puedan considerar y, las cuales, contribuyan a un mejor funcionamiento de la organización.

2.- MARCO CONCEPTUAL

2.1. Historia de la evolución quirúrgica: breve recorrido histórico

Antes de comenzar, resulta relevante realizar una breve síntesis sobre la historia de la evolución quirúrgica. El desarrollo histórico de la cirugía se remonta a la ley de Babilonia [1955-1913 a.C.]. Ésta se mantuvo como una práctica primitiva y careció de base científica durante los siguientes 1200 años¹¹.

Los primeros antecedentes relacionados con la práctica quirúrgica aparecen en la prehistoria, ya que se han encontrado restos de cráneos humanos pertenecientes a los primeros homínidos que poblaron el planeta a los cuales se les había practicado la trepanación. Se cree, por parte de los expertos en paleopatología, que este acto quirúrgico estaba relacionado con rituales de exorcismo, con el fin de liberar a la persona enfermera del maleficio impuesto por los espíritus.

En las antiguas civilizaciones egipcias, se practicaba la momificación como procedimiento quirúrgico vinculado a la religión. Las personas responsables de llevar a cabo esa práctica demostraban un gran conocimiento sobre anatomía antes de embalsamar, relacionado con el cuidado post-mortem del cadáver.

A través de Hipócrates, prestigioso médico de la Antigua Grecia se sabe que ya se practicaban técnicas quirúrgicas complejas como, por ejemplo, cesáreas; las cuales perduran hasta nuestros días.

Por otro lado, en relación con la época romana, cabe mencionar que se convirtieron en expertos en medicina militar y en el tratamiento quirúrgico de heridas.

Hacia el siglo XIII empiezan a surgir grupos de cirujanos barberos y sangradores, los cuales, sin ningún tipo de formación, se dedicaban a practicar pequeña cirugía, tales como cura de abscesos, extracción de muelas, entre otros.

Así pues, durante la época contemporánea, el oficio de cirujano barbero se fragmenta entre barberos y cirujanos, dando lugar a diferentes categorías de profesionales dedicados a la medicina quirúrgica. A partir del siglo XVI, evolucionan a ministrantes, los cuales realizan actos de cirugía menor o intervenciones que no realizaban los médicos y, posteriormente, a practicantes¹².

Más tarde, se formó el *Royal College of Surgeons*, donde los ayudantes quirúrgicos eran aprendices de medicina. Posteriormente, en la Segunda Guerra Mundial, surgió la figura de instrumentación quirúrgica como soporte de asistencia en las acciones de cirugía¹¹.

2.2. Transición histórica desde la perspectiva enfermera

En el siglo XVI comienzan a aparecer los oficios precursores de la Enfermería Quirúrgica de la actualidad, solían ser pequeñas cirugías realizadas por los anteriormente conocidos como los barberos y sangrados flebotomianos¹³, los cuales con el tiempo fueron evolucionando, pasándose a llamar ministrantes que realizaban las cirugías menores, pero también realizaban intervenciones secundarias que no se podían realizar por el médico¹⁴. Posteriormente, pasaron a llamarse practicantes en 1857 con la Ley de Instrucción Pública^{12,15}.

En 1860 tras la Real Orden del 1 de octubre, se prohibió a todos los barberos realizar operaciones de cirugía menor sin el título de practicante, sangrar y ejecutar, por lo que en el año 1888 los practicantes asumen el trabajo de realizar cirugías menores^{12,15,16,17}.

El 26 de abril de 1901 se aprueba un Real Decreto en el que era indispensable la realización de un examen de primera enseñanza para poder optar a la formación de practicante. La enseñanza constaba de dos años académicos donde los alumnos debían de adquirir unos conocimientos de anatomía, funcionamiento de los órganos, medicación, técnicas de cirugía menor, asistencia a partos y primeros auxilios, con la realización de 2 años de prácticas tutorizadas. En 1915 llega a España la primera normativa que permitía completar el proceso de la profesión enfermera y comenzaron a fundarse colegios de Enfermería por toda España^{12,17}.

Durante la Segunda República se produjo un importante grado de institucionalización, las practicantes comenzaron a realizar misiones de auxilio médico-quirúrgico. Tanto en la historia de España como en la historia de la Enfermería, fueron unos años bastante difíciles debido a las guerras y a los numerosos cambios de gobiernos. La Enfermería toma fuerza en 1952 cuando se aprueba la titulación de Ayudante Técnico Sanitario (ATS), adquiriendo todas las tareas que antes realizaban los practicantes. En el 1977, se consigue la diplomatura Universitaria de Enfermería reconociéndola como una profesión capaz de asumir la importancia. Y, finalmente, en el 2005 se considera Enfermería como una licenciatura de cuatro años^{12,14,17}.

Es en las primeras décadas del siglo XX es cuando aparecen las enfermeras instrumentistas por la necesidad de apoyar los actos quirúrgicos y, las cuales, eran enseñadas por médicos¹⁸.

En definitiva, no cabe duda de que existe relación entre la cirugía con la enfermería a través de la historia. Las funciones y figuras profesionales se han ido definiendo a lo largo del recorrido histórico, asumiendo diferentes roles. Así pues, los profesionales sanitarios de enfermería quirúrgicos han ido adaptando sus competencias en medio de un marco cambiante, atendiendo, así, las demandas de una sociedad en continuo cambio.

2.3. Aspectos relacionados con la Enfermería Quirúrgica

2.3.1. Definición de Enfermería Quirúrgica

La Enfermería Quirúrgica es considerada como una rama de la Enfermería que atiende a los pacientes durante las intervenciones quirúrgicas, respaldando el trabajo de especialistas como cirujanos y anestesiólogos. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2009, reconoce a los profesionales de enfermería quirúrgica como los responsables de la seguridad del paciente quirúrgico, con el listado de verificación, al exponer que son los que coordinan al equipo quirúrgico¹⁹.

Actualmente, la Enfermería profesional en el quirófano se ha definido como: *“identificación de las necesidades sociológicas, psicológicas y fisiológicas del paciente y la implementación de un programa individualizado de cuidados que coordine las intervenciones de Enfermería, basado en un conocimiento de las ciencias naturales, a fin de restaurar o mantener la salud y el bienestar del enfermo antes, durante y después de la intervención quirúrgica”*²⁰.

El paciente, pues, se suele someter a un proceso normalmente desconocido, con lo que eso conlleva a numerosas preguntas y miedos; generados por la falta de información sobre la propia enfermedad, la intervención quirúrgica, el propio quirófano, el pronóstico y el sentimiento de vulnerabilidad que presenta, ante la pérdida de control sobre su salud y la situación que vive. La personal de Enfermería, en estos casos, es esencial, puesto que sus cuidados holísticos son claves para el éxito de la calidad asistencial. Todo esto implica un cuidado del paciente, de su familia y de su entorno.

Aunque el propósito de la cirugía es mejorar o salvar vidas, la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede producir graves repercusiones en la salud del paciente, por eso es importante conocer y destacar la importancia de las funciones de la Enfermería en el proceso quirúrgico²¹.

Así pues, todas las figuras de Enfermería quirúrgica, que se detallarán a continuación, tienen como objetivo garantizar y velar por la seguridad del paciente, prestando cuidados humanizados y la máxima atención a todo el proceso quirúrgico, desde el preoperatorio hasta el postoperatorio, para así conseguir el éxito de la calidad asistencial.

2.3.2. Roles de Enfermería en el Área Quirúrgica

Las funciones de los profesionales de Enfermería de quirófano han ido evolucionando a lo largo del tiempo; pasando de una enfermera técnica que ayuda a un cirujano, a una enfermera con competencias propias de su disciplina²².

Así pues, el rol de Enfermería se puede clasificar en cuatro figuras importantes que son^{23,24}:

- **Enfermería circulante:** el profesional de enfermería quirúrgico circulante también se especializan en instrumentación quirúrgica, pero su objetivo es crear y mantener un entorno de trabajo óptimo y estéril para llevar a cabo el acto quirúrgico. Así pues, sus funciones abarcan desde la valoración de la situación del paciente, realizar los diferentes registros quirúrgicos y colaborar y ayudar en todo momento a todo el personal presente y participante en la evaluación de los pacientes en todas las fases del proceso quirúrgico.

- **Enfermería instrumentista:** es la figura responsable de mantener la integridad, seguridad y eficacia del campo estéril durante el acto quirúrgico. Además, ayuda al cirujano y a sus ayudantes a lo largo de la operación quirúrgica. Sus funciones dependerán de la intervención quirúrgica que se vaya a desarrollar, las cuales pueden ser desde la prevención de la contaminación del campo quirúrgico hasta la preparación de los diferentes materiales para su posterior descontaminación y reesterilización adecuada, siguiendo las precauciones universales.

- **Enfermería de anestesia:** éstos pueden desarrollar su trabajo dentro y fuera del Bloque Quirúrgico. Dentro del quirófano colaboran durante el procedimiento anestésico; o fuera de él, como profesionales en salas de reanimación o despertar, en unidades de dolor agudo y/o crónico. Requieren de unos conocimientos importantes sobre fisiopatología y farmacología. Así como de relación y comunicación, ya que van a otorgar unos cuidados a un paciente que se encuentra en estado máximo de vulnerabilidad.

- **Enfermería perfusionista:** según la Asociación Española de Perfusionistas (AEP): *“son profesionales cuyo trabajo específico consiste en proporcionar los cuidados asistenciales necesarios, para mantener y controlar una adecuada circulación de la sangre en aquellos pacientes intervenidos quirúrgicamente de lesiones cardiocirculatorias, y en los cuales es necesario sustituir la función cardíaca y/o pulmonar, así como la puesta en marcha, el mantenimiento y el control de las Técnicas de Circulación Artificial, derivadas de un procedimiento médico-quirúrgico”*.

2.3.3. Fases del proceso quirúrgico

El proceso quirúrgico consta de una serie de fases secuenciadas que recibe el nombre de periodo perioperatorio. En cada una de las fases que lo componen (preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio), los pacientes presentan unas necesidades, las cuales determinan la actuación de los profesionales que intervienen²⁵.

Las diferentes fases se detallan a continuación²⁶:

- **Preoperatorio:** es la fase que precede a la intervención quirúrgica. Abarca el espacio de tiempo comprendido desde que el paciente es informado de que su problema de salud ha de ser tratado quirúrgicamente hasta que el enfermo es trasladado al área quirúrgica. Los cuidados en esta etapa incluyen la preparación integral de tipo físico, psicológico, emocional y espiritual del paciente antes de la cirugía.
- **Intraoperatorio:** es la fase en la que tiene lugar el procedimiento quirúrgico. Una vez que el paciente ha sido recibido en la acogida, pasa al quirófano el cual debe estar preparado para su recibimiento. En este momento se inicia el acto anestésico y se procederá a realizar aquellas intervenciones, tal como la colocación en la posición quirúrgica propia de la intervención. El personal debe ir correctamente uniformado (gorro, calzas, mascarilla y ropa estéril). También se debe tener en cuenta la circulación por el quirófano, puesto que resulta de vital importancia mantener la asepsia durante todo el proceso.

- **Postoperatorio:** es la fase posterior a la intervención quirúrgica. Este periodo se puede dividir en:
 - Postoperatorio inmediato: transcurre en la Unidad de Recuperación Posanestésica (URPA), desde que el paciente sale de quirófano hasta que presenta unas condiciones estables para poder dado de alta a planta.
 - Postoperatorio a corto plazo o general: tiene lugar en una unidad de cuidados especiales y depende del estado del paciente y el tipo de intervención quirúrgica.
 - Postoperatorio a largo plazo: el paciente lo pasa fuera del hospital y finaliza una vez está recuperado de los efectos de la intervención quirúrgica.

2.4. Factores de riesgo psicosocial en los profesionales de la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2001, define la salud mental como un *“estado de bienestar que permite al individuo ser consciente de sus capacidades y afrontar las tensiones normales, trabajar productivamente y ser capaz de contribuir a su comunidad”*.

En 1984, la OMS, en conjunto con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), definió los riesgos psicosociales como *“aquellos aspectos relacionados con la organización, el contenido y la realización del trabajo, que pueden afectar al bienestar y la salud del trabajador”*.

Por otro lado, consideran los riesgos psicosociales *“como las interacciones entre trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte. Y por otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual puede influir en la salud y en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo”*²⁷.

La gran gama de factores de riesgo psicosocial que existen en la actualidad juega un papel primordial en la vulnerabilidad de la salud mental en los trabajadores de salud del sector tanto público como privado²⁸.

Los riesgos psicosociales, los cuales pueden ser extra-laborales o intra-laborales, se derivan de las deficiencias en la organización y en la gestión del trabajo y, los cuales, pueden producir resultados fisiológicos, psicológicos, físicos y sociales negativos en la salud del individuo. También pueden llegar a producir insatisfacción laboral, aumento del absentismo y un mayor número de accidentes y lesiones^{29,30}.

Las enfermedades mentales más comunes a nivel mundial son la ansiedad, depresión, esquizofrenia, entre otras. Sin embargo, existen síndromes que afectan sobre todo a los profesionales de la salud como, por ejemplo, el “síndrome de sentirse quemado” o *burnout*²⁸.

La OMS estima que los trastornos mentales están en aumento en todos los países. Incluso antes de la pandemia por COVID-19, la OMS estimaba que uno de cada seis adultos edad laboral sufría algún tipo de trastorno mental. Diversas investigaciones llevadas a cabo por la OMS indican que, durante la pandemia, la depresión y la ansiedad aumentaron más de un 23% y el 39% presentó dificultades de insomnio; poniendo, así, de manifiesto las deficiencias en la capacidad de los países para apoyar la salud mental en el trabajo. Y, sin embargo, las enfermedades mentales figuran entre las principales causas de morbilidad mundial³¹, siendo la misma de un 12%²⁸.

