

“VALORACIÓN DE LAS SUBESCALAS DE MASLACH BURNOUT INVENTORY EN PERSONAL DE ENFERMERÍA”

“MASLACH BURNOUT INVENTORY SUBSCALES IN NURSES”

Eulalia Maldonado Charruff y Margarita Samudio¹
Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción, Paraguay”
Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud-UNA

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”²
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 29 de Julio de 2014

Aceptado: 14 de Abril de 2015

Resumen

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia del síndrome de Burnout y su relación con factores sociodemográficos y laborales en personal de enfermería del Servicio de Clínica Médica del Hospital Central del Instituto de Previsión Social (IPS) entre noviembre del 2010 a enero del 2011. Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal y para la medición del síndrome de Burnout se utilizó el *Maslach Burnout Inventory*. Participaron 106 personas con una edad media \pm DE de 31 ± 7 años. Los valores promedios \pm desvío estándar obtenidos en las distintas subescalas del MBI fueron en cansancio emocional $25,9 \pm 13,6$; despersonalización $10,8 \pm 7,4$; y realización personal $34,0 \pm 9,1$. La prevalencia del síndrome de Burnout fue del 18,9%, que estuvo asociado a mayor edad y a mayor número de pacientes que atiende. Se recomienda implementar estrategias de prevención del Burnout para un mejor desempeño del personal de enfermería del IPS.

Palabras Clave: Enfermería, Maslach Burnout Inventory (MBI), Prevalencia, Síndrome de Burnout.

¹ Correspondencia remitir a: margarita.samudio@gmail.com Margarita Samudio. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud-UNA

² Correspondencia remitir a: revistacientificaeureka@gmail.com o norma@tigo.com.py “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

Abstract

The aim of this study was to determine the prevalence of burnout syndrome and its relationship to work and socio-demographic factors in the nursing personnel of general medicine area at the Central Hospital of the Social Security Institute. A descriptive cross-sectional study was carried out using the Maslach Burnout Inventory to determine the presence of burnout. A total of 106 individuals participated in the study with a mean age \pm SD of 31 ± 7 years. The mean values \pm standard deviation for the MBI subscales were as follows: 25.9 ± 13.6 for emotional exhaustion, 10.8 ± 7.4 for depersonalization, and 34.0 ± 9.1 for personal accomplishment. The prevalence of burnout syndrome was 18.9%, which was associated with age older than 30 years and higher number of patients under their care. Implementation of burnout prevention strategies for better performance of nursing staff of IPS is recommended.

Keywords: Nursing personnel, Maslach Burnout Inventory (MBI), Prevalence, Burnout syndrome.

El síndrome de burnout conocido también como síndrome de desgaste profesional (González, Garrosa, 2001) o síndrome de quemarse por el trabajo (Gil-Monte y Peiró, 2000) fue descrito por Freudenberger (1974) y aparece cuando interaccionan el estrés con la presión laboral (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001; Grau, Suñer, García, 2005). El síndrome de burnout surge en el contexto de la salud laboral, afectando más a aquellas profesiones que requieren un contacto directo con las personas y con una “filosofía humanística”, en trabajos con un desajuste entre las demandas y los recursos, y especialmente en personas con unas expectativas idealistas que encuentran una realidad frustrante como los enfermeros, médicos, trabajadores sociales, profesores, policías (Leiter y Harvie, 1996; Edwards, Burnard, Coyle, Fothergill, Hannigan, 2000; Mingote, 1998).

La intensidad del síndrome de burnout varía entre las distintas profesiones, e incluso dentro de una misma profesión hay variabilidad según contextos sociales, culturales, económicos y políticos (Sarason, 1985).

El personal sanitario, y muy especialmente la enfermería, es particularmente vulnerable al burnout, que según algunos estudios llega hasta el 25% (Demeuroti, Bakker, Nachreiner, Schaufeli, 2000). El clásico estudio de House en las enfermeras (House, 1980) identificó como características negativas la carga de trabajo, la ambigüedad del rol a desempeñar y la baja autoestima o valoración profesional.

Según algunos autores la sociedad occidental, generadora de competitividad y materialismo, predispone al burnout (Freudenberger, 1989), otros consideran que es un problema transnacional y transcultural (Gil-Monte, 2008).

Determinados investigadores preconizan estudiar la cultura subjetiva del burnout en las diferentes poblaciones, porque consideran que los aspectos sociales, económicos y culturales son relevantes en el síndrome de burnout, tanto en su génesis como en sus repercusiones (Moreno, Garrosa, Benevides-Pereira, Gálvez, 2003).

En relación a los factores individuales relacionados al burnout se han estudiado rasgos de la personalidad (Connolly y Viswesvaran, 2000; Grau, Suñer, García, 2005; Cebrià, Segura, Corbella, Sos, Comas, García, et al, 2001), variables como la edad y el sexo (Atance; 1997, Pereda-Torales, Márquez Celedonio, Hoyos Vásquez, Yáñez Zamora; 2009) arrojan resultados contradictorios sobre su rol en la génesis del burnout.

Estas contradicciones se deben a diferencias en la composición de las muestras y tamaño muestral reducido de la mayoría de los estudios. También existe controversia sobre la influencia de los turnos y los horarios laborales, el salario, la categoría profesional y la sobrecarga laboral asistencial. Algunas áreas de trabajo muestran una mayor incidencia del síndrome, como los de urgencia, cuidados intensivos (Lee y Henderson, 1996; Turnipseed, 1998; Felton, 1998), oncología, donde el personal de enfermería se enfrenta diariamente al sufrimiento humano y frecuentemente a los pacientes terminales y a la muerte (Constantini, Solano Di Napoli, Bosco, 1997). El poco tiempo disponible por paciente y la mala calidad de las relaciones de equipo son factores estresantes crónicos del entorno laboral (Pérez Andrés, Alameda, Albéniz, 2002).

