



CLÍNICA

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DEL QUEMAD@ Y ESTUDIO DE FACTORES RELACIONADOS EN L@S ENFERMER@S DEL CHUVI (Complejo Hospitalario Universitario de Vigo).

PREVALENCE OF BURNOUT AND STUDY OF THE FACTORS RELATED IN CHUVI (Complejo Hospitalario Universitario de Vigo) NURSES.

*Pualto Durán, MJ., *Antolín Rodríguez, R., **Moure Fernández, L.

*Título propio de 2º ciclo en Enfermería. D.U.E. Profesora E.U.E. Meixoeiro (CHUVI). Universidad de Vigo.

** Título propio de 2º ciclo en Enfermería. D.U.E. Supervisora UCIP H. Xeral (CHUVI).

Este trabajo obtuvo el Primer Premio de Investigación en Enfermería del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo otorgado en Vigo el día 16 de diciembre de 2005.

Palabras clave: Síndrome del quemad@, estrés laboral, burnout, enfermería, riesgos laborales.

Key words: Burnout, Work stress, Nursing, Risks at work.

RESUMEN

Se estudia la prevalencia del síndrome de Burnout o quemad@ mediante el Maslach Burnout Inventario (MBI) en las enfermeras del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo que está integrado por cinco hospitales y se relaciona con distintas variables sociodemográficas. Es un estudio comparativo entre los distintos hospitales, observacional y de carácter transversal, considerando un nivel de confianza del 0,95% ($\alpha=0,05$), una precisión del 5% ($i=0,05$) y para una $p=q=0,05$. Las fechas de entrega y recogida de las encuestas han sido del 18 de mayo al 31 de Agosto de 2005, obteniéndose un nivel general de Burnout del 13%.

ABSTRACT

We studied the prevalence of Burnout with the Maslach Burnout Inventory in a sample of nurses working at the Complejo Hospitalario Universitario of Vigo - CHUVI- (Spain). The CHUVI is composed of five hospitals. We carried out a comparative, cross-sectional and observational study in these hospitals. We used a confidence interval of 95%, ($\alpha=0.05$), a statistical precision of 5% ($i=0.05$) and a p

value of 0.05. The questionnaires were delivered and collected between May and August 2005. The study showed a burnout prevalence of 13%.

INTRODUCCIÓN

En la sociedad actual, una gran parte del tiempo diario lo dedicamos al trabajo. De hecho, el trabajo no es una mera actividad dirigida a ganar dinero, sino que constituye una parte importante de nuestra propia identidad.

Las profesiones de ayuda, entre las que se encuentra la enfermería, se caracteriza por el hecho de que la profesión no es algo externo al individuo, sino que abarca la totalidad de la persona. La actividad que desarrollamos l@s enfermer@s, comporta un compromiso personal y una interacción directa con las personas a las que estamos atendiendo y, por tanto, solemos trabajar con los aspectos más intensos del cuidado del paciente (sufrimiento, ira, frustración, miedo, muerte...). Todo ello, sumado a pequeñas, medianas o grandes dosis diarias de estrés, puede hacer que nuestro colectivo tenga una predisposición a experimentar un cierto grado de desgaste profesional, que puede conducir a la manifestación de actitudes y sentimientos desfavorables, tanto para el profesional como para la persona a la que ofrece su servicio. Este conjunto de actitudes y sentimientos nos conducen hasta el llamado "síndrome de burnout", o "síndrome del quemado por estrés laboral asistencial" (Maslach y Jackson)¹.

El síndrome de burnout, o síndrome del quemado (SQ), es la expresión patológica del individuo que se quema por el trabajo o que sufre un desgaste psicológico importante por el desempeño del mismo. Así pues, lo podemos considerar como un grado extremo de estrés laboral o, mejor dicho, como un fallo en los mecanismos adaptativos a este estrés. La sensación de estrés es subjetiva y parece depender de la capacidad de afrontamiento que tenga cada persona pero, en todo caso, parece claro que el estrés es un factor predisponente del burnout, pero no la causa. Se podría hablar de burnout como la respuesta al estrés laboral crónico, caracterizado por sufrir agotamiento emocional, que se producirá en unas personas y en otras no, a pesar de soportar el mismo estrés laboral, en función de factores como la personalidad, la educación, el nivel cultural, la capacidad de responder a demandas emocionales, etc.². Los profesionales pueden funcionar con altos niveles de estrés, si su trabajo les transmite una retroalimentación positiva³, pero el trabajador estresado tiene mayor dificultad para tomar decisiones adecuadas, sufre pérdidas de memoria y falta de concentración, disminuyendo también su capacidad de análisis⁴.

En el estudio de Cebriá y cols. hay datos que sugieren que algunos rasgos de la personalidad, tales como afabilidad, estabilidad, atrevimiento y optimismo, serían protectores frente al estrés crónico (5).

El concepto de estrés profesional, o síndrome de burnout, fue introducido por el psiquiatra psicoanalista norteamericano Freudenberger en la década de los años 70.

El individuo aquejado de burnout se vuelve una persona rígida, terca e inflexible, bloqueando el progreso y los cambios, en la medida en que éstos exigen nuevos esfuerzos de adaptación. El individuo es visto como el "cínico de la casa", apareciendo desmotivado, poco comprensivo y hasta agresivo con los pacientes, con un trato distante y deshumanizado hacia ellos³.

Concepto y delimitación

Maslach y Jackson hicieron los primeros estudios de caracterización del síndrome, definiéndolo como un "síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal, que puede ocurrir en el contexto laboral".