Los trabajadores y profesionales del sector sanitario están expuestos a numerosos riesgos para la salud física y mental. Sin embargo, estos aspectos raramente se tienen en cuenta para el establecimiento de políticas laborales, a pesar de que *“un ambiente de trabajo seguro y saludable es fundamental para el trabajo decente y un elemento crucial de la dignidad humana”*.

Así lo recoge la guía elaborada conjuntamente por la OMS y la OIT, que lleva por título: ***“Cuidando a quienes cuidan: Guía para el desarrollo e implementación de programas de salud y seguridad ocupacional para trabajadores de la salud – Caring for those who care: Guide for the development and implementation of occupational health and safety programmes for health workers).***

La citada publicación recoge los datos más actuales en materia de riesgos laborales asociados al sector sanitario y reflexiona sobre la necesaria atención que requieren estos aspectos, promoviendo entre los países a invertir mayores esfuerzos para asegurar la protección y mejorar la salud y seguridad laboral en el sector sanitario.

Así, por ejemplo, algunas de las cifras que se incluyen en la Guía muestran que entre el 17 y el 32% de los trabajadores de la salud de los países desarrollados sufren *burnout*; a nivel mundial, el 63% de personal sanitario declara haber sido víctima de alguna clase de violencia en el lugar de trabajo; entre todas las profesiones a escala mundial, los trabajadores sanitarios presentan un mayor riesgo de fallecimiento por suicidio.

Tal y como se ha mencionado anteriormente, estos problemas se han visto agravados durante el periodo de pandemia sanitaria por COVID-19, la cual ha incrementado el malestar psicológico de los profesionales de este sector³².

Por ello, en este contexto laboral, la salud mental requiere de especial atención, debido principalmente a que existen diferentes factores que limitan el desarrollo laboral de los empleados como pueden ser los horarios o la excesiva carga de trabajo. Dichos factores actúan directamente sobre el individuo y el grupo de trabajo, lo cual genera una deficiente calidad de la atención que se brinda al enfermo, teniendo un impacto negativo en la seguridad de los pacientes²⁸, puesto que es más probable que en condiciones de agotamiento y de inseguridad laboral se den más errores médicos, así como que se produzcan más bajas laborales, con el consiguiente aumento del estrés y de la sobrecarga laboral de la fuerza sanitaria restante³².

2.5. Síndrome de desgaste profesional o *Burnout*

2.5.1. Antecedentes y conceptualización

Tal y como se ha descrito anteriormente, la OMS definió, en 1984, los riesgos psicosociales como aquellos aspectos relacionados con la organización, el contenido y la realización del trabajo que pueden afectar al bienestar y la salud del trabajador.

Cuando las exigencias del trabajo no se adaptan a sus necesidades, expectativas o capacidades, se producen situaciones de riesgo, con posibles consecuencias para las personas y para la organización³³. Estos desajustes entre el profesional y su entorno se han relacionado con el *burnout* y la insatisfacción laboral³⁴.

El estudio de este síndrome se ha llevado a cabo por muchos autores, en los que a menudo se encuentran algunas diferencias a nivel conceptual.

Es Herbert Freudenberger quien describe, en 1974, por primera vez este síndrome de carácter clínico. Este médico, psiquiatra de profesión, escogió el término “*burnout*” o “estar quemado”, “consumido”, “apagado”, para señalar esta condición donde se padecen sentimientos negativos hacia el trabajo. Mencionó este síndrome tras identificar el cuadro clínico en el personal voluntario de la salud que trabajaba con toxicómanos en la Clínica Libre de Nueva York. En la nombrada entidad, identificó que estas alteraciones eran recurrentes. Así pues, lo describió como: “*una sensación de fracaso, una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencia excesiva de energía o recursos personales, que sobrepasa la fuerza espiritual del trabajador*”³⁰.

En 1976, Cristina Maslach, estudió lo que denominaba “*pérdida de responsabilidad profesional*”, y resalta que son las excesivas demandas emocionales externas e internas imposibles de satisfacer las que producen la vivencia del fracaso personal³⁵.

Brill, 1984, lo entiende como: *“un estado disfuncional relacionado con el trabajo, en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor”*. Para este investigador, el desarrollo de este síndrome puede tener lugar en cualquier trabajo y no es consecuencia de cualquier trastorno mental existente u otra alteración organizacional. Por ello, considera que lo que se deriva de estos aspectos, no se debe interpretar como *burnout*³⁵.

Dos años más tarde, en 1986, Maslach y Jackson, resaltaron tres manifestaciones relacionadas con la exposición a riesgos psicosociales en el trabajo: síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Se consideró que el síndrome de desgaste profesional se presentaba principalmente en personal que ejercía profesiones asociadas al servicio y al cuidado articulado en torno a la relación entre un proveedor y un receptor³⁶.

En 1988, Pines y Aronson, proponen una definición más amplia, no restringida a las profesiones que ofrecen ayuda, sino que, también, se pueden observar en personas que no trabajan en el sector asistencial social como, por ejemplo, en puestos directivos, política, etc. Le otorgaron la siguiente definición: *“es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones con demandas emocionales”*. Este estado estaría causado por estar implicada la persona durante largos periodos de tiempo en situaciones que le afecten emocionalmente³⁵.

Teniendo en cuenta lo expuesto, se define el concepto como:

*“Una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización”*³⁵.

2.5.2. Proceso de generación del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (SQT)

Este síndrome se desarrolla muy paulatinamente y, a veces, el propio trabajador, no es consciente de que lo padece.

Así pues, según la relación que mantenga el trabajador en su contexto laboral, se pueden destacar 5 fases³⁷:

- I. **Fase inicial o de entusiasmo:** se experimenta antes el nuevo puesto de trabajo; entusiasmo, gran energía y se dan expectativas positivas.
- II. **Fase de estancamiento:** no se cumplen las expectativas profesionales. En esta fase tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos. La persona duda acerca de su capacidad para responder satisfactoriamente a las exigencias del entorno de trabajo (se manifiesta el estrés).
- III. **Fase de frustración:** la persona se encuentra crónicamente frustrada, desmoralizada o desilusionada en su trabajo, ocasionando sentimientos de vacío. La salud puede empezar a fallar y a aparecer problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.
- IV. **Fase de apatía:** corresponde a la fase central del SQT y se caracteriza por la tendencia de la persona a paralizar y a disminuir el ritmo en sus actividades de trabajo y se agudiza la falta de interés por el mismo (afrontamiento defensivo).
- V. **Fase de quemado:** se caracteriza por el colapso emocional y cognitivo que sufre la persona afectada y las importantes repercusiones sobre la salud, el trabajo y la vida extralaboral, hasta el punto de que la persona puede verse obligada a abandonar el trabajo como consecuencia del desgaste alcanzado.

Aunque estas etapas no son consecutivas de la misma manera en todos los trabajadores, el proceso en sí es cíclico y puede repetirse en otros momentos de la vida laboral del trabajador, en el mismo o en diferentes trabajos.

2.5.3. Consecuencias del SQT para el trabajador y la organización

Clínicamente, el *burnout* es el estado al que llega el trabajador en respuesta a estresores laborales crónicos, que implica un desgaste y lleva al colapso físico e intelectual. No hay que confundirlo con estrés laboral propiamente dicho. Se considera al *burnout* como una de las posibles respuestas al impacto acumulativo del estrés laboral crónico. En la tabla 1, se muestran algunas diferencias entre el estrés y el SQT.

Así pues, podemos concluir que el presente síndrome, se manifiesta con síntomas como: apatía, irritabilidad, atención dispersa, ansiedad, trastornos del sueño y afectaciones metabólicas y gastrointestinales, entre otros.

ESTRÉS	SQT
Sobre implicación en los problemas	Falta de implicación
Hiperactividad emocional	Embotamiento emocional
Daño fisiológico	Daño emocional
Agotamiento o falta de energía física	Agotamiento que afecta a la motivación y a la energía psíquica
Depresión: reacción a preservar las energías físicas	Depresión: pérdida de ideales de referencia-tristeza
Puede tener efectos positivos en exposiciones moderadas	Efectos negativos

Tabla 1: Diferencias entre el estrés y el SQT. Fuente: Instituto Nacional de Seguridad e Salud en el Trabajo (INSST). Elaboración propia.

Según la perspectiva psicosocial, es consecuencia de la interacción dinámica entre el individuo y su entorno laboral; teniendo como origen el trabajo y no el trabajador. Este aspecto es importante para enfocar su prevención y tratamiento, identificando las fuentes de estrés y actuando sobre ellas y no dirigiendo la atención únicamente hacia el individuo³⁸.

En sanidad, trabajar con pacientes en circunstancias de ansiedad y dolor, hace que los profesionales estén expuestos a riesgos psicosociales que convierten el desempeño en no gratificante y aumentan el estrés percibido, disminuyendo, así, su rendimiento o falta total de implicación laboral^{39,40}.

En relación con el trabajo asistencial del personal de enfermería, cabe mencionar que ha sido fuente de estudio por su elevada exposición a factores de riesgo psicosocial, siendo uno de los ámbitos laborales donde se ha identificado una alta prevalencia de este síndrome, presentándose mayoritariamente en personas de 30 a 50 años que se encuentran en etapa productiva^{30,41}.

Bien es cierto, que epidemiológicamente, no existen datos precisos de prevalencia, respecto a la población general, de los colectivos de mayor riesgo. Por otro lado, no se han obtenido diferencias significativas que determinen una tendencia en relación con variables como estado civil, número de hijos, formación académica, etc³⁵.

Desde el punto de vista organizacional, las instituciones sanitarias, en muchas ocasiones, presentan una cultura resistente al cambio, en lo que respecta a las políticas de gestión de recursos humanos. Según Aiken et al.³⁵, estas organizaciones con políticas de gestión de recursos humanos inadecuadas a las necesidades asistenciales producen un descenso significativo del rendimiento profesional y aumentan el riesgo de aparición de errores en el desempeño de la actividad, incrementando la morbilidad-mortalidad y dando lugar a lo que podrían llamarse “Hospitales estresados”.

Por el contrario, existen entornos donde los trabajadores están comprometidos e identificados con su trabajo y ante cargas y factores estresantes similares, no se produce *burnout*, lo que sugiere que las reacciones frente a una determinada situación no son las mismas para todos los trabajadores, sino que están condicionadas por características propias del individuo y de la organización⁴².

En la ilustración 1, se presenta un esquema definitorio del proceso y consecuencias del SQT según el modelo “Gil-Monte, 2005”^{43,44,45}:

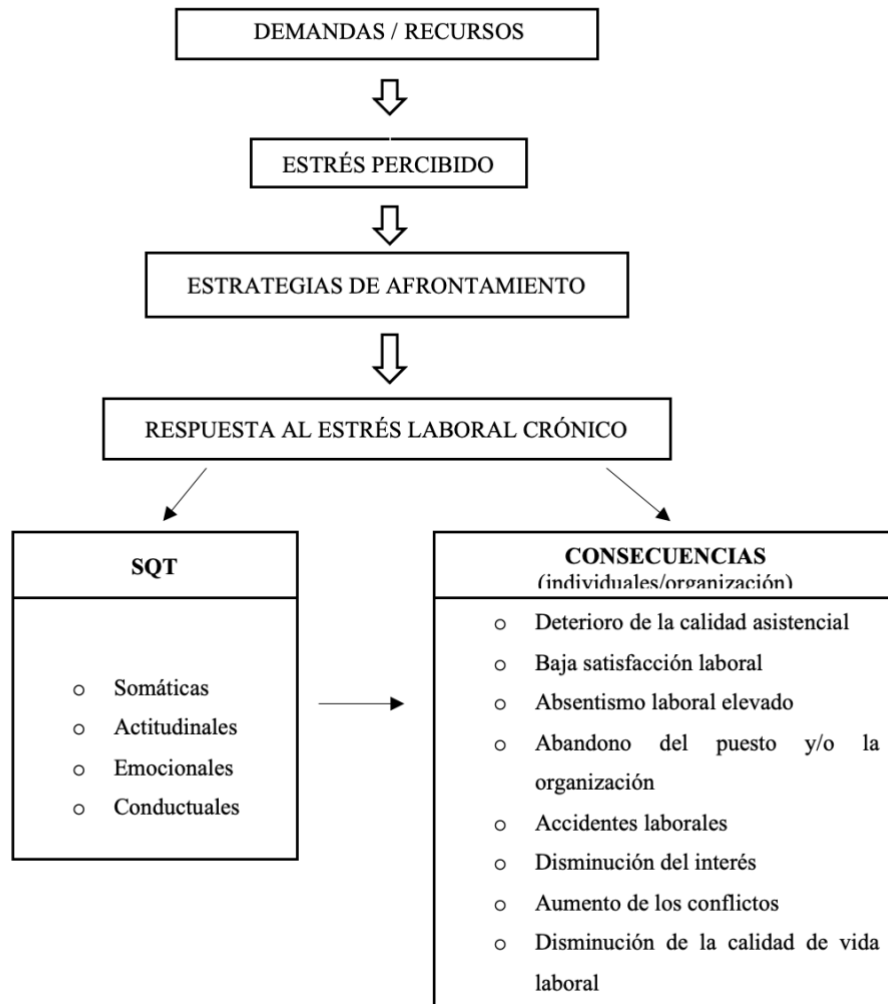


Ilustración 1: Esquema definitorio del proceso y consecuencias del SQT. Elaboración propia.