Maslach y Jackson (1986) idearon un instrumento para medir el burnout, conocido como el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) e identificaron tres aspectos: **el cansancio emocional**, definido como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga, que puede manifestarse física, psicológicamente o como una combinación, **la despersonalización** es un cambio negativo en las actitudes hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo, a los cuales se los consideran como meros números, la

despersonalización en niveles moderados sería una respuesta adaptativa para los profesionales, pero en grado excesivo, demostraría sentimientos patológicos hacia los otros, de insensibilidad y cinismo (Oliver, 1993), y **falta de realización personal**, es una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo, típicas de depresión, moral baja, incremento de la irritabilidad, evitación de las relaciones profesionales, baja productividad, incapacidad para soportar la tensión, pérdida de la motivación hacia el trabajo y baja autoestima. Las cifras de prevalencia del síndrome de burnout reportadas varían según el cuestionario utilizado. Aún utilizando el mismo cuestionario, los puntos de corte aplicados son diferentes y la interpretación de los resultados son muy variables, desde considerar caso de burnout con una sola dimensión alterada hasta requerir la alteración de las tres dimensiones (Alarcón, Vaz, Guisado, 2002; Grau, 2007; Grau y Suñer, 2008; Gil-Monte, Carretero, Roldán, Núñez, 2005).

Dado que no se dispone de suficientes estudios que aporten datos de la prevalencia de burnout en Paraguay y que el personal que trabaja en los grandes hospitales está más expuesto a padecer este proceso, el objetivo de esta investigación es determinar la prevalencia de burnout y de los valores de las tres dimensiones del MBI en el personal de enfermería, y por otra parte explorar la asociación del síndrome de burnout y del nivel alto de las dimensiones que lo integran con las características sociodemográficas y laborales de los profesionales.

Método

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal.

Fueron incluidos en el estudio al personal de enfermería: licenciadas, técnicas y auxiliares de ambos sexos de los turnos mañana, tarde y noche, franquera del servicio de clínica médica del HCIPS que acepten participar del estudio y estén presentes el día de la realización de la encuesta desde noviembre del 2010 a enero del 2011. Fueron excluidos el personal de enfermería con permiso por maternidad, en periodo vacacional, con menos de 1 año de antigüedad en el servicio y que no acepten responder a la encuesta o la devuelvan sin completar. Fueron invitados para participar del estudio 212 enfermeras/os que constituyen el total de personal de enfermería del servicio. Hubo retorno de 170 personas; de estas, 116 encuestas estaban completas. Se obtuvo la autorización del jefe del servicio de clínica médica del Hospital Central del IPS. Se realizaron reuniones de socialización de la actividad con el personal de enfermería para sensibilizar a los potenciales participantes del estudio en el servicio de clínica médica explicando claramente los objetivos del estudio.

Se empleó el instrumento Maslach Burnout Inventory y un cuestionario sobre características demográficas y laborales que incluía datos sobre la edad, sexo, estado civil y cantidad de hijos, profesión, cargo actual, situación laboral (contratado o permanente), antigüedad en el servicio y en el cargo, antigüedad en la profesión, carga horaria semanal, cantidad media de pacientes atendidos por día, desempeño de actividad laboral extra hospitalaria, remuneración adicional, turno de trabajo, carga horaria semanal. La presencia del síndrome de burnout fue establecida siguiendo las recomendaciones de las autoras del MBI; se consideró caso de burnout cuando la persona participante expresaba un alto nivel de CE y DP, y un bajo nivel de LP. Se aplicó de forma autoadministrada.

El cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) consta de 22 ítems con respuestas en una escala de Likert de 7 opciones en relación con la frecuencia con la que se experimentan ciertas sensaciones relacionadas con el trabajo y con una puntuación posible de 0 a 6 para cada ítem. El cuestionario tiene tres dimensiones: cansancio emocional (CE) con 9 ítems, despersonalización (DP) con 5 ítems, y logro personal (LP) con ocho ítems, en contraste con los dos componentes previos, en esta última dimensión los valores bajos son indicativos del síndrome de burnout (Gil-Monte y Peiró, 1999).

Para obtener la puntuación en CE se sumaron los números con los que ha valorado las preguntas 1, 2, 3, 4, 6, 8, 13, 14, 16, 20. DP se procedió de la misma forma con las preguntas 5, 10, 11, 15, 22. LP se realizó lo mismo con las preguntas 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. Para la categorización de las subescalas del MBI se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: CE (bajo <19, medio: 19-25 y alto >26); DP (bajo <7, medio 7-10, Alto >10); LP (alto <33, medio 34-39, bajo >40) (Pereda-Torales, 2009).

Aspectos éticos. Se respetaron los principios éticos en investigación de respeto a la privacidad, voluntariedad, confidencialidad, autonomía, justicia de las enfermeras que participaron. Los cuestionarios se aplicaron por separado y de forma anónima. Los resultados de este estudio servirá de base para la implantación de programas de promoción de la salud ocupacional para los profesionales de enfermería del Servicio de Clínica Médica, teniendo en cuenta que el Síndrome de burnout está relacionado con una variedad de problemas de salud en el aspecto físico, psicológico, social y espiritual comprometiendo la eficacia y eficiencia en la prestación de servicios.

Resultados

Aspectos estadísticos. Los datos obtenidos a través del cuestionario, fueron consignados en una planilla electrónica (Excel) y posteriormente analizado en un paquete Epi Info versión 3.5 en español y SPSS versión 11.5. Los resultados se han descrito mediante frecuencias y porcentajes cuando la variable era cualitativa, y con la media y desviación estándar si era cuantitativa. Para establecer posible asociaciones entre las variables se utilizaron la prueba chi cuadrada para comparar variables nominales y prueba t para comparación de medias a un nivel de significancia de 0,05.

Participaron del estudio 106 personas, de las cuales el 77,4% era del sexo femenino, la edad media (DE) fue de 31 años (6,9), el 87,7% era menor a 40 años de edad y el 67,9% era de estado civil soltero. En relación a las características laborales del personal de enfermería, el 53,8% era universitario, el 95,3% tenía cargo asistencial, la situación laboral fue de contratado en el 78,3%, el 50,9% era de turno noche, la antigüedad en el servicio fue en promedio $4,6 \pm 4,7$ años y en el cargo $4,7 \pm 5,1$ años. El número promedio de pacientes atendidos es 12 ± 4 (Tabla 1).

Tabla 1.

Características socio-demográficas y laborales del personal de enfermería del IPS. n = 106

Características	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	82	77,4
Masculino	24	22,6
Edad media (DE)		
≤30	65	61,3
>30	41	38,7
Estado civil		
Soltero	72	67,9
Casado	28	26,4
Separado/ divorciado/viudo	6	5,6
Profesión		
Licenciada	57	53,8
Auxiliar	34	32,1
Técnico	15	14,2
Cargo		
Asistencial	101	95,3
Gerencial	5	4,7
Situación laboral		
Contratado	83	78,3
Permanente	23	21,7
Turno		
Noche	54	50,9
Franquera	21	19,8
Tarde	17	16,0
Mañana	14	13,2
Antigüedad en el servicio (media± DE)		
<5 años	84	79,3
≤5 años	22	20,7
Antigüedad en el cargo (media± DE)		
<5 años	83	78,3
≤5 años	23	21,7
N° de pacientes que asiste (media± DE)		
<10	27	25,5
≥10	74	69,8
Sin datos	5	4,7

La distribución de la frecuencia de respuesta del personal de enfermería a los ítems de las subescalas cansancio emocional, despersonalización y logro personal se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2.

Distribución de la frecuencia de respuesta a los ítems de las subescalas del personal de enfermería. n= 106

Ítems por subescala	Valoración						
	0	1	2	3	4	5	6
Subescala cansancio emocional							
-Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	14	16	16	14	13	11	22
-Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	3	10	7	11	9	23	43
-Me siento fatigado al levantarme por la mañana y tengo que ir a trabajar	28	17	9	6	8	14	24
-Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	13	4	6	17	2	16	48
-Me siento "quemado" por mi trabajo	48	14	1	6	7	9	21
-Me siento frustrado en mi trabajo	59	9	5	6	4	2	21
-Creo que estoy trabajando demasiado	18	19	7	9	6	9	38
-Trabajar directamente con personas me produce estrés	34	22	5	6	3	13	23
-Me siento acabado	60	9	7	1	3	9	17
Subescala despersonalización							
-Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	77	3	0	4	4	8	10
-Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	38	10	6	10	5	14	23
-Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca – emocionalmente	36	13	7	8	5	11	26
-Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes	54	8	2	4	5	9	24
-Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas	53	10	6	4	3	13	17
Subescala logro personal							
-Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes	2	5	0	1	7	11	80
-Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	10	8	3	1	5	22	57
-Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas	16	6	5	6	6	9	58
-Me siento muy activo	7	9	4	0	4	13	69
-Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes	5	12	8	8	4	22	47
-Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes	6	12	4	7	7	28	42
-He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	4	8	5	2	2	18	67
-En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	5	6	9	5	6	10	65

0= nunca; 1= algunas veces al año o menos; 2=algunas veces al mes o menos; 3=unas pocas veces al mes o menos; 4=algunas veces a la semana; 5= unas pocas veces a la semana o menos; 6= diariamente

Los valores obtenidos en las distintas subescalas del MBI fueron en promedio \pm desvío estándar de $25,9 \pm 13,6$ en la subescala de cansancio emocional; de $10,75 \pm 7,35$ en la de despersonalización; y de $33,98 \pm 9,1$ en la de logro personal. No hubo diferencia significativa entre los dos sexos (Tabla 3).

Tabla 3.

Medidas de tendencia central, posición y dispersión de las puntuaciones de las subescalas de MBI del personal de enfermería. n= 106

	Valores		Percentiles						
	Media \pm DE	Mínimo – Máximo	5	10	25	50	75	90	95
Femenino	26,3 \pm 13,5	4 – 54	6,1	9,3	14,0	26,0	35,2	48,7	52,0
Masculino	24,3 \pm 13,9	1 – 53	2,5	8,0	12,7	23,0	33,5	49,5	52,2
Despersonalización									
General	10,7 \pm 7,3	0 – 29	0,35	2,0	6,0	10,0	16,0	21,6	24,6
Femenino	11,0 \pm 7,4	1 – 27	0,0	2,0	6,0	11,0	16,2	22,4	24,8
Masculino	9,7 \pm 7,1	1 – 27	1,0	1,0	5,0	8,5	12,7	21,5	26,0
Logro personal									
General	33,9 \pm 9,1	7 – 42	13,0	16,4	29,0	35,5	41,0	42,0	42,0
Femenino	33,4 \pm 8,9	7 – 42	13,1	17,6	28,7	36,0	41,0	42,0	42,0
Masculino	32,4 \pm 9,7	11 – 42	11,0	12,5	30,0	34,5	40,5	41,5	42,0
Cansancio emocional									
General	25,9 \pm 13,6	1-54	6,3	9,0	14,0	25,5	34,2	49,0	52,0

El valor promedio de cansancio emocional fue significativamente mayor en los que tenían más de 30 años de edad ($31,1 \pm 14,6$ vs $22,6 \pm 11,9$). En forma similar los valores promedios de despersonalización ($13,5 \pm 8,5$ vs $9,0 \pm$

$5,9$). En logro personal los valores obtenidos por los mayores de 30 años de edad fueron significativamente menores que los de 30 años y menos ($30,7 \pm 10,6$ vs $34,8 \pm 7,7$) (Tabla 4).

Tabla 4.

Comparación entre grupo etario de las puntuaciones de las subescalas de MBI del personal de enfermería. n= 106

Subescalas MBI	Grupo etario	n	Media \pm DE	IC95%	V. mín. - V. máx.	Valor p
Cansancio emocional	≤ 30 años	65	22,6 \pm 11,9	19,6 - 25,5	1-50	0,001
	> 30 años	41	31,1 \pm 14,6	26,5 - 35,7	4-54	
Despersonalización	≤ 30 años	65	9,0 \pm 5,9	7,6 - 10,5	0-27	0,002
	> 30 años	41	13,5 \pm 8,5	10,8 - 16,1	0-29	
Logro personal	≤ 30 años	65	34,8 \pm 7,7	32,9 - 36,7	11-42	0,024
	> 30 años	41	30,7 \pm 10,6	27,4 - 34,1	7-42	

Se observaron correlaciones significativas entre las tres subescalas del MBI en el personal de enfermería. La correlación entre CE y DP fue muy buena ($r=0,627$) y directa; entre CE y LP buena e inversa ($r=-0,309$), entre DP y LP fue muy buena e inversa ($r=-0,526$) (Figura 1 y Tabla 5).