2.5.4. Evaluación del SQT

A la hora de realizar la evaluación de una persona que pueda estar padeciendo SQT, es necesario, desde una perspectiva clínica, tener presente el contexto en el que surge la patología y su proceso de desarrollo. También, hay que valorar que ocurran varios síntomas que deterioren los planos comentados anteriormente⁴⁴.

Para diferenciar y determinar la presencia de *burnout*, los objetivos de la evaluación se centran en una serie de parámetros:

- Valorar los síntomas que presenta el trabajador, así como su frecuencia e intensidad.
- Analizar el proceso de aparición.
- Determinar si, el profesional, padece alguna patología de carácter psicológico de base.
- Identificar las fuentes de estrés.

Entre los procedimientos más usados para su evaluación son:

- Cualitativos: entrevistas diagnósticas.
- Cuantitativos: para determinar el grado de incidencia de la patología.
- Uso de escalas validadas y/o cuestionarios.

El instrumento usado con mayor frecuencia para medir el SQT es el “*Maslach Burnout Inventory*” (MBI), siendo uno de los instrumentos que mayor volumen de investigación ha generado⁴⁵. Evalúa en qué grado están afectadas en el individuo las dimensiones que componen el síndrome, es decir, la existencia de sintomatología que da lugar a identificar la presencia del SQT.

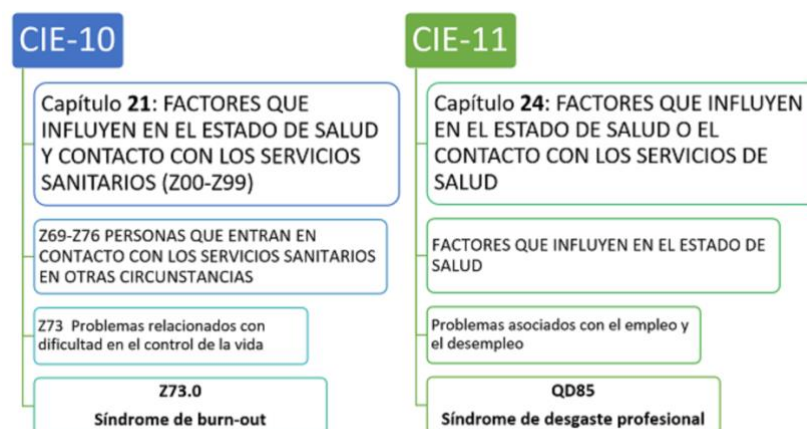
Actualmente, existen tres versiones del MBI, existiendo una adaptación de este en español⁴⁴:

- I. El *MBI-Human Services Survey* (MBI-HSS), es la versión clásica dirigido a los profesionales de la salud. Está constituido por 22 ítems que se distribuyen en tres escalas, midiendo así la frecuencia en que los profesionales perciben la baja realización personal, el agotamiento emocional y la despersonalización.
- II. El *MBI-Educators Survey* (MBI-ES), es la versión MBI-HSS para profesionales de la educación, manteniendo la misma estructura y mismo nombre de las escalas.
- III. El *MBI-General Survey* (MBI-GS) presenta un carácter más genérico, cuyo objetivo de trabajo son personas. Contiene 16 ítems y las dimensiones se denominan baja eficacia profesional, agotamiento y cinismo.

En España, se han elaborado varios instrumentos para evaluar el SQT. Cabe citar el *ACuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo* (CESQT). Este cuestionario consta de cuatro escalas que evalúan el deterioro cognitivo, emocional, actitudinal hacia el trabajo y hacia el paciente, así como, también, sentimientos de culpa⁴⁵.

Cabe mencionar, que el pasado 1 de enero de 2022 entró en vigor la última revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), tal como se anunció durante la 72ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, el pasado mayo de 2019. Hasta el momento, el *burnout* estaba incluido entre los “*problemas relacionados con la dificultad en el control de la vida*”. Sin embargo, con la nueva clasificación, el síndrome de desgaste profesional se incluye en el capítulo 24: “*Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud*”⁴⁶.

Así pues, esta nueva conceptualización, permite mejorar la identificación del síndrome, así como su prevención y tratamiento. En la ilustración 2, se muestra la clasificación anterior y la actual del síndrome de desgaste profesional.



Clasificación anterior y actual del Síndrome de Desgaste Profesional

Ilustración 2: *Clasificación anterior y actual del SQT. Fuente: INSST.*

2.5.5. Afrontamiento y estrategias de prevención del *burnout*

En términos de prevención de riesgos laborales, los riesgos psicosociales derivan de condiciones no óptimas en el desarrollo laboral. Así pues, el objetivo de prevenir que aparezcan sería, primeramente, evitar que se produzcan estos daños y, a la vez, concienciar de cómo desde la prevención se conseguirían resultados muy favorables⁴⁰. Resulta importante resaltar que el riesgo habla ya de la aparición de un daño, mientras que los factores serían los condicionantes que lo producirían.

El síndrome de *burnout* es una enfermedad multifactorial y requiere una intervención multidisciplinaria, que contemple tanto la participación del profesional afectado como de la institución⁴⁷.

En relación con el trabajador, se recomienda actuar sobre los síntomas y agentes estresantes, así como, conocer los factores sociodemográficos. Por ello, cualquier intervención se debe centrar en: autocuidado, prevención, tratamiento médico y recuperación.

También, cabe mencionar, que resulta de vital importancia que el sanitario desarrolle su capacidad para identificar, comprender y manejar sus estados emocionales. Todo ello, le permitiría abordar de una forma más integral su labor asistencial⁴⁸.

A nivel organizativo, se sugiere a las instituciones sanitarias que lleven a cabo la identificación y la evaluación de riesgos psicosociales, modificando aquellas condiciones que promueven el SQT, promover el trabajo en equipo, otorgar a los profesionales sanitarios la oportunidad de desarrollo laboral, así como aumentar su grado de autonomía y toma de decisiones.

También, se recomienda definir las competencias y responsabilidades, evitando así ambigüedades o conflictos de roles. Por otro lado, regular las demandas en lo referente a la carga de trabajo y fomentar la flexibilidad horaria. En definitiva, facilitar a los profesionales de los recursos adecuados para conseguir los objetivos de trabajo⁴⁴.

Lo anterior propone que los profesionales de Salud y Seguridad en el Trabajo (SST), principalmente del área de la psicología, evalúen el personal que trabaja en ámbito hospitalario; teniendo en cuenta los factores intralaborales y extralaborales que repercuten en la aparición del *burnout*, con la finalidad de identificar y definir adecuadas estrategias de afrontamiento para el personal afectado³⁰. Todo ello permitirá garantizar el bienestar de los trabajadores en condiciones adecuadas de trabajo para el desarrollo eficaz de sus funciones en la organización.

3.- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y ANTECEDENTES

La presente revisión bibliográfica pretende dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación: ¿La exposición a factores de riesgo psicosocial, en el ámbito profesional, puede producir la aparición del síndrome de desgaste profesional en el personal de enfermería quirúrgico? Seguidamente, se define la misma en formato PICO:

- **Población:** personal de enfermería quirúrgica
- **Intervención:** factores de riesgo psicosocial
- **Comparación:** no procede
- **Resultados (outcomes):** síndrome de desgaste profesional

Así pues, el objetivo que encamina la búsqueda bibliográfica es: conocer la evidencia científica sobre la aparición de riesgo psicosocial en el personal de enfermería quirúrgica descritas en la literatura científica.

Para desarrollar la revisión bibliográfica se consultaron las siguientes bases de datos (BBDD) por ser de interés para el estudio: Cuidatge, Cuiden, APA PsycINFO, CINAHL, PubMed y Dialnet Plus. Además, de consultar artículos e información relevante de Google Académico y la bibliografía de los propios artículos que se iban obteniendo.

A la hora de elegir las BBDD, se tuvo en cuenta la temática; el idioma, de lengua castellana e inglesa y, por último, el ámbito tanto a nivel nacional como internacional. Por ejemplo, se ha incluido Cuiden por ser una base de datos que alberga disciplinas relacionadas con el ámbito de la enfermería y se seleccionó PubMed, por ser un motor de búsqueda de libre acceso y, la cual, se considera la base de datos más importante en ciencias de la salud a nivel internacional.

Antes de realizar la búsqueda bibliográfica, se procedió a consultar el “Descriptores en Ciencias de la Salud” (DeCS) y, también, el “*Medical Subject Headings*” (MeSH), los cuales permitieron definir los descriptores para indexar los artículos científicos y otros documentos relacionados con el proyecto de investigación.

Así pues, se extrajeron los descriptores, los cuales se definen en la tabla 2, a partir de los siguientes conceptos: enfermería quirúrgica, riesgo psicosocial y síndrome de desgaste profesional. Estos términos fueron introducidos en las bases de datos seleccionadas juntamente con otros conceptos en formato libre por ser relevantes en el estudio como, por ejemplo: “evolución quirúrgica”.

CONCEPTO	Descriptor <i>Español</i>	Medical Subject Headings
Enfermería quirúrgica	Enfermería de Quirófano	<i>Operating Room Nursing</i>
Riesgo Psicosocial	Carencia Psicosocial	<i>Psychosocial Deprivation</i>
Síndrome de Desgaste Profesional	Agotamiento Profesional	<i>Burnout, Professional</i>

Tabla 2: *Términos de búsqueda. Elaboración propia.*

Por consiguiente, se utilizaron operadores booleanos cuando se consideró apropiado, generalmente “Y” o “AND”. También, se utilizó el símbolo “\$” para realizar truncamiento con las palabras.

La búsqueda de documentos se realizó desde octubre de 2022 hasta junio de 2023. Se realizó la selección de los artículos según unos criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente. En primer lugar, se realizó una primera lectura de los títulos y resúmenes y, en segundo lugar, se llevó a cabo una lectura a texto completo de aquellos artículos que resultaron relevantes para el estudio.

A la hora de seleccionar los artículos, se tuvieron en cuenta los documentos publicados durante los últimos diez años. Aunque cabe mencionar que la primera búsqueda que se llevó a cabo para seleccionar la temática se tuvo en cuenta los últimos cinco años.

En relación con el idioma, se seleccionaron artículos de lengua castellana, catalana e inglesa. Y, por último, se obtuvieron documentos de libre acceso a través de la Universidad Rovira i Virgili. En la tabla 3, que se muestra a continuación, se resume de forma detallada los criterios establecidos:

CRITERIOS DE SELECCIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Información en un rango de 10 años	Resúmenes de congresos
Acceso abierto a texto completo a través de la URV	Editoriales o artículos de opinión
Documentos en castellano, catalán e inglés	Artículos que no estén relacionados sobre el tema de investigación

Tabla 3: Criterios de inclusión y exclusión de los artículos científicos. Elaboración propia.

Tras la búsqueda bibliográfica inicial se obtuvieron un total de treinta y cinco artículos de los cuales, finalmente, se seleccionaron un total de diez artículos tras realizar una lectura exhaustiva. En el anexo 1, se describen datos detallados de los artículos seleccionados en las BBDD. Así pues, veinticinco artículos fueron descartados por no cumplir los criterios de selección establecidos previamente. En la ilustración 3, se presenta el recorrido que se ha llevado a cabo para seleccionar los diferentes artículos.

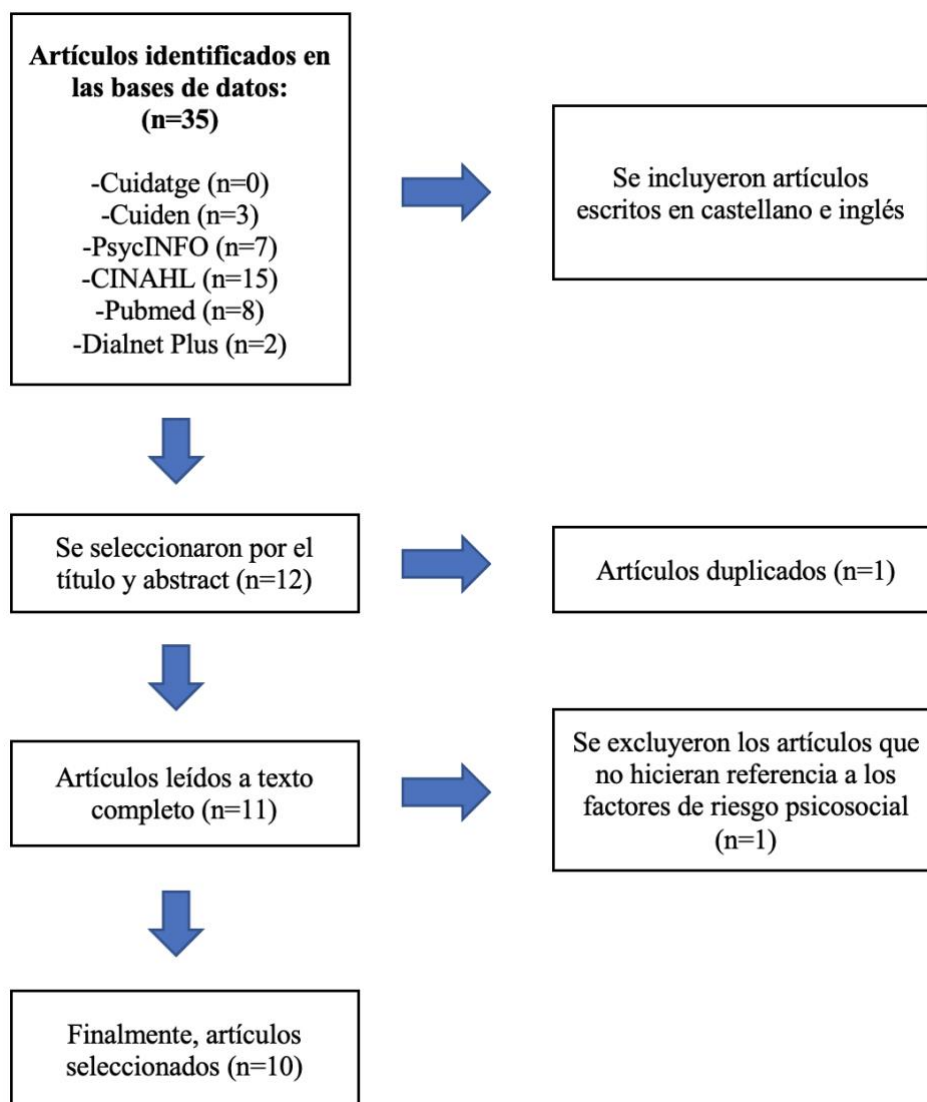


Ilustración 3: Diagrama de flujo de la revisión bibliográfica. Elaboración propia.

Para el análisis de estos se tuvieron en cuenta una serie de aspectos. En primer lugar, tal y como aparece en el gráfico 1, se define la búsqueda bibliográfica y se identifican las bases de datos que aportan más documentos y, en segundo lugar, en el gráfico 2, se especifica el año en el cual fueron publicados.

Tal y como se puede apreciar en el gráfico 1, CINAHL es la base de datos que reporta un mayor número de artículos. Este dato resulta relevante ya que permitirá ampliar la búsqueda bibliográfica en un futuro o realizar estudios con líneas de investigación similares.

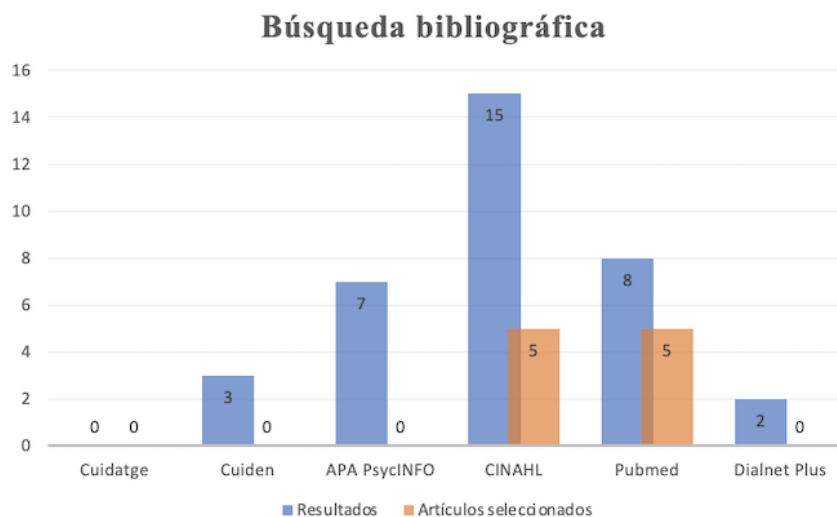


Gráfico 1: *Búsqueda Bibliográfica. Elaboración propia.*

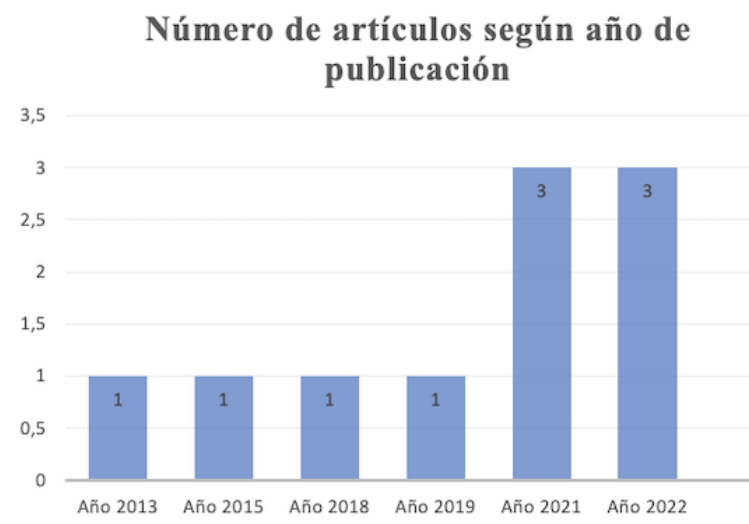


Gráfico 2: *Número de artículos según año de publicación. Elaboración propia.*

4.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS

4.1. Objetivo general

Analizar la evidencia científica sobre la aparición de factores de riesgo psicosocial en el personal de enfermería quirúrgica.

4.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores psicosociales que determinan el riesgo de padecer el síndrome de desgaste profesional en el personal de enfermería quirúrgica.
- Conocer los niveles de agotamiento profesional en personal de enfermería quirúrgica.
- Explorar posibles estrategias de prevención y control asociadas a la exposición de riesgo psicosocial.

4.3. Hipótesis

La exposición a factores de riesgo psicosocial en el ámbito profesional puede producir la aparición del síndrome de desgaste profesional en el personal de enfermería quirúrgica.

5.- METODOLOGÍA

5.1. Diseño

Se ha considerado que la metodología que mejor se adapta a la naturaleza de la hipótesis y los objetivos planteados es la cualitativa ya que busca entender el sentido de las experiencias humanas. En concreto, se plantea una investigación fenomenológica, considerándose el origen de ésta, ya que describe e interpreta un grupo social de individuos como marco de referencia. Esto resulta útil por el interés del investigador en diversas perspectivas sobre el fenómeno⁴⁹. Para Taylor y Bodgan, el investigador cualitativo pretende: “Comprender lo que la gente dice”; el complejo mundo de la experiencia desde el punto de vista de las personas que la viven⁵⁰.

La metodología cualitativa lleva consigo varias ventajas que facilitan la tarea de los investigadores ya que ayuda a realizar un análisis en profundidad, proporcionando observaciones más detalladas de los temas a estudio, al dar respuesta a las cuestiones de investigación planteadas a partir de las experiencias reales de las personas⁵¹, que adoptan la perspectiva *emic* del fenómeno a estudiar de manera integral o completa⁵². Así pues, el proceso de indagación es inductivo, con un enfoque centrado en la persona y en métodos no basados en la cuantificación estadística.

En este estudio nos interesa analizar la evidencia científica existente sobre el riesgo de aparición de factores psicosociales de índole negativa en el personal de enfermería quirúrgica, ya que el surgimiento y cronificación de dichos factores podría producir la aparición, entre otros, del síndrome de desgaste profesional en el personal que lleva a cabo su actividad laboral en un Bloque Quirúrgico. Se busca identificar los condicionantes de aparición de factores psicosociales que determinan el riesgo de padecer el síndrome de desgaste profesional y, también, examinar posibles estrategias de prevención y control asociadas a su exposición.

Para el diseño del proyecto se han sopesado el uso de diversos criterios de rigor científico en la investigación cualitativa. Primeramente, el concepto de triangulación, el cual, a partir de la combinación de múltiples prácticas metodológicas, permitirá que el estudio sea mejor comprendido y que tenga mayor rigor, profundidad y riqueza⁵³ y, en segundo lugar, la reflexividad, como habilidad humana presente en las interacciones sociales, siendo un proceso en el cual el investigador principal examina el efecto que tiene sobre el estudio y el impacto de las interacciones con los participantes⁵⁴.

Sin lugar a duda, durante el desarrollo de la investigación, el planteamiento de los objetivos, la hipótesis y el diseño metodológico, son tres elementos que plantearán dudas y reflexiones y, a partir de los cuales, posiblemente, se tendrán que tomar decisiones que pueden cambiar el rumbo del estudio y, que, serán claves para entender el resultado final del informe. De aquí su riqueza y a la vez complejidad, ya que la investigación cualitativa parte de la base en la cual existen múltiples interpretaciones sobre el fenómeno que se estudia y éste es variable en función del escenario y tiempo en el cual se trabaja⁵⁵.

5.2. Unidad de Observación (UO)

La Unidad de Observación en la cual se realizará el estudio será la *Unidad de Cirugía Sin Ingreso* (UCSI) del Parque Sanitario Pere Virgili; el cual, es un complejo hospitalario que forma parte del Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona.

El área quirúrgica está formada por la sala de adaptación, preanestesia, 6 quirófanos de diferentes especialidades, Unidad de Reanimación (REA), Sala de Curas, Sala Dental y Gabinete de Ginecología y Enfermedades Infecciosas. Las zonas del Bloque Quirúrgico en las que se centrará el proyecto serán: la sala de adaptación, preanestesia y quirófano.

5.3. Estrategia de localización

El contacto con el centro asistencial se realizará de acuerdo con la normativa de la institución en relación con los proyectos de investigación. Por un lado, se establecerá contacto con la enfermera referente en investigación del Vall d'Hebron Institut de Investigació (VHIR), a la cual se le presentará el proyecto y valorará la posibilidad de llevar a cabo el estudio. En el anexo 2 se puede consultar la carta de solicitud de permiso, en la cual queda reflejada la finalidad del estudio con una breve explicación.

De igual forma, se pedirán permisos a la Adjunta de Enfermería del Bloque Quirúrgico del Hospital Universitario Vall d'Hebron y, también, a Supervisión de Enfermería de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) del Parque Sanitario Pere Virgili. También se puede consultar la carta de solicitud de colaboración en el anexo 3.

5.4. Selección de los informantes

Los participantes se seleccionarán en base a las necesidades de información según los objetivos del estudio. La población a estudio será el personal de enfermería que forma parte del Bloque Quirúrgico. Así pues, los criterios de selección de los informantes que formarán parte del proyecto se elegirán a partir de la Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner en el ámbito clínico. Su Filosofía muestra el proceso que atraviesa la enfermera desde que se adquiere su titulación hasta que se especializan en un área determinada.

Durante este proceso, van surgiendo cambios de conducta y adquiriendo habilidades con la finalidad de que los cuidados que proporcionen sean de mejor calidad. En relación con lo anterior, Benner se basa en el “Modelo de Adquisición y Desarrollo de Habilidades y Competencias” de los hermanos Dreyfus, donde el estudiante se inicia como aprendiz y va adquiriendo habilidades y experiencia para afrontar diferentes situaciones hasta llegar al expertismo⁵⁶.

Así pues, Benner clasificó a los profesionales de enfermería en diferentes etapas: 1) principiante: la persona se enfrenta a una nueva situación; 2) principiante avanzada: tras haber adquirido experiencias se siente con mayor capacidad de plantear una situación clínica; 3) competente: posee capacidad de imitar lo que hacen los demás, reconocimiento y priorización de patrones, planificación estandarizada; 4) eficiente: implicación paciente-familia, mayor conocimiento y destrezas, evaluación integral y 5) experta: la enfermera posee un completo dominio que le permite identificar, planificar y/o cambiar el plan de cuidados⁵⁷.

Por consiguiente, los criterios de inclusión que se considerarán son:

- Enfermeras del Bloque Quirúrgico con conocimientos previos en el ámbito seleccionado para el estudio.
- Enfermeras que lleven a cabo su actividad laboral en las áreas seleccionadas para llevar a cabo el estudio descritas anteriormente (Apartado 2. Unidad de Observación).
- Enfermeras que posean un dominio del área de la investigación.

Por otro lado, los criterios de exclusión que se sopesarán son:

- Enfermería perfusionista, ya que, al tratarse de una Unidad de Cirugía Sin Ingreso, no están presentes estos profesionales en la misma.
- Todo aquello que no esté relacionado con los factores de riesgo psicosocial en el Bloque Quirúrgico.
- Profesionales que presenten un comportamiento poco adecuado y ofensivo que suponga una falta de respeto hacia los diferentes participantes.

A todos los informantes se les explicará y proporcionará una carta de presentación del proyecto, tanto en castellano como en catalán, donde se exponen los datos más relevantes del estudio, solicitando su colaboración. Del mismo modo, se les entregará el Consentimiento Informado (castellano y catalán). En dicho documento, además de quedar reflejada la finalidad del estudio, el participante autoriza al equipo de investigación a llevarlo a cabo.

Mediante la misma, los componentes del equipo investigador se comprometen a preservar el anonimato y privacidad en todo momento, asegurando que no se revelará información comprometida o aquella que el sujeto no quiera que quede reflejada en su puesto de trabajo. En el caso que en el transcurso de la investigación el sujeto quiera cesar su participación en el estudio, se precisará de la revocación del Consentimiento Informado, sin necesidad de expresión del motivo⁵⁸. Los documentos citados anteriormente se pueden consultar en los anexos 4 y 5 (carta de presentación del proyecto); 6 y 7 (Consentimiento Informado), respectivamente.

5.5. Métodos y técnicas de recogida de datos

Las técnicas que se emplearán son: la observación participante (OP) y la realización de entrevistas semi-estructuradas y de un grupo de discusión focal. En todo el proceso de recogida de datos se realizará un diario de campo, donde se anotarán las observaciones de forma completa, precisa y detallada. Diversos autores, tales como Taylor y Bodgan, describen elementos básicos sobre el cuaderno de notas de campo que pueden servir como guía en el proceso de su elaboración como: cuándo registrar, cómo registrar, qué registrar y cómo analizarlo; todo ello requiere de un trabajo previo de toma de decisiones sobre el método y técnicas a utilizar en el estudio^{59,60}.