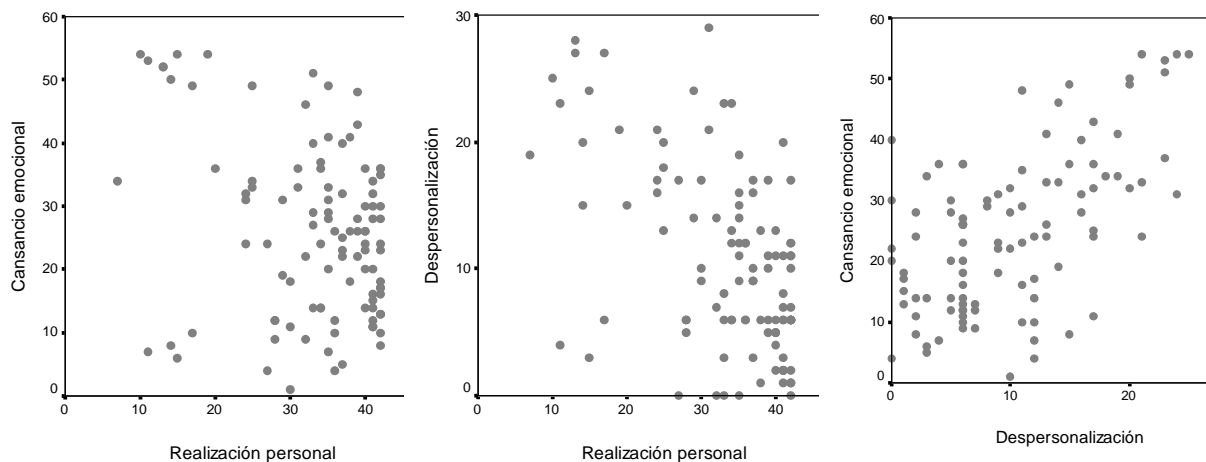


Figura 1. Asociación entre las valoraciones de las tres subescalas del MBI en el personal de enfermería. $n=106$

Tabla 5.

Correlación entre las tres subescalas del MBI en el personal de enfermería. $n=106$

	AE	DP	LP
CE	r de Pearson	0,627	-0,309
	Valor p	<0,001	0,001
DP	r de Pearson	0,627	-0,526
	Valor p	<0,001	<0,001
LP	r de Pearson	-0,309	-0,526
	Valor p	0,001	<0,001

CE: cansancio emocional; DP: despersonalización; LP: logro personal

Se observaron correlaciones significativas entre la edad y las tres subescalas del MBI en el personal de enfermería. La correlación entre la edad y AE fue buena ($r=0,342$) y directa; entre la edad y DP fue buena y directa ($r=0,407$),

y entre la edad y LP fue buena e inversa ($r=-0,380$) (Figura 2 y Tabla 6). La antigüedad tanto en el servicio como en el cargo estuvo correlacionada con CE y DP pero no con LP (Tabla 7). El 45,3% presentó CE alto; 47,2% D elevado y el 37,7% bajo logro personal (Figura 3).

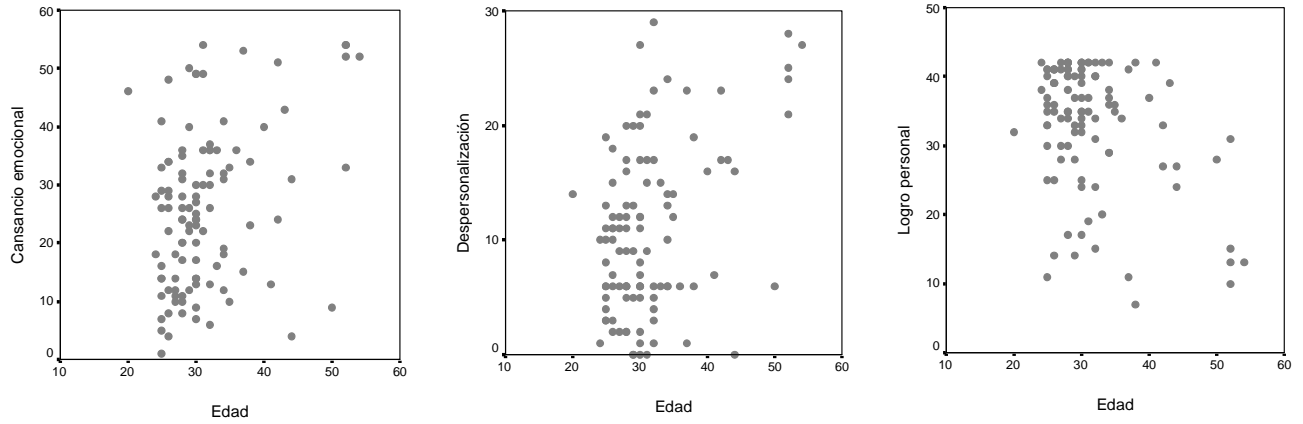


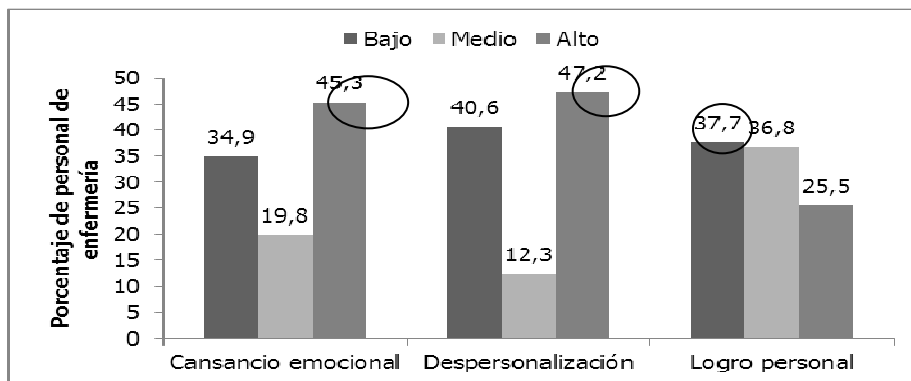
Figura 2. Asociación de las valoraciones de las tres subescalas del MBI con la edad en el personal de enfermería. n=106

Tabla 6.