5.5.1. Observación Participante (OP)

La observación participante es considerada como una parte principal en estudios antropológicos, especialmente en estudios etnográficos. Se caracteriza por el hecho de que la persona que observa recoge los datos en el medio natural y está en contacto con los propios sujetos observados.

Por un lado, proporciona métodos para revisar expresiones verbales y no verbales, permite determinar interacciones en el entorno social y verificar cuánto tiempo se emplea en determinadas actividades. Y, por otro lado, es una forma de incrementar la validez del estudio, mediante observaciones que pueden ayudar al investigador principal a tener una mejor comprensión del contexto y del fenómeno en estudio^{61,62}.

Así pues, esta técnica cualitativa permitirá obtener una perspectiva interna, en diferentes situaciones y de modo sistemático y no intrusivo, del riesgo psicosocial de los profesionales que trabajan en el Bloque Quirúrgico⁶³.

El rol del investigador será totalmente participante, ya que estará completamente integrado en la población de estudio por ser un miembro activo, la cual cosa le permitirá centrarse en aspectos más profundos⁶⁴. Para llevar a cabo esta técnica, se perturbará de forma mínima la actividad cotidiana de la unidad y se realizará de la forma menos invasiva posible. En el anexo 8 se pueden consultar las fases de la observación participante.

5.5.2. Grupo de discusión focal y entrevistas semi-estructuradas

El grupo de discusión focal como técnica metodológica se ocupará del estudio de lo que piensan y comparten varios individuos en un proceso de reflexión construido en un espacio común⁶⁵. El grupo de discusión posibilitará aclarar y definir si lo que se observará en relación con los factores de riesgo psicosocial en el ámbito quirúrgico corresponde a lo percibido por las enfermeras.

Se establecerá con claridad y precisión el problema, el objeto de estudio y los objetivos; se elegirán el número y tipo de participantes cuyos discursos aporten información a la investigación (expresión de sentimientos, pensamientos y hechos sobre los temas que se abordaron); se fijarán los días, horarios y el escenario de reunión y, así como, el uso de un guión estructurado, en el cual la primera parte será conocer los datos sociodemográficos de los participantes objetos a estudio y la segunda parte constará de las preguntas relacionadas con la pregunta de investigación, facilitando, así, el transcurso de la entrevista.

Por último, se hará uso de un dispositivo electrónico para recuperar los diálogos para su posterior transcripción y análisis.

Por otro lado, se considera relevante el uso de las entrevistas semi-estructuradas ya que es un instrumento capaz de adaptarse a la personalidad de cada sujeto. Para Denzin y Lincoln, la entrevista es “una conversación, es el arte de realizar preguntas y escuchar respuestas”. Este tipo de técnica facilita la recolección y el análisis sobre un tema, a través de la experiencia que poseen los sujetos⁶⁶.

De entrada, se empleará un estilo abierto, flexible y poco dirigido y se valorará realizar más intervenciones o redirigir las preguntas en caso de que surjan dificultades o no se dé respuesta a la pregunta establecida. El investigador mantendrá la atención suficiente como para introducir en las respuestas de los informantes los temas que son de interés para el estudio, relacionándolas con las categorías que van surgiendo y, también, para construir y enlazar nuevos temas y respuestas. La entrevista finalizará con el agradecimiento del investigador.

En relación con el escenario, se prevé realizar en la sala de reuniones del hospital para mantener una atmósfera relajada, sin ruidos ni interrupciones que permita la privacidad y confidencialidad. Estará dotada de sillas, refrigerios y, así como, luminosidad y ventilación adecuada. La realización del grupo focal está pensada para una hora de duración. Se intentará ajustar al tiempo pactado, pero se podría extender ya que se dedicará el tiempo suficiente, adaptándose a las demandas de los informantes.

Así pues, en los anexos 9 y 10, se pueden consultar las fases del grupo de discusión focal y el guion de las preguntas para realizar en las entrevistas semiestructuradas, respectivamente.

A priori, es difícil determinar el número exacto de los informantes. Independientemente de la muestra total de sujetos, se considerará finalizar la observación participante y las entrevistas cuando se haya llegado a la saturación de la información, es decir, el punto en el cual realizar entrevistas adicionales no aporte información nueva relevante⁶⁷.

En relación con la observación participante, no se conocerá de antemano el número de participantes. Seguidamente, para la discusión grupal, la saturación se prevé en unos doce participantes, realizando tres grupos focales. Cabe considerar las circunstancias en las que éstos se llevarán a cabo, debido a la imposibilidad de interrumpir la jornada laboral o a los diferentes acontecimientos que puedan surgir en el transcurso.

5.6. Análisis de los datos

A la hora de realizar el análisis de los datos, se tendrán en cuenta diferentes componentes.

5.6.1. Tipo de registro

Por un lado, el diario de campo es una herramienta que contiene todos los datos recogidos sobre el terreno en una investigación de campo. El investigador lo utilizará para registrar observaciones y pensamientos de forma regular y ordenada, que permitan su comprensión y posterior análisis.

Se encuentran diferentes clasificaciones según cada autor. Para el presente estudio, se tendrá en cuenta la que definen Schatzman y Straus, los cuales distinguen tres tipos de notas de campo: las metodológicas, las cuales describen el desarrollo de las actividades de la investigación y el desarrollo de la actividad del investigador en el entorno estudiado; las teóricas, dirigidas a la construcción de una interpretación teórica de la situación estudiada y, finalmente, las descriptivas, que se centran en aquellos elementos esenciales del objeto a estudio⁵⁹.

Por otro lado, en la realización de las entrevistas semi-estructuradas, el investigador realizará anotaciones de campo teniendo en cuenta tanto la comunicación verbal como la no verbal (tono, sentimientos, expresiones, faciales, entre otros), ya que pueden ofrecer información relevante que pueda contribuir a la posterior comprensión de los datos.

Se empleará un mismo guion de entrevista para la realización de los diferentes grupos focales, donde el contenido verbal quedará registrado mediante el uso de una grabadora de audio y los aspectos relacionados con la comunicación no verbal, quedarán reflejados en las notas de campo.

5.6.2. Tipo de análisis y reducción de los datos

Los datos serán analizados según las fases de análisis de la investigación cualitativa, las cuales son cuatro: fase preparatoria, fase de trabajo de campo, fase analítica y fase de interpretación. En referencia a la etapa analítica, dentro de la misma, encontramos varias etapas tales como la reducción de datos, disposición y transformación de datos, obtención de resultados y verificación de conclusiones. No siempre se establecerá una sucesión en el tiempo y podrán ocurrir de forma simultánea⁶⁸.

La transcripción del diario de campo, grupo focal y de las entrevistas semi-estructuradas se realizarán a mano. Se considera oportuno utilizar el programa ATLAS.ti para dar soporte al análisis de los datos. Es una herramienta que tiene como objetivo organizar, analizar e interpretar información en investigaciones cualitativas. Por lo tanto, nos permitirá trabajar y organizar la cantidad de información obtenida en diferentes formatos digitales.

5.7. Recursos

Los recursos que se utilizarán para llevar a cabo el proyecto son:

- **Recursos humanos:** investigadora principal, subcontratas (para llevar a cabo la revisión del proyecto) y traductor.
- **Recursos materiales:** material de oficina necesario para tomar las notas de campo, grabadora de audio, impresora / tóner, ordenador y software para el análisis de datos cualitativos (programa ATLAS.ti).
- **Recursos económicos:** se detallan en el apartado *Presupuesto*.

6.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto de investigación y los documentos éticos vinculados al mismo, entre los cuales cabe mencionar las cartas de solicitud de permiso y de colaboración y, también, el Consentimiento Informado, serán evaluados por el personal responsable del Vall d'Hebron Institut de Investigación (VHIR) y el Comité de Ética como paso previo a iniciar el estudio⁶⁹.

Los datos obtenidos a través del estudio cumplirán con los requisitos que se establecen en la legislación española en el ámbito de investigación biomédica y de protección de datos de carácter personal que se detalla a continuación⁷⁰:

- Reglamento general de Protección de Datos, Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y otra normativa aplicable.
- Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.
- Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 14/2007 de investigación biomédica.

Durante toda la realización del proyecto, desde su planteamiento hasta la difusión de los resultados, se tendrán en consideración los aspectos referentes a los principios bioéticos: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.

Puesto que el proyecto es cualitativo, no implica la utilización de tratamientos, productos farmacológicos ni pruebas diagnósticas que puedan poner en riesgo a la persona en relación con su salud. No obstante, nos pone ante el reto de respetar a la persona y recopilar la información justa y necesaria para cumplir con los nuestros objetivos, con tal de asegurar la beneficencia y la no-maleficencia de los sujetos implicados en el proyecto.

De manera que, uno de nuestros objetivos primordiales durante esta investigación es respetar la Declaración de Helsinki (1946), tratando a las personas con el máximo respeto, preservando su derecho de decisión, la protección de la salud y vida, la dignidad y la intimidad⁷¹.

Por otro lado, tener presente, en todo momento, el Código de Nuremberg (1947), destinando todos los beneficios del estudio al interés de la ciudadanía obteniendo información útil y relevante para mejorar y promover estrategias de afrontamiento a los profesionales sanitarios⁷².

Así pues, debido a que el proyecto de investigación trata con datos personales y una vez obtenidos los permisos para llevar a cabo el estudio, se procederá a la firma por parte de los informantes del documento de Consentimiento Informado, a través del cual se informará detalladamente del propósito del estudio, sobre los objetivos y métodos y, finalmente, de lo que se realizará, posteriormente, con la información obtenida.

Se les comunicará sobre la preservación de todos los datos, manteniendo el anonimato en todo momento, además de ser de carácter voluntario. Así mismo, se les notificará el derecho de consultar el informe final y la capacidad de revocar el mismo en caso de no querer seguir participando en el estudio, sin tener que dar explicaciones ni que derive en ninguna consecuencia. El investigador principal se asegurará de que los participantes comprenden debidamente toda la información otorgada.

7.-APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

Como líneas futuras de investigación, se plantea realizar un estudio más extenso que supere las limitaciones nombradas anteriormente, con un mayor tamaño muestral, e introducir diferentes profesionales involucrados en el Sistema Nacional de Salud (supervisión, directiva, etc.)⁷³.

También, se sugiere introducir las diferentes categorías que no se lleguen a analizar, ya que podrían poner de manifiesto la importancia de valorar, además, diferentes áreas de mejora sobre las cuales intervenir. Éstas constituirían herramientas útiles y complementarias a las medidas que se adopten sobre otros aspectos de carácter organizativo.

Entre las implicaciones para la práctica aplicada del estudio, cuyo eje son los factores de riesgo psicosociales de las enfermeras quirúrgicas, cabe señalar que fomentar un entorno laboral óptimo mejoraría el bienestar de los sanitarios, su satisfacción laboral, motivación y reconocimiento como parte de los equipos multidisciplinares⁷³.

Por otro lado, otorgarles de mayor autonomía, control y empoderamiento de su profesión permitiría gestionar e identificar posibles estrategias de prevención y control asociadas a la exposición de riesgo psicosocial^{74,75}. Por ello, es necesaria la implicación de todos los profesionales de salud.

8.- LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Como en cualquier otra investigación, durante el transcurso de esta se pueden producir una serie de limitaciones. En primer lugar, no se ha podido realizar una prueba piloto que nos pueda dar una visión inicial de la puesta en marcha del proyecto de investigación. La no realización de la prueba piloto, también, nos priva de disponer de datos para llevar a cabo una mejora del planteamiento del proyecto.

En segundo lugar, nos podemos llegar a encontrar con la limitación de conseguir una muestra lo suficientemente representativa como para extraer conclusiones. Por lo tanto, no se podrá obtener una mayor generalización de los resultados.

Otra limitación que nos podemos encontrar es la falta de voluntad de las personas que quieren participar en el proyecto de investigación, ya sea por la forma en la cual se recogen los datos o por la falta de confianza de compartir información para ser publicada posteriormente. Por ello, es importante plantear estrategias para el reclutamiento de participantes como buscar una persona portera que nos facilite el contacto con los mismos.

Por otro lado, el colectivo de Enfermería es uno de los grupos más afectados a raíz de los efectos de la pandemia, la cual ha provocado, en muchos casos, cansancio, percepción de poco reconocimiento y desmotivación⁷⁶. Aunque este aspecto no se estudia en el presente proyecto, podría haber influido a la hora de responder a las preguntas de la entrevista semiestructurada realizada durante el grupo de discusión.

9.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ministerio de Sanidad. Principales datos del Sistema Nacional de Salud [Infografía]. Sistema de Información del SNS: edición marzo 2021 [consultado 19 dic de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/portada/docs/DATOS_SNS_032021.pdf
- 2.- García-Sierra R, Fernández-Castro J, Martínez-Zaragoza F. Implicación de las enfermeras en su profesión. Un estudio cualitativo sobre el *engagement*. *Enferm Clin* [Internet]. 2017 [consultado 14 ene 2022]; 27(3): 153-162. Disponible en: <https://ciberindex.com/index.php/ie/article/view/e12820>
- 3.- Merino-Plaza MJ et al. Relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente. *Gac Sanit* [Internet]. 2018 [consultado 14 ene 2022]; 32(4): 352-361. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117301024?via%3Dihub>
- 4.- Galbany Estragués P, Subirana Casacuberta M, Casas Baroy JC, Ramon Aribau AR, Millán Martínez P. Projeccions de la població infermera a l'horitzó de 2030 [Internet]. Barcelona: Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya i Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya; 2022 [consultado 19 dic de 2022]. ISBN 978-84-09-44386-4. Disponible en: <https://www.consellinfermeres.cat/wp-content/uploads/Informe-Projeccions-Població-infermera-horitzó-2030-©-Setembre-2022-CCIIC-UVic-UCCpdf.pdf>
- 5.- Copanitsanou P, Fotos N, Brokalaki H. Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *British Journal of Nursing* [Internet]. 2017 [consultado 14 ene 2022]; 26(3): 172–176. Disponible en: <https://www-magonlinelibrary-com.sabidi.urv.cat/doi/full/10.12968/bjon.2017.26.3.172>
- 6.- Fernández-Castro J et al. How does emotional exhaustion influence work stress? Relationships between stressor appraisals, hedonic tone, and fatigue in nurses' daily tasks: A longitudinal cohort study. *International Journal of Nursing Studies* [Internet]. 2017 [consultado 14 ene 2022]; 75: 43-50. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002074891730144X?via%3Dihub>

- 7.- Luengo-Martínez C, Sanhueza O. Condiciones de trabajo y su relación con la calidad del cuidado y salud del profesional de enfermería. Med Segur Trab [Internet]. 2016 [consultado 14 ene 2022]; 62(245): 368:380. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v62n245/08_revision.pdf.
- 8.- Orozco-Vásquez MM, Zuluaga-Ramírez YC, Pulido-Bello G. Factores de riesgo psicosocial que afectan a los profesionales en enfermería. Revista Colombiana Enferm [Internet]. 2019 [consultado 1 diciembre 2022]; 18(1): 1-16. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6986237>
- 9.- Gómez-Gómez R. La investigación en enfermería quirúrgica: de la técnica a la humanización de la asistencia. Nure Inv [Internet]. 2019 (consultado 17 enero 2022); 16(99): 1-4. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7125324>
- 10.- Salazar Maya AM. Cirugía: un contexto diferente de cuidado. Av Enferm [Internet]. 2011 (consultado 17 enero 2022); 29(1): 55-66. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012145002011000100006
- 11.- Gómez Gómez R. La investigación en enfermería quirúrgica: de la técnica a la humanización en la asistencia. Nure Inv [Internet]. 2019 [citado 2023 Feb 5]; 16(99). Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es//OJS/index.php/nure/article/view/176>
- 12.- Fernández Narváez P, Espuñes Mestres E. Capítulo 1. La enfermería quirúrgica a través de la historia. Manual de Enfermería Quirúrgica. Volumen 1. 1ª ed. Bellaterra: Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona [Internet]. 2012 [citado 2023 Feb 5]; 17-21 Disponible en: https://publicacions.uab.cat/pdf_llibres/TRII008.pdf
- 13.- Parentini MR. Historia de la Enfermería: aspectos relevantes desde sus orígenes hasta el siglo XX [Internet]. Universidad de la República. Ediciones Trilce; 2002 [citado 2023 marzo 19]; 114. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/25913>

14.- García-García I, Gozalbes Cravioto E. Rise and development of the History of Nursing in Spain. *Enferm. glob.* [Internet]. 2013 [citado 2023 marzo 19]; 12(30): 305-314. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412013000200015&script=sci_abstract&tlng=en

15.- Amezcua M. Barberos y sangradores flebotomianos en Granada: Norma y sociedad en los siglos XVII y XVIII. Laboratorio de Antropología Cultural, Universidad de Granada. *Cultura de los Cuidados* [Internet]. 1997 [citado 2023 marzo 19];1 (1): 6. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/39438927_Barberos_y_sangradores_flebotomianos_en_Granada_norma_y_sociedad_en_los_siglos_XVII_y_XVIII

16.- Jiménez Rodríguez I. Las titulaciones quirúrgico-médicas a mediados del siglo XIX: los ministrantes. *Cul. Cuid.* [Internet]. 2012 [citado 2023 marzo 19]; 19 :16-36. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2006-n19-las-titulaciones-quirurgico-medicas-a-mediados-del-sigl>

17.- Mestre JB, Pérez EG. *Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860- 1977)*. [Internet]. Murcia: Espagrafic; 1999 [citado 2023 marzo 19]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=120277>

18.- *Enfermeras en quirófano*. [Internet] Quirófano. net. [Consultado 17 mar 2019]. Disponible en: <https://www.quirofano.net/enfermeria-quirofa-no/enfermeras-quirofano.php>

19.- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009: la cirugía segura salva vidas*. [Internet]. 2009 [citado 2023 marzo 19]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa.pdf;jsessionid=9EAC15BFB460B5EB217DB77E941CB0FA?sequence=1

20.- Phillips N. Bery & Kohn: TÉCNICAS DE QUIRÓFANO. Madrid: Elsevier España; 2004.

21.- Hamlin L, Richardson-Tench M, Davies M. Enfermería perioperatoria. Texto introductorio. España: Manual Moderno; 2009: 352.

22.- Merino C. Enfermera de Quirófano. Muchos más que una técnica. Cuidando en quirófano [Internet]. 2019 [citado 2023 marzo 19]. Disponible en: <https://www.cuidandoenquirofano.com/enfermera-de-quiroyfano-mucho-mas-que-tecnica/>

23.- Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad. Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. España: Ministerio de Ciencia e Innovación [Internet]; 2010 [citado 2023 marzo 19]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_478_Seguridad_Paciente_AIAQS_compl.pdf

24.- Fernández Vázquez A. Desconocida pero imprescindible: así es la enfermera perfusionista. Enfermeriatv [Internet]. 2019 [citado 203 marzo 19]. Disponible en: <https://enfermeriatv.es/es/desconocida-pero-imprescindible-asi-es-la-enfermeria-perfusionista/>

25.- Bellido Vallejo JC, Fernández Salazar S, Coll del Rey E, Guerra Russo RM. Construcción de un Registro de Actividad de la enfermera instrumentista. Inquietudes [Internet]. 2009 [citado 2023 marzo 19]; 41: 21-34. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/308779358_Construccion_de_un_registro_de_actividad_de_la_enfermera_instrumentista

26.- Higuera San Román BM. Funciones de Enfermería en el perioperatorio. Una revisión bibliográfica. Ocronos [Internet]. 2020 [citado 2023 marzo 19]; 3(8): 15. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-enfermeria-perioperatorio/#Preoperatorio>

27.- Gutiérrez Strauss AM, Vilorio-Doria JC. Riesgos Psicosociales y Estrés en el ambiente laboral. Salud, Barranquilla [Internet]. 2024 [citado 2023 Feb 5]; 30 (1): v-vii. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522014000100001

28.- López Malacatus AJ, Cuenca Buele AR, Bajaan Romero JA, Merino Choez KD, López Malacatus MS, Bravo Bonoso DG. Factores de riesgo psicosocial y salud mental del personal de salud en ámbito hospitalario. Cienc Lat Rev Cient Multid [Internet]. 2021 [citado 2023 Feb 5]; 5(5): 8018 – 8035. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/887>

29.- Hassard J, Cox T. Los riesgos psicosociales y el estrés en el trabajo. 2021 [citado 2023 Feb 5]. Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/themes/psychosocial-risks-and-stress>

30.- Méndez Beltrán J, Botero Carvajal A. Agotamiento profesional en el personal de enfermería y factores de riesgo psicosocial. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica [Internet]. 2019 [citado 2023 Feb 5]; 38(4): 500-511. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55964256022>

31.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Alocución de apertura del Director General de la OMS en el panel sobre salud mental en el trabajo celebrado en el marco del Foro Económico Mundial [Internet]. 2023 [citado 2023 Feb 6]. Disponible en: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mental-health-at-work-panel--world-economic-forum---18-january-2023>

32.- World Health Organization (WHO) & International Labour Organization (ILO). Caring for those who care: guide for the development and implementations of occupational health and safety programmes for health workers [Internet]. 2022 [citado 2023 Feb 6]. Disponible en: <http://www.infocoponline.es/pdf/caringOMS.pdf>

33.- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo. FPSICO. Factores psicosociales. Método de evaluación. Versión 4.1 [Internet]. 2022 [citado 2023 Feb 8]. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/fpsico-factores-psicosociales-metodo-de-evaluacion-version-4.1>

34.- Hocine MN, Bouziad KA, Légeron P, Dab W, Saporta G. How to Identify and Prioritize Psychosocial Factors Impacting Stress Level. Plos ONE [Internet]. 2016 [citado 2023 Feb 8]; 11(6): 2-11. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0157078&type=printable>

35.- Fidalgo Vega M. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (I): definición y proceso de generación. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España [Internet]. 2003 [citado 2023 Feb 9]. Disponible en: https://www.insst.es/documents/94886/326775/ntp_704.pdf

36.- Olivares Faúndez V. Chirstina Maslach, comprendiendo el burnout. Universidad de Valparaíso [Internet]. 2016 [citado 2023 Feb 8]; 1-12. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/311611859_Christina_Maslach_comprendiendo_el_burnout

37.- García-García AG, Álvarez García MB, Lira Macías LA. ÁMBITO SANITARIO: SÍNDROME DE BURNOUT. Ocronos [Internet]. 2021 [citado 2023 Feb 9]; 4(10): 219. Disponible en: <https://revistamedica.com/fases-sindrome-burnout/>

38.- Merino-Plaza MJ, Carrera-HuesoFJ, Arribas-Boscá N, Martínez-Asensi A, Vázquez-Ferreiro P, Vargas-Morales A et al. Burnout y factores de riesgo psicosocial en el personal de un hospital de larga estancia. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2018 [citado 2023 Feb 7]; 34(11): 1-18. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gcDsKvjTwjMsgfnkQL6SDyt/?lang=es>

- 39.- Privitera MR, Rosenstein AH, Plessow F, Locastro TM. Physician burnout and occupational stress: and inconvenient truth with unintended consequences. *J Hosp Adm* [Internet]. 2015 [citado 2023 Feb 8]; 4: 27-35. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/275346273_Physician_Burnout_and_Occupational_Stress_An_inconvenient_truth_with_unintended_consequences
- 40.- Jiménez Rivas S. Factores psicosociales y salud: de vida laboral a factor de riesgo. *Rev Esp Comun Salud* [Internet]. 2014 [citado 2023 Feb 7];5(2): 134-148. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5814818>
- 41.- Oyazún R. Síndrome Burnout: cansancio mental y fatiga física. *El diario de la República* [Internet]. 2016 [citado 2023 Feb 8]. Disponible en: <https://www.eldiariodelarepublica.com/nota/2016-12-9-18-25-0-sindrome-burnout-cansancio-mental-y-fatiga-fisica>
- 42.- Chirico F. Job stress models for predicting burnout syndrome: a review. *Ann Ist Super Sanità* [Internet]. 2016 [citado 2023 Feb 8]; 52(3): 443-456. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27698304/>
- 43.- Bouza E, Gil-Monte PR, Cortell-Alcocer M, Del Rosario G, González J, Gracia D et al. Síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en los médicos de España. *EIDON* [Internet]. 2020 [citado 2023 Feb 9]; 53: 91-141. Disponible en: <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/77529/140144.pdf;jsessionid=E72C63796589549DFC9B18DADBBFB088.nodo1?sequence=1>
- 44.- Fidalgo Vega M. NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (II): consecuencias, evaluación y prevención. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España [Internet]. 2003 [citado 2023 Feb 9]. Disponible en: https://www.insst.es/documents/94886/326775/ntp_705.pdf

45.- Gil-Monte PR. EL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (SÍNDROME DE BURNOUT) EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA. Revista Eletrônica InterAção Psy [Internet]. 2003 [citado 2023 Feb 9]; 1: 19-33. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/263161122_El_sindrome_de_quemarse_por_el_trabajo_sindrome_de_burnout_en_profesionales_de_enfermeria

46.- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Síndrome de desgaste profesional (burnout) como un problema relacionado con el trabajo. Ministerio de Trabajo y Economía Social [Internet]. 2022 [citado 2023 Feb 9]. Disponible en: <https://www.insst.es/el-instituto-al-dia/sindrome-de-desgaste-profesional-burnout>

47.- Rodríguez Carvajal R, De Rivas Herмосilla S. Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. Med Secur Trab [Internet]. 2011 [citado 2023 Feb 10]; 57(1): 72-88. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57s1/actualizacion4.pdf>

48.- Juárez Jiménez MV, De La Cruz Villamayor JA, Baena Bravo AJ. Estrategias en el síndrome de Burnout del personal sanitario. Med fam Andal [Internet]. 2018 [citado 2023 Feb 10]; 19(1): 81-85. Disponible en: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/10/v19n1_15_especialEstrategias.pdf

49.- Vivar CG, McQueen A, Whyte DA, Canga Armayor N. Primeros pasos en la investigación cualitativa: desarrollo de una propuesta de investigación*. Index Enferm [Internet]. 2013 [citado 2023 Ene 8]; 22(4): 22-227. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000300007

50.- Taylor SJ, Bodgan R. “La observación participante en el campo”. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados* [Internet]. Barcelona: Paidós Ibérica; 1984 [citado 2023 Ene 7]. Disponible en: https://metodos.files.wordpress.com/2011/03/taylor_3_observacionparticipante.pdf

51.- Cotán Fernández A. El sentido de la investigación cualitativa. Escuela Abierta [Internet]. 2016 [citado 2023 Ene 8]; 19: 33-48. Disponible en: https://www.ceuandalucia.es/escuelaabierta/pdf/articulos_ea19/EA19-sentido.pdf

52.- Corona-Lisboa J, Maldonado-Julio J. Investigación Cualitativa: Enfoque Emic-Etic. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas [Internet]. 2019 [citado 8 Ene 2023]; 37 (4) Disponible en: <https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/214>

53.- Moral Santaella C. Criterios de validez en la investigación cualitativa. Rev. Invest. Educ. [Internet]. 2006 [citado 2023 Ene 8]; 24(1): 147-164. Disponible en: <https://revistas.um.es/rie/article/view/97351>

54.- De la Cuesta-Benjumea C. La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa. Enferm Clin [Internet]. 2011 [citado 2023 Ene 8]; 21(3): 163-167. Disponible en: <https://dps.ua.es/es/documentos/pdf/2011/la-reflexividad.pdf>

55.- Casado Marín L, Delgado-Hito P. *Metodología qualitativa aplicada a la recerca en salut i els cuidatges*. Investigación en enfermería: Teoría i pràctica. Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Lleixà-Fortuño M i Montesó-Curto P [Internet]. 2015 [citado 2023 Ene 8]; cap. 4: 87-113. Disponible en: <http://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/book/151>

56.- Carrillo Algarra AJ, Martínez Pinto PC, Taborda Sánchez SC. Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner para la formación en enfermería. Rev Cub Enf [Internet]. 2018 [citado 2022 Dic 26]; 34 (2). Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1522/358>

57.- Carrillo Algarra AJ, García Serrano L, Cárdenas Orjuela M, Díaz Sánchez IR, Yabrudy Wilches N. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. Enferm. Glob. [Internet]. 2013 [citado 2022 Dic 26]; 12(32): 346-361. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400021&lng=es.