Correlación entre la edad y antigüedad con las tres subescalas del MBI en el personal de enfermería. n=106

		Edad	CE	DP	LP	Ant. servicio	Ant. Cargo
Edad	r de Pearson		0,34	0,4	-0,38	0,7	0,66
	Valor p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ant. servicio	r de Pearson	0,7	0,3	0,3	-0,16		0,8
	Valor p	<0,001	0,001	0,002	0,1		<0,001
Ant. Cargo	r de Pearson	0,66	0,29	0,319	-0,18	0,8	
	Valor p	<0,001	0,002	0,001	0,06	<0,001	

CE: cansancio emocional; DP: despersonalización; LP: logro personal; **Ant.:** antigüedad



CE: bajo <19; medio 19-26; Alto >26; DP: bajo <7; medio 7-10; Alto >10; LP: bajo = <34; medio = 34-39; Alto >40

Figura 3. Comparación de las frecuencias de la valoración por subescala de MBI en el personal del área de enfermería. n=106

La categorización de la subescala agotamiento emocional estuvo asociado significativamente a la categorización de la subescala despersonalización en el personal de enfermería, el 68,8% de los participantes que tuvieron AE alto también tuvieron DP alto. En forma similar, la

categorización de la subescala agotamiento emocional estuvo asociada significativamente a la categorización de la subescala logro personal en el personal de enfermería, ya que el 47,9% de los participantes que tuvieron AE alto tuvieron LP bajo (Tabla 7).

Tabla 7.

Asociación entre la categorización de la subescala agotamiento emocional con despersonalización y logro personal del MBI en el personal de enfermería. n= 106

CE	DP*			LP*		
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
Bajo	23 (62,2)	5 (13,5)	9 (24,3)	13 (35,1)	9 (24,3)	15 (40,5)
Medio	10 (47,6)	3 (14,3)	8 (38,1)	4 (19,0)	14 (66,7)	3 (14,3)
Alto	10 (20,8)	5 (10,4)	33 (68,8)	23 (47,9)	16 (33,3)	9 (18,8)
Total	43	13	50	40	39	27

CE: cansancio emocional; DP: despersonalización. *Valor p=0,001

La categorización de la subescala despersonalización estuvo asociado significativamente a la categorización de la subescala logro personal en el personal de enfermería, el 50% de los tuvieron DP alto tuvieron LP bajo (Tabla 8).

Tabla 8.

Asociación entre la subescala agotamiento emocional y despersonalización del MBI en el personal de enfermería. n= 106

DP	LP			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Bajo	11 (25,6)	16 (37,2)	16 (37,2)	43
Medio	4 (30,8)	5 (38,5)	4 (30,8)	13
Alto	25 (50,0)	18 (36,0)	7 (14,0)	50
Total	40	39	27	106

DP: despersonalización; LP: logro personal. Prueba de chi-cuadrado (valor p = 0,063)

En relación a los factores asociados a las subescalas del MBI, se observó se asociaron significativamente a la subescala CE, solamente la edad mayor a 30 años y el número mayor de 10 pacientes que atiende el personal de enfermería. No se encontraron asociaciones entre las

características demográficas y laborales y la subescala despersonalización del MBI en el personal de enfermería. Los encuestados que trabajaban en el turno de fin de semana y de noche tuvieron significativamente menor logro personal (Tabla 9).

Tabla 9. Asociación entre las características demográficas y laborales y las subescalas del MBI en el personal de enfermería. n= 106

C. demográficas y laborales	CE			DP			LP		
	B	M	A	B	M	A	B	M	A
Sexo									
F	31,7	22,0	46,3	40,2	8,5	51,2	36,6	37,8	25,6
M	45,8	12,5	41,7	41,7	25,0	33,3	41,7	33,3	25,0
Grupo etario									
≤30	41,6	24,6	33,8	44,6	15,4	40,0	32,3	38,5	29,2
>30	24,4	12,2	63,4^a	34,1	7,3	58,5	46,3	34,1	19,5
Estado civil									
Casado	32,1	32,1	35,7	53,6	17,9	28,6	25,0	39,3	35,7
Solt/separado/viudo	35,9	15,4	48,7	35,9	10,3	53,8	42,3	35,9	21,8
Profesión									
Auxiliar	50,0	14,7	35,3	32,4	17,6	50,0	35,3	41,2	23,5
Lic	28,1	24,6	47,4	43,9	8,8	47,4	40,4	36,8	22,8
Técnico	26,7	13,3	60,0	46,7	13,3	40,0	33,3	26,7	40,0
Cargo									
Asistencial	36,6	19,8	43,6	40,6	12,9	46,5	37,6	35,6	26,7
Gerencial	0	20,0	80,0	40,0	0	60,0	40,0	60,0	0
Situación laboral									
Contratado	39,8	20,5	39,8	41,0	14,5	44,6	36,1	36,1	27,7
Permanente	17,4	17,4	65,2	39,1	14,5	56,5	43,5	39,1	17,4
Turno									
Fin de semana	38,1	14,3	47,6	33,3	23,8	42,9	47,6	19,0	33,3
Noche	28,6	7,1	64,3	35,7	7,1	57,1	44,4	29,6	25,9
Mañana	31,5	24,1	44,4	40,7	9,3	50,0	21,4	57,1	21,4
Tarde	47,1	23,5	29,4	52,9	11,8	35,3	17,6	64,7	17,6^c
Antig. en el servicio									
<5	38,4	20,9	40,7	39,5	14,0	46,5	37,2	36,0	26,7
≥5	20,0	15,0	65,0	45,0	5,0	50,0	40,0	40,0	20,0
Antig. en el cargo									
<5	39,6	20,5	39,8	43,4	13,3	43,4	36,1	36,1	27,7
≥5	17,4	17,4	65,2	30,4	8,7	60,9	43,5	39,1	17,4
Otro trabajo									
Si	26,2	21,5	52,3	43,9	14,6	41,5	26,8	39,0	34,1
No	48,8	17,1	34,1	38,5	10,8	50,8	44,6	35,4	20,0
N° promedio de pacientes									
<10	55,6	18,5	25,9	44,4	22,2	33,3	25,9	40,7	33,3
≥10	29,7	20,3	43,6^b	39,2	9,5	51,4	41,9	33,8	26,7