58.- Salomone GZ, Calderone MJ. Concepciones éticas sobre el consentimiento informado. Algunas reflexiones a partir de un estudio de campo. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires [Internet]. 2020 [citado 2023 Ene 7]; 67-71. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-007/107>

59.- Monistrol Ruano O. El trabajo de campo en investigación cualitativa (II). Nure Investigación [Internet]. 2007 [citado 2023 Ene 7]; 29. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/350/341>

60.- Taylor SJ, Bodgan R. “La observación participante en el campo”. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados* [Internet]. Barcelona: Paidós Ibérica; 1984 [citado 2023 Ene 7]. Disponible en: https://metodos.files.wordpress.com/2011/03/taylor_3_observacionparticipante.pdf

61.- Sánchez Serrano R. La observación participante como escenario y configuración de la diversidad de significados. 2017. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/j.ctt16f8cd1.7>

62.- Kawulich BB. La observación participante como método de recolección de datos. FQS. 2005; 6(2): 1-32. Disponible en: <https://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/bitstream/123456789/2715/1/La%20observación%20participante%20como%20método%20de%20recolección%20de%20datos.pdf>

63.- Tejero González JM. *Observación participante. Historias de vida y entrevista en profundidad*. Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario [Internet]. Castilla-La Mancha: Ediciones de la Universidad; 2021: 85-103. Disponible en: <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/28530/05%20TECNICAS-INVESTIGACION-WEB-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

64.- Robledo Martín J. Observación Participante: informantes claves y rol del investigador. Nure Investigación [Internet]. 2009 [citado 2023 Dic 27]; 42. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/461>

65.- Mena Manrique AM, Méndez Pineda JM. La técnica de grupo de discusión en la investigación cualitativa: aportaciones para el análisis de los procesos de interacción. Revista Iberoamericana de Educación. 2009; 49(3): 1-7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2>

66.- Vargas-Jiménez I. La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. Revista Electrónica Calidad En la Educación Superior [Internet]. 2012 [citado 2023 Dic 27]; 3(1): 119-139. Disponible en: <https://revistas.uned.ac.cr/index.php/revistacalidad/article/view/436>

67.- Ortega-Bastidas J. ¿Cómo saturamos los datos? Una propuesta analítica “desde” y “para” la investigación cualitativa. Interciencia [Internet]. 2020 [citado 2023 Ene 7]; 45(6): 293-299. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/339/33963459007/html/>

68.- Estrada González E, Miquet Herrera ME, Santamaría Machín W. Las fases de investigación cualitativa vinculadas al proceso de atención de enfermería. Rev. Méd. Electrón. [Internet]. 2009 [citado 2023 Ene 8]; 31(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v31n1/spu06109.pdf>

69.- Párraga Martínez I, Martín Álvarez R. Importancia de los Comités de Ética en la Investigación en Medicina de Familia. Aten Primaria [Internet]. 2019 [citado 2023 Ene 8]; 51(5): 263-265. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-importancia-comites-etica-investigacion-medicina-S0212656719302550>

70.- Comité de Ética de la Investigación. Documento CEI HIP CI. Instituto de Salud Carlos III. 2022 [citado 2023 marzo 16]. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/ComitesEtica/CEI/Documents/D-1%20CEI%20Contenido%20HIP_CI-%20sep%202022.pdf

71.- Cejas C. A 50 años de la Declaración de Helsinki. Rev Argent Radiol [Internet]. 2014 [citado 2023 marzo 16]; 78(1): 1-2. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-argentina-radiologia-383-pdf-S0048761914700316>

72.- Yaacov Peña F. Introducción a la Ética en Investigación: conceptos básicos y revisión de la literatura. *Revista Med* [Internet]. 2015 [citado 2023 marzo 16]; 23(2): 78-86. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/910/91044134009.pdf>

73.- Pérez-Campos MA, Sánchez-García I, Pancorbo-Hidalgo PL. Valoración del entorno de práctica profesional por enfermeras españolas que participan en foros de Internet. *Enf Clin* [Internet]. 2013 [citado 2023 Ene 8]; 23(6): 271-278. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862113001174?via%3Dihub>

74.- Porcel-Gálvez AM, Martínez-Lara C, Gil-García E, Grao-Cruces A. Construcción y validación del cuestionario G_Clinic para medir la satisfacción laboral en profesionales de enfermería de las unidades de gestión clínica. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2014 [citado 2022 Ene 29]; 88 (3): 419-428. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000300011>)

75.- McHugh MD et al. Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals. *Lancet* [Internet]. 2021 [citado 2022 Ene 29]; 397: 1905-13. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00768-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00768-9)

76.- Danet Danet A. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Med Clin* [Internet]. 2021 [citado 2023 Ene 8]; 156(9): 449-458. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-pdf-S0025775320308253>).

10.- CRONOGRAMAS

10.1. Cronograma: Diseño del Proyecto

DISEÑO DEL PROYECTO - DIAGRAMA DE GANTT (2022-2023)

TAREA	FASE 1		FASE 2			FASE 3	FASE 4			FASES 5
	Septiembre 2022	Octubre 2022	Noviembre 2022	Diciembre 2022	Enero 2023	Febrero 2023	Marzo 2023	Abril 2023	Mayo 2023	Junio 2023
Elección del tema del TFM										
Concreción del TFM										
Marco teórico										
Revisión bibliográfica										
Justificación										
Objetivos e hipótesis										
Diseño										
Metodología prevista: técnicas cualitativas										
Unidad de Observación (UO)										
Selección de participantes (población, muestra, criterios inclusión / exclusión)										
Consideraciones éticas										
Limitaciones del estudio										
Temporalización: Diagrama de Gantt										
Presupuesto										
Desarrollo										
Resultados										
Discusión										
Conclusiones										
Entrega trabajo final y defensa										
Redacción memoria										
Propuesta artículo científico										
Presentación para la defensa										
Defensa del TFM										

Tabla 4. Elaboración propia.

10.2. Cronograma: Realización del Proyecto

DESARROLLO DEL PROYECTO - DIAGRAMA DE GANTT (2023-2024)

	FASE 1		FASE 2			FASE 3		FASE 4				FASE 6
	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
Revisión bibliográfica												
Acceso al campo												
Gestión / Planificación fase metodológica												
Diseño guiones de Observación Participante (OP)/ Grupos de discusión												
Obtención de permisos												
Trabajo de campo												
Observación Participante (OP) / registro												
Selección informante/s												
Discusión grupal												
Transcripción y organización de las notas de campo												
Análisis de datos y redacción												
Difusión de los resultados												

Tabla 5. Elaboración propia.

11.- PRESUPUESTO

CONCEPTO	RECURSO	UNIDAD	AÑO 2022	AÑO 2023	AÑO 2024	IMPORTE
PERSONAL						
	Comité Ético	1	0€	500€	0€	500€
	Subcontratas(revisión)	1	0€	0€	500€	500€
	Traducción	1	0€	0€	750€	750€
	Difusión de resultados: congreso nacional e internacional (inscripción, traslado, alojamiento, manutención)	-----	0€	0€	1500€	1500€
EJECUCIÓN						
	Programa ATLAS.ti (Licencia para estudiantes – 2 años)	1	0€	75€	0€	75€
	Publicación (tasas de admisión en revista con factor de impacto alto)	1	0€	0€	1500€	1500€
	Ordenador	1	-----	-----	-----	1449€
	Impresora/tóner	1	-----	-----	-----	260€
	Material de oficina	Continuo	100€	100€	100€	300€
TOTAL						6.834€

Tabla 6. Elaboración propia.

12.- ANEXOS

Anexo 1. Resumen de los artículos seleccionados en la búsqueda bibliográfica

AÑO	BBDD	ARTÍCULO	OBJETIVO PRINCIPAL	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTOS UTILIZADOS
2013	CINAHL	Basinska BA, Wilczek-Ruzyczka E. The role of rewards and demands in burnout among surgical nurses. <i>International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health</i> [Internet]. 2013 [citado 2023 marzo 26]; 26(4): 593-604. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24057207/	Examinar el rol de las demandas y las recompensas individuales (y su ausencia) en el agotamiento entre las enfermeras quirúrgicas.	-Transversal, correlacional. -Duración: 2009-2010.	-263 enfermeras. -UO: Hospitales en el sur de Polonia.	-Cuestionarios validados: 1.- <i>Effort-Reward Imbalance Questionnaire by Siegrist</i> ; 2.- <i>Maslach Burnout Inventory</i> .
2015	CINAHL	Yildiz Findik U. Operating Room Nurses Burnout and Safety Applications. <i>International Journal of Caring Sciences</i> [Internet]. 2015 [citado 2023 marzo 26]; 8(3): 610-217. Disponible en: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/11_Findik_original_8_3.pdf	Determinar la relación entre las aplicaciones de seguridad de los empleados y el nivel de agotamiento experimentado por las enfermeras de quirófano.	-Descriptivo. -Duración: enero a abril 2014	-64 enfermeras de quirófano. -UO: 3 hospitales universitarios y 2 hospitales públicos.	-Cuestionarios validados: 1.- <i>Maslach Burnout Inventory</i> ; 2.- <i>Employee Safety Measures Form</i> . -Datos sociodemográficos.
2018	PubMed	Shi Y, Guo H, Zhang S, Xie F, Wang J, Sun Z et al. Impact of workplace incivility against new nurses on job burn-out: a cross-sectional study in China. <i>BMJ Open</i> [Internet]. 2018 [citado 2023 marzo 26]; 8: 1-9. Disponible en: https://bmjopen.bmj.com/content/8/4/e020461	Examinar el impacto de la falta de civismo en el lugar de trabajo sobre el agotamiento laboral del nuevo personal de enfermería.	-Transversal. -Duración: mayo 2016.	-696 nuevas enfermeras (<3 años de servicio) completaron cuestionarios válidos. -UO: China.	Cuestionario validado online.

AÑO	BBDD	ARTÍCULO	OBJETIVO PRINCIPAL	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTOS UTILIZADOS
2019	PubMed	James-Scotter, M., Walker, C., & Jacobs, S. (2019). An interprofessional perspective on job satisfaction in the operating room: A review of the literature. <i>Journal of Interprofessional Care</i> , 33(6), 782-794. doi: https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1593118	Explorar los factores que afectan la satisfacción laboral de los miembros del equipo de quirófano, con un enfoque específico en enfermeras, anestesiistas y cirujanos.	-Revisión bibliográfica. -Duración: enero 1997 hasta noviembre 2017.	48 estudios incluidos.	BBDD.
2021	CINAHL	Clancy GR, Gaisser DD, Wlasowicz G. COVID-19 and mental health: Self-care for nursing staff. <i>Nursing</i> [Internet]. 2020 [2023 marzo 26]; 50(9): 60-63. Disponible en: https://journals.lww.com/nursing/Citation/2020/09000/COVID_19_and_mental_health_Self_care_for_nursing.17.aspx	Este artículo aborda los posibles problemas de salud mental para los trabajadores de la salud que pueden surgir de la pandemia, así como las opciones de tratamiento y las actividades de autocuidado que promueven la recuperación.	-Revisión bibliográfica.	-----	-Literatura gris.
2021	CINAHL	Li X, Jiang T, Sun J, Shi L, Liu J. The relationship between occupational stress, job burnout and quality of life among surgical nurses in Xinjiang, China. <i>BMC Nursing</i> [Internet]. 2021 [citado 2023 marzo 26]; 20: 1-11. Disponible en: https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-021-00703-2	Analizar la relación entre el estrés laboral, el desgaste laboral y la calidad de vida.	-Cuantitativo, muestreo aleatorio por conglomerados. -Duración: mayo 2019 hasta septiembre 2019.	-488 enfermeras quirúrgicas. -UO: cinco hospitales, China.	-Cuestionarios validados: 1.- <i>Effort-Reward Imbalance questionnaire (ERI)</i> ; 2.- <i>Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS)</i> ; 3.- <i>36-item Short Form Health Survey (SF-36)</i> .

AÑO	BBDD	ARTÍCULO	OBJETIVO PRINCIPAL	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTOS UTILIZADOS
2021	CINAHL	Maamri H, Ben Ayed H, Ben Hmida M, Baklouti M, Ktata N, Yaich S et al. Burnout among health care workers during COVID-19 pandemic: prevalence and risk factors. <i>European Journal of Public Health</i> [Internet]. 2021 [citado 2023 marzo 26]; 31(3). Disponible en: https://academic.oup.com/eurpub/article/31/Supplement_3/ckab165.329/6406125	Determinar la prevalencia y los factores asociados al burnout entre los trabajadores de la salud.	-Transversal. -Duración: marzo-abril 2021.	-250 trabajadores de la salud, -UO: manejo pacientes COVID-19.	-Cuestionario validado: - <i>Maslach Burnout Inventory</i> .
2022	PubMed	Yeong Lee E, Kim K, Ko S, Song EK. Communication competence and resilience are modifiable factors for burnout of operating room nurses in South Korea. <i>Nursing</i> [Internet]. 2022 [citado 2023 marzo 26]; 21: 203. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35897026/	Determinar las relaciones del estrés laboral, la resiliencia y la competencia comunicativa con el agotamiento de las enfermeras de quirófano en Corea del Sur.	-Descriptivo, transversal. -Duración: Agosto 2020.	-146 enfermeras de quirófano. -UO: unidad de quirófano, Corea del Sur.	-Cuestionario auto informado.
2022	PubMed	Wei H, Aucoin J, Kuntapay GR, Justice A, Jones A, Zhang C et al. The prevalence of nurse burnout and its association with telomere length pre and during the COVID-19 pandemic. <i>PLoS ONE</i> [Internet]. 2022 [citado 2023 marzo 26]; 17(3): 1-14. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35294438/	Determinar la prevalencia del agotamiento entre enfermeras en entornos perioperatorios y de trabajo de parto antes y durante la pandemia de COVID-19; Examinar los efectos del agotamiento en la longitud absoluta de los telómeros.	-Transversal. -Duración: durante la pandemia, se paró la recolección de datos. Se analizaron dos grupos antes y durante la pandemia.	-75 enfermeras de quirófano. -UO: hospital US.	-Cuestionarios online: 1.- Datos sociodemográficos; 2.- <i>Maslach Burnout Inventory</i> ; 3.-Telómeros, punción de sangre en el dedo.

AÑO	BBDD	ARTÍCULO	OBJETIVO PRINCIPAL	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTOS UTILIZADOS
2022	PubMed	Li N, Zhang L, Li X, Lu Q. Moderated Role of Social Support in the Relationship between Job Strain, Burnout, and Organizational Commitment among Operating Room Nurses: A Cross-sectional Study. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> [Internet]. 2022 [citado 2023 marzo 26]; 19: 1-11. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36078526/	Analizar la relación entre la tensión laboral (determinada por la demanda y el control del trabajo) y el compromiso organizacional.	-Cuantitativo, transversal. -Duración: marzo-junio 2017.	-509 enfermeras de quirófano. -UO: 30 hospitales terciarios, Beijing.	-Basado en <i>Job Demand-Control-Support Model</i> y estudios previos. -Datos sociodemográficos. -Cuestionarios validados: 1.- <i>Chinese version of the Job Content Questionnaire</i> ; 2.- <i>Chinese version of the Maslach Burnout Inventory-General Survey</i> ; 3.- <i>Chinese version of the Affective Commitment Scale</i> .

Anexo 2. Carta de solicitud de permiso Vall d'Hebron Institut Investigación (VHIR)

Apreciado Sr. /Sra.,

Con la presente me gustaría solicitar su permiso y la de los miembros de la entidad que preside y coordina para la realización de mi Tesis Doctoral, la cual lleva el título de **Factores de riesgo psicosocial en los profesionales de enfermería de una unidad quirúrgica.**

Mi motivación como enfermera va ligada a mi desarrollo como profesional en el Área Quirúrgica. Por ello, teniendo en cuenta la exposición constante a los factores de riesgo psicosocial a los que están sometidos el personal de enfermería, he considerado de especial relevancia realizar el presente estudio. En relación con su entidad, me había puesto en contacto, anteriormente, con algunos de los miembros y profesionales colaboradores. Por ese motivo, me dirijo a usted con tal de solicitarle su participación y apoyo.

Solicito la participación de voluntarios que formen parte de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) del Parque Sanitario Pere Virgili. Su participación implica la posibilidad de realizar observación participante por parte del investigador principal y, así como, también, la realización de grupos focales y entrevistas. Los datos obtenidos podrán ser difundidos en diferentes contextos, tanto a nivel científico como académico. Por otro lado, se garantiza la explicación previa del estudio a los voluntarios, la firma de un Consentimiento Informado y la posibilidad de abandonar el estudio en cualquier momento de la investigación.

Agradezco su colaboración y quedo a su disposición para responder a todas aquellas dudas que surjan al respecto.

Atentamente,

Rosalía Marí Palau

Lugar, fecha.

Anexo 3: Carta de solicitud de colaboración: Adjunta de Enfermería del Bloque Quirúrgico del Hospital Universitario Vall d'Hebron y Supervisión de Enfermería Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI)

Apreciado Sr. /Sra.,

Con la presente me gustaría solicitar su colaboración para la realización de mi Tesis Doctoral, la cual lleva el título de **Factores de riesgo psicosocial en los profesionales de enfermería de una unidad quirúrgica.**

Conozco en primera persona la labor que se realiza como profesional quirúrgico en el Hospital Universitario Vall d'Hebron. Por ello, teniendo en cuenta la exposición constante a los factores de riesgo psicosocial a los que están sometidos el personal de enfermería, he considerado de especial relevancia realizar el presente estudio. Por ese motivo, me dirijo a ustedes con tal de solicitarles su participación y apoyo.

Solicito la participación de voluntarios que formen parte de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) del Parque Sanitario Pere Virgili. Su participación implica la posibilidad de realizar observación participante por parte del investigador principal y, así como, también, la realización de grupos focales y entrevistas. Los datos obtenidos podrán ser difundidos en diferentes contextos, tanto a nivel científico como académico. Por otro lado, se garantiza la explicación previa del estudio a los voluntarios, la firma de un Consentimiento Informado y la posibilidad de abandonar el estudio en cualquier momento de la investigación.

Agradezco su colaboración y quedo a su disposición para responder a todas aquellas dudas que surjan al respecto.

Atentamente,

Rosalía Marí Palau

Lugar, fecha.

Anexo 4: Carta de presentación del proyecto a participantes (castellano)

Apreciado Sr. / Sra.,

Con la presente me gustaría solicitar su colaboración, como miembro activo de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) del Parque Sanitario Pere Virgili, para la realización de mi Tesis Doctoral, la cual lleva el título de **Factores de riesgo psicosocial en los profesionales de enfermería de una unidad quirúrgica.**

Mi motivación como enfermera va ligada a mi desarrollo como profesional en el Área Quirúrgica. Por ello, teniendo en cuenta la exposición constante a los factores de riesgo psicosocial a los que están sometidos el personal de enfermería, he considerado de especial relevancia realizar el presente estudio. En relación con su entidad, me he puesto en contacto, anteriormente, con algunos de los miembros y profesionales colaboradores. Por ese motivo, me dirijo a usted con tal de solicitarle su participación y apoyo.

En relación con su posible participación, esta es totalmente voluntaria y se asegura, en todo momento, el anonimato y confidencialidad de sus datos. Usted podrá abandonar la investigación en cualquier momento. Si decide participar, se le observará en el desarrollo de su práctica diaria en su ámbito de trabajo y, también, se le pedirá la participación en un grupo focal, donde se le realizará una entrevista. Todas las actividades quedarán registradas mediante notas de campo y con una grabadora de audio. La duración variará en función de los informantes, donde se calcula que podría ser de una hora aproximadamente. Los resultados obtenidos podrán ser difundidos tanto a nivel científico como académico. Podrá solicitar consultar el documento previamente.

A continuación, puede consultar la hoja de solicitud del Consentimiento Informando, donde se detalla el objetivo principal del estudio.

Cordialmente,

Rosalía Marí Palau

Lugar, fecha.

Anexo 5: Carta de presentación del proyecto a participantes (catalán)

Benvolgut Sr. / Sra.,

Amb la present m'agradaria sol·licitar la seva col·laboració, com a membre actiu de la Unitat de Cirurgia Sense Ingrés (UCSI) del Parc Sanitari Pere Virgili, per a la realització de la meva Tesi Doctoral, la qual porta el títol de **Factores de riesgo psicosocial en los profesionales de enfermería de una unidad quirúrgica.**

La meva motivació com a infermera va lligada al meu desenvolupament com a professional a l'Àrea Quirúrgica. Per això, tenint en compte l'exposició constant als factors de risc psicosocial a què estan sotmesos el personal d'infermeria, he considerat especialment rellevant realitzar aquest estudi. Pel que fa a la seva entitat, m'he posat en contacte, anteriorment, amb alguns dels membres i professionals col·laboradors. Per aquest motiu, em dirigeixo a vostè per demanar-li la seva participació i suport.

En relació amb la seva possible participació, aquesta és totalment voluntària i s'assegura, en tot moment, l'anonimat i la confidencialitat de les seves dades. Vostè podrà abandonar la investigació en qualsevol moment. Si decideix participar, se l'observarà en el desenvolupament de la pràctica diària en el seu àmbit de treball i, també, se us demanarà la participació en un grup focal, on se us realitzarà una entrevista. Totes les activitats quedaran enregistrades mitjançant notes de camp i amb una gravadora d'àudio. La durada variarà segons els informants, on es calcula que podria ser d'una hora aproximadament. Els resultats obtinguts podran ser difosos tant a nivell científic com acadèmic. Podeu sol·licitar consultar el document prèviament.

A continuació, podeu consultar el full de sol·licitud del Consentiment Informat, on es detalla l'objectiu principal de l'estudi.

Cordialment,

Rosalía Marí Palau

Lloc, data.

Anexo 6: Consentimiento informado para los participantes (castellano)



D/D^a..... con DNI.....,

AUTORIZO al equipo de investigación del proyecto: **Factores de riesgo psicosocial en los profesionales de enfermería de una unidad quirúrgica**, que tiene como objetivo principal analizar la evidencia científica sobre la aparición de factores de riesgo psicosocial en el personal de enfermería quirúrgico permiso para:

- 1.- Observar y redactar la práctica diaria en su ámbito de trabajo.
- 2.- Grabación durante la discusión grupal.

Mediante esta autorización el equipo de investigación se compromete a preservar su anonimato en todo momento y no ceder la información obtenida durante la misma.

Lugar y fecha:

Firma:

*Apartado para **REVOCACIÓN**:

El que suscribe..... REVOCA su consentimiento para participar en el proyecto de investigación.

Lugar y fecha:

Firma:

Anexo 7: Consentimiento informado para los participantes (catalán)



D/D^a..... amb DNI.....,

AUTORITZO a l'equip de recerca del projecte: **Factores de riesgo psicosocial en los profesionales de enfermería de una unidad quirúrgica**, que té com a objectiu principal analitzar l'evidència científica sobre l'aparició de factors de risc psicosocial del personal d'infermeria quirúrgic permís per:

- 1.- Observar i redactar la pràctica diària al seu àmbit de treball.
- 2.- Enregistrament durant la discussió grupal.

Mitjançant aquesta autorització, l'equip de recerca es compromet a preservar el seu anonimat en tot moment i no cedir la informació obtinguda durant la mateixa.

Lloc i data:

Signatura:

*Apartat per a **REVOCACIÓ**:

El que subscriu..... **REVOCA** el seu consentiment per participar al projecte de recerca.

Lloc i data:

Signatura:

Anexo 8: Fases Observación Participante

1. Selección del entorno, dónde y cuándo. Se seleccionarán diferentes momentos, personas y situaciones a observar durante el período establecido.
2. Observación descriptiva: descripción general e inicial del Bloque Quirúrgico.
3. Observación focalizada: aspectos más relevantes.
4. Fin observación: se dará por concluida la observación cuando no aporte información adicional al estudio.

Anexo 9: Fases Grupo de discusión focal

1. Presentación del investigador principal como enfermera del Bloque Quirúrgico.
2. Se acordará turno de palabra para llevar a cabo la discusión.
3. Información introductoria. Se informará sobre que la conversación estaba siendo grabada para su redacción y análisis posterior. Se especificará que, si en un algún momento de la grabación de la entrevista sienten malestar o incomodidad, ésta será interrumpida de inmediato.
4. Presentación de los participantes.
5. Debate y preguntas. Se realizará una entrevista semi-estructurada con 9 preguntas sobre el estudio que estimulasen al debate y reflexión.
6. Agradecimiento e información final del estudio.

Anexo 10: Guion de las preguntas de la entrevista semi-estructurada

◇ **Datos sociodemográficos**

1. Edad
2. Sexo
3. Nivel de estudios (si tienen formación específica en Enfermería Quirúrgica)
4. Tipo de contrato (suplente, interino, fijo)
5. Años de experiencia

◇ **Preguntas entrevistas semi-estructurada**

1. ¿En qué cree que consiste el trabajo de enfermería en el bloque quirúrgico?

2. ¿Qué posición cree que tiene dentro del bloque quirúrgico?

- ¿Se siente respetado por el equipo y resto de servicios?

- ¿Cree que su profesión es reconocida?

3. ¿Qué entiende por factor de riesgo psicosocial?

4. ¿Ha sentido malestar y, en consecuencia, estrés o insatisfacción laboral?

- ¿Afecta a la calidad asistencial y su satisfacción con el entorno laboral?

- ¿Cuál cree que es su origen y cómo se puede mejorar la situación?

5. ¿Cuál cree que es su nivel de agotamiento profesional?