Los resultados se presentan en %. ^aValor p = 0,012, ^b Valor p = 0,044, ^c Valor p = 0,048

CE: cansancio emocional; DP: despersonalización, LG: logro personal. B= bajo; M= moderado; A= alto

La frecuencia de burnout definida por alto grado de AE y DP y bajo nivel de LP fue de 18,9%. La presencia de burnout estuvo significativamente asociada a la edad mayor a 30 años, también a la antigüedad en el cargo y al número de

pacientes que atiende. A pesar de no ser significativa aquellas personas que tenían otro trabajo presentaron mayor frecuencia en comparación a los que tenían un solo empleo (Tabla 10).

Tabla 10.

Asociación entre las características demográficas y laborales con la presencia de burnout en el personal de enfermería. n= 106

Características demográficas y laborales	Presencia de burnout	Valor p
Sexo		0,554
F	17/82 (20,7)	
M	3/24 (12,5)	
Grupo etario		0,001
20-30	6/65 (9,2)	
31-54	14/41 (34,1)	
Estado civil		0,160
Casado	15/72 (20,8)	
Soltero	3/28 (10,7)	
Divorciado/ viudo/ separado	2/6 (33,3)	
Profesión		0,218
Auxiliar	14/57 (24,6)	
Lic	5/34 (14,7)	
Técnico	1/15 (6,7)	
Situación laboral		0,134
Contratado	7/23 (30,4)	
Permanente	13/83 (15,7)	
Antigüedad en el servicio (años)		0,03
<5	13/84 (15,5)	
5-10	2/12 (16,7)	
>10	5/10 (50)	
Antigüedad en el cargo (años)		0,006
<5	12/83 (14,5)	
5-10	4/17 (23,5)	
>10	4/6 (66,7)	
Turno		0,365
Noche	13/54 (24,1)	
Mañana	3/14 (21,4)	
Fin de semana	3/21 (14,3)	
Tarde	1/17 (5,9)	
Tiene otro trabajo		0,057
Si	16/65 (24,6)	
No	4/41 (9,8)	
N° promedio de pacientes que atiende		0,026
<10	0/27 (0)	
10-14	14/58 (25,0)	
15 y más	4/14 (22,2)	

Discusión

El síndrome de burnout ha adquirido especial importancia por las repercusiones que tiene en el ámbito laboral y personal. La salud laboral del personal sanitario incide tanto en la calidad prestada como en su formación. La enfermería es una profesión eminentemente vocacional y de prestación de cuidados, tiene elevados niveles de responsabilidad, exigencia social y relaciones interpersonales, lo que hacen a este grupo de profesionales, más vulnerables al estrés laboral. La combinación de largos periodos de dedicación al trabajo con el sufrimiento del paciente, ser el intermediario entre el paciente, familiares, médicos, soportar críticas y exigencias de ambos lados, la devaluada imagen y el poco reconocimiento social de la profesión, las dificultades organizativas, entre otras cosas favorecen la aparición del síndrome de burnout.

En el presente estudio se determinó la presencia del burnout y sus tres subescalas cansancio emocional, despersonalización y logro personal en 106 personas del área de enfermería del Servicio de Clínica Médica del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, utilizándose el cuestionario más utilizado para la evaluación del burnout, *Maslach Burnout Inventory* (MBI). A pesar de que las comparaciones de nuestros resultados de prevalencia con otros estudios tiene sus limitaciones, debido a que los diferentes estudios utilizan diferentes puntos de corte para establecer los niveles alto, medio y bajo del MBI (Olivar, González, Martínez, 1999; Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Call, Domínguez, 2004; Esteva, Larraz y Jiménez, 2006), nuestros resultados se encuentran dentro de los rangos publicados.

En esta serie, los valores obtenidos en las distintas subescalas del MBI fueron en promedio \pm desvío estándar de $25,9 \pm 13,6$ en la subescala de cansancio emocional; de $10,8 \pm 7,4$ en la de despersonalización; y de $34,0 \pm 9,1$ en la de logro personal. Las medias de los 20 estudios realizados en España con profesionales sanitarios fueron de 18,6 a 29 para cansancio emocional, de 6,4 a 10,8 para DP y de 28 a 40,6 para LP, por lo tanto nuestros resultados fueron similares al promedio de las medias de todos ellos, que fueron en DP (8,4) y LP (35,8), aunque ligeramente mayor al 23 reportado por algunos estudios en CE (Atance, 1997, Olivar, 1993, Albaladejo, 1994, Esteva, 2006). En nuestra serie se observaron muy buenas correlaciones entre las tres subescalas del MBI.

En esta serie, la frecuencia de personal de enfermería afectado por niveles altos de cada una de las subescalas del MBI fueron 34,9% para el CE; 31,7% para la DP y de 37,7% para la falta de RP. Estas frecuencias son relativamente altas, considerando que las primeras consecuencias observables del cansancio emocional son una progresiva erosión física, como cansancio acumulado, falta de recuperación de la energía corporal y alteraciones del sueño. Estas manifestaciones están directamente relacionadas con la sobrecarga de trabajo y la presión de tiempo, es decir, con un alto grado de malestar crónico. El CE es la primera escala que mide el MBI, aunque estas percepciones relacionadas con el malestar crónico todavía no son un *burnout* establecido, son su puerta de entrada. El CE está presente en mayor o menor medida en uno de cada dos profesionales en casi todas las series recientes.

Si bien es cierto que hay una variabilidad personal, es decir, hay personas más vulnerables que otras por sus características personales, esta dimensión está muy relacionada con factores externos como los laborales, organizacionales y, sobre todo, sociales. El CE crónico pone a prueba la capacidad de adaptación de cada individuo expuesto. La mala gestión del CE genera en muchas ocasiones distorsiones en la manera de percibir amenazas y agravios. La consecuencia es la elaboración de estrategias disfuncionales de protección, como el distanciamiento emocional en detrimento de la relación personal de salud-paciente, el cinismo o la total falta de implicación laboral que, una vez instalados, definirían la segunda escala del MBI, la DP. Es posible que este conjunto de síntomas alrededor de las actitudes de DP marque el inicio de un viaje sin retorno que es el síndrome de desgaste profesional y adquiere su máxima profundidad, por agotamiento de los últimos recursos, cuando llega a la claudicación de la persona afectada (Cebrià-Andreu, 2005).

Se han publicado resultados contradictorios respecto a la asociación de las puntuaciones de las tres subescalas del MBI con las principales variables sociodemográficas, como el sexo, la edad y el estado civil (Ortega y López, 2004; Ramos y Buendía, 2001). El trabajo realizado en España con 1021 médicos ha encontrado que las mujeres presentaron valores superiores en la dimensión AE y inferiores en LP, con un porcentaje global de burnout mayor que los hombres, pero con menores niveles de despersonalización. Este hecho puede estar relacionado con su situación en los países de habla hispana, con mayores exigencias domésticas y menor reconocimiento laboral y social.

La frecuencia del síndrome de burnout en este estudio fue de 18,9%. Algunos estudios reportan cifras muy elevadas de la prevalencia del síndrome de burnout, así en México entre el personal médico van desde el 42,3% y 44% hasta 50% siendo el cansancio emocional es el más afectado. En Colombia la prevalencia de burnout en enfermería fue del 1,9% (Tuesca, Iguarán, Suárez, Vargas, Vergara, 2006) y en México del 6,8% (Palmer, Prince, Searcy, Compean, 2007) o del 2% (Aranda, Pando, Torres, Salazar, Franco, 2005) con el criterio de alteración en las tres dimensiones. En Argentina, un estudio con enfermeras expone valores medios de AE similares a los de enfermería de nuestro estudio, con peor DP y mejor valoración en LP (Albanesi, Morales); y en un estudio con pediatras argentinos se obtuvieron valores similares en CE (24,4) y DP (8,2), y más bajos en RP (33,2) (Marucco, Gil-Monte, Flamenco, 2008).

El estudio de Grau et al. (2005) identificó importantes diferencias en la prevalencia de burnout y en las puntuaciones de las tres dimensiones del MBI según el país de residencia, ya que Argentina y España expresaron mayores niveles de síndrome de burnout que el resto de los países de habla hispana. Según los autores, una posible explicación de estas diferencias se encontraría en la situación social y económica que rodea al profesional sanitario. Así, los países con menor desarrollo económico según el producto interior bruto, con menor acceso a la sanidad, mayor tasa de mortalidad infantil y menor esperanza de vida, presentaron prevalencias inferiores de burnout respecto a los países con más desarrollo económico y sanitario (Buchanan y Smith, 1999), y mayor sensibilización de los derechos laborales.

Las diferencias transnacionales apoyan la influencia del contexto social en la génesis del burnout como modulador de la situación laboral y personal en que se halla inmerso el trabajador. Así, condiciones laborales y personales que podrían considerarse más duras pueden ser percibidas como menos estresantes en los países con unos niveles de bienestar inferiores y, en todo caso, manifestarse por trastornos físicos y mentales diferentes al burnout, al ser atribuidos al contexto macrosocial más que al laboral. La relación con los usuarios también es diferente, ya que los miembros de las sociedades con menor bienestar y protección social suelen tener menos expectativas y ser menos demandantes. Sin embargo, los autores concluyeron que el diseño del estudio no permitió profundizar en las características de las diferencias transnacionales y su influencia sobre el burnout, siendo necesarias más investigaciones sociales y antropológicas.

El trabajo de Grau *et al* (2005) encontró como factores de riesgo el estado civil, los trabajadores casados presentaban un riesgo mayor para presentar alteraciones en cada una de las escalas que valora el burnout, lo que no sucede con los trabajadores que no tienen pareja. Sin embargo, otros estudios arrojan datos contradictorios al respecto, ya que señalan que los solteros tienen mayor posibilidad de presentar desgaste emocional. Nuestro estudio no encontró asociación con el estado civil. Al igual que otros estudios, en esta investigación se encontró un mayor nivel de burnout en profesionales con mayor edad. Al respecto, algunos autores señalan que la edad constituye un factor de riesgo en tanto que otros consideran que es un protector.

Por lo que concierne a la despersonalización y al logro personal, éstas se presentaron en trabajadores cuya antigüedad laboral era mayor. Quizás esto se deba a que el desgaste profesional se acentúa con los años de trabajo porque hay una mayor pérdida de energía y una falta de expectativas de mejora profesional. En la interpretación de la asociación con la edad, se aconseja considerar el sesgo de supervivencia, ya que los trabajadores más «quemados» son los que mayoritariamente abandonan el trabajo (Oliver, 1993). Un estudio con análisis multivariado encontró que la variable asociada a DP fue «años de profesión» y no la edad (Alarcón, Vaz, Guisado, 2002).

A pesar de que las personas con pluriempleo mostraron mayor frecuencia de burnout esta diferencia no llegó a la significancia estadística. El número promedio de pacientes que atiende por día se relacionó con la presencia del síndrome de burnout, los que atienden más de 10 pacientes por día mostraron significativamente mayor riesgo de desarrollar el síndrome que aquellos que atienden menos de 10 pacientes por día.

Las limitaciones de este estudio son fundamentalmente las derivadas de un diseño transversal, que sólo permite estudiar asociaciones entre las variables, sin posibilidad de establecer causalidad. Además, las respuestas anónimas no permiten identificar cambios con seguimientos posteriores. El síndrome de desgaste profesional se está convirtiendo en un problema de salud pública. Si los cuidadores se sienten mal cuidados o están exhaustos, es lógico pensar que, al final, quien pierde es la sociedad en su conjunto. Se debería considerar el bienestar del personal de salud una prioridad social.

Dado que la prevalencia del síndrome de Burnout es relativamente alta en este servicio, es necesario adoptar medidas para evitar el desarrollo de esta patología en el personal, el cual podría ser la intervención tanto individual como grupal dirigida a la prevención del síndrome, así como la promoción del tratamiento integral en todas sus dimensiones con el fin de que el personal del área de la salud realice su trabajo en óptimas condiciones de calidad, eficiencia y satisfacción personal.

Referencias

- Alarcón, J., Vaz, F.J., Guisado, J.A. (2002). Análisis del síndrome de burnout: Psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social (II). *Rev Psiquiatr Fac Med Barc*, 29, 8-17.
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E., Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*, 78(4),505-516.
- Albanesi, S., Morales, C. (2008) Riesgo laboral del personal de enfermería. Federación Argentina de Medicina General. Disponible en <http://www.asmgyf.org.ar/dmdocuments/pdffamg/011eb-011.pdf>.
- Aranda, C., Pando, M., Torres, T., Salazar, J., Franco, S. (2005). Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. México. *An Fac Med*, 66(3), 225-231.
- Atance, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del Síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública*, 71, 293-303.
- Buchanan, T., Smith, J. L. (1999). Using the Internet for psychological research: Personality testing on the World Wide Web. *Br J Psychol*, 90, 125-144.
- Cebrià, J., Segura, J., Corbella, S., Sos, P., Comas, O., García, M, et al. (2001). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Aten Primaria*, 27, 459-468.
- Cebrià-Andreu J. (2005). Comentario: el síndrome de desgaste profesional como problema de salud pública. *Gac Sanit*, 19(6):470-470.
- Connolly, J. J., Viswesvaran, C. (2000). The role of affectivity in job satisfaction: A meta-analysis. *Pers Individ Dif*, 29, 265-281.
- Costantini, A., Solano, L., Di Napoli, R., Bosco, A. (1997). Relation between hardiness and risk of Burnout in a sample of 92 nurses working in oncology and AIDS wards. *Psychotherapy and psychosomatics*, 66(2), 78-82.
- Demeuroti, E, Bakker, A. R., Nachreiner, F., Schaufeli, W. B. (2000). A model of Burnout and life satisfaction among nurses. *J Adv Nurs*, 32, 454-464.
- Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergill, A., Hannigan, B. (2000). Burnout in community mental health nursing: A review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 7, 7-14.
- Esteva, M., Larraz., Jiménez, F. (2006). La salud mental en los médicos de familia: Efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. *Rev Clin Esp*, 206, 77-83.

- Felton, J. S. (1998). Burnout as a clinical entity-its importance in health care workers. *Occup Med (London)*, 48, 237-250
- Freudenberger, H. J. (1989). Burnout: Past, present and future concerns. *Loss Grief Care*, 3, 1-10.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burnout. *J Soc Issues*, 30, 159-165.
- Gil-Monte, P. R., Carretero, N., Roldán, M. D., Núñez, E. M. (2005). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21,107-123.
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2):135-149.
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11, 679-689.
- Gil-Monte, P. R. (2008). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) como fenómeno transcultural. *Información Psicológica*, (91-92), 4-11.
- Grau, A., Suñer, R., García, M. M. (2005a). Desgaste profesional en personal sanitario y su relación con factores personales y ambientales. *Gac Sanit*, 19, 463-470.
- Grau, A., Suñer, R., García, M. M. (2005b). El optimismo de los profesionales sanitarios y su relación con la calidad de vida, el burnout y el clima organizacional. *Rev Calidad Asistencial*, 20, 370-376.
- Grau, A. (2007). Como prevenir el burnout: diferentes definiciones e interpretaciones. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 43, 18-27.
- Grau, A., Suñer, R. (2008). El Síndrome de burnout en los trabajadores sociales. *Agathos*, 8(1), 16-22.
- House, J. S. (1980). *Work stress and social support*. Reading Mas: Addison-Wesley.
- Lee, V., Henderson, M.C. (1996). Occupational stress and organizational commitment in nurse administrators. *J Nurs Administ*, 26, 1-8.
- Leiter, M. P., Harvie, P. (1996). Burnout among mental health workers: a review and a research agenda. *Int J Soc Psychiatry*, 42, 90-101.
- Marucco, M. A., Gil-Monte, P. R., Flamenco, E. (2008). Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en pediatras de hospitales generales, estudio comparativo de la prevalencia medida con el MBI-HSS y el CESQT. *Información Psicológica*, (91-92), 32-42.
- Maslach, C., Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, B., Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annu Rev Psychol*, 52, 397-422.

- Mingote, J. C. (1998). Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. *FMC*, 5, 493-503.
- Moreno, B., Garrosa, E., Benevides-Pereira, A. M., Gálvez, M. (2003). Estudios transculturales del burnout: Los estudios transculturales Brasil-España. *Rev Colombiana Psicol*, 12, 9-18.
- Olivar, C., González, S., Martínez, M. M. (1999). Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria*, 24, 352-359.
- Oliver, C. (1993). *El Burnout como síndrome específico* [Tesis doctoral]. Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Ortega, C., López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Int J Clin Health Psicol*, 4(1), 137-160.
- Palmer, Y., Prince, R., Searcy, R., Compean, B. (2007). Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de 2 hospitales mexicanos. *Enferm Clín*, 17(5), 256-260.
- Pérez Andrés, C., Alameda, A., Albéniz, C. (2002). La formación práctica en enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión. *Rev Esp Salud Pública*, 76, 517-530.
- Pereda-Torales, L., Márquez Celedonio, F. G., Hoyos Vásquez, M. T., Yáñez Zamora, M. I. (2009). Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud mental*, 32(5), 399-404.
- Ramos, F., Buendía, J. (2001). El síndrome de burnout: Concepto, evaluación y tratamiento. En Buendía, J., Ramos, F. *Empleo, estrés y salud* (33-57). Madrid: Pirámide.
- Sarason, S. B. (1985). *Caring and compassion in clinical practice*. San Francisco: Jossey Bass.
- Tuesca, R., Iguarán, M., Suárez, M., Vargas, G., Vergara, D. (2006). Síndrome de desgaste profesional en enfermeras/os del área metropolitana de Barranquilla. *Salud Uninorte*, 22(2), 84-91.
- Turnipseed, D. L. (1998). Anxiety and Burnout in the health care work environment. *Psychol Report*, 82, 627-642.