Gehmeyr⁶ dice que la ironía del burnout es que le sucede a la misma persona que, previamente, era un profesional con mucho entusiasmo, ideas y despliegue de energía. Es el caso de quien abraza expectativas muy altas respecto a la consecución de ciertos objetivos, transcurre el tiempo sin los resultados esperados y, en vez de revisar sus objetivos y reconsiderar la realidad, se frustra, al insistir en logros que escapan a las posibilidades reales.

La evidencia empírica sugiere que es un proceso que se desarrolla gradualmente y, en su forma más común, abarca fundamentalmente tres dimensiones:

1. **El agotamiento emocional.** Es debido a una reducción de los propios recursos emocionales y al sentimiento de que no tenemos nada que ofrecer a los demás, acompañado de manifestaciones somáticas y psicológicas, como el abatimiento, la ansiedad y la irritabilidad.
2. **La despersonalización.** Se refiere al desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los usuarios o receptores de servicios, así como también hacia los colegas. Esto conduce a la idea de que "los demás" son la verdadera fuente de los problemas.

Como resultado, se entra en la última fase:

3. **La falta de realización personal.** Es la percepción de que las posibilidades de alcanzar el objetivo deseado en el trabajo han desaparecido, junto con vivencias de fracaso y sentimientos de baja autoestima.

Estas tres dimensiones, sin embargo, no surgen de un modelo conceptual previo, sino del análisis psicométrico de los factores incluidos en el instrumento de evaluación de burnout, creado por las autoras Maslach y Jackson, y a las que se añadiría un conjunto de síntomas físicos de estrés, como cansancio y malestar general.

Por tanto, el SQ o desgaste profesional se concibe como una variable continua, que se puede experimentar en bajo, moderado o alto grado y no como una variable discontinua, que está presente o ausente⁷.

En la Semana Europea de la Seguridad y la Salud en el Trabajo (Bilbao, noviembre de 2002), se puso de manifiesto que el estrés laboral es, actualmente, el segundo problema de salud laboral, con gran repercusión económica en horas de trabajo y costes sanitarios.

El hecho de trabajar con los aspectos emocionales más intensos del cuidado del paciente (sufrimiento, miedo, sexualidad y muerte) de una forma directa y continuada, así como los horarios de trabajo, las escasas posibilidades de promoción profesional, la baja remuneración salarial entre otros, hacen de los profesionales de enfermería un colectivo especialmente vulnerable al estrés y a las consecuencias que éste acarrea.

En nuestro medio, la atención especializada, existen múltiples factores que pueden influir entre el esfuerzo realizado por I@ enfermer@ y el resultado obtenido en el paciente, sujeto de nuestros cuidados. Algunos de estos factores, son los que denominamos agentes estresores, presentes en nuestro entorno hospitalario, y que pueden proceder del ámbito

personal del cuidador, de su relación con otros profesionales, con el propio paciente y/o su entorno, o con la organización y la administración hospitalaria⁸.

Justificación del estudio

El Consejo Internacional de Enfermería, en su página web, afirma que "si se quisiera crear el entorno óptimo para producir estrés, muchos de los factores que se incluirían serían claramente reconocidos por el personal de enfermería, como acontecimientos que éste encuentra en su trabajo diario"⁹. En el informe Hermans (2000), debatido en el Parlamento Europeo, se destaca el desfase existente entre el espíritu altruista que existe en el marco de las actividades asistenciales de enfermería, la formación recibida y la realidad laboral, todo lo cual constituye un factor de riesgo para que aparezca el síndrome de burnout¹⁰.

Entre las variables relacionadas con el desarrollo del SQ, merecen especial atención el apoyo social y las de naturaleza sociodemográfica, por su papel facilitador o inhibidor. El apoyo social se define como el entramado de relaciones y transacciones sociales, cuya función es complementar los recursos personales para permitir el afrontamiento adaptativo en situaciones de necesidad¹¹. La investigación ha señalado su importancia en el afrontamiento del estrés laboral y la prevención del burnout¹² y ha observado que es necesario considerar su procedencia y diferenciar los vínculos formales (compañeros y supervisores) e informales (amigos íntimos y familiares).

En cuanto al papel que desempeñan las variables sociodemográficas en el SQ, la investigación también ha obtenido resultados contradictorios, que impiden aclarar la dirección de la influencia de estas variables. Respecto a la edad, sugieren que existe un periodo de sensibilización en el que el profesional sería especialmente vulnerable al síndrome y que correspondería a los primeros años de ejercicio profesional. Sobre los años de experiencia profesional, Naisberg y Fenning¹³ encuentran una relación inversa, debido a que los sujetos con mayor nivel de burnout acabarían por abandonar la profesión. Las mujeres serían el grupo más vulnerable, por la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar^{14,15}; no obstante, en algunos estudios no se ha evidenciado esta relación. Tampoco existe acuerdo en el estado civil; ya que algunos resultados han mostrado que las personas solteras tienen mayor agotamiento emocional, menor realización personal y mayor despersonalización que las que están casadas o conviven con parejas estables. También se sugiere que la existencia de hijos puede determinar la resistencia al síndrome¹⁶.

Otro estudio publicado en nuestro país¹⁷ pone de relieve la escasa asociación entre factores sociodemográficos y el proceso del burnout.

¿Cómo se mide el burnout?

La base de los instrumentos de medición para el síndrome de burnout es la percepción personal. El instrumento más utilizado en los estudios a nivel internacional es el Maslach Burnout Inventario (1986)³ con sus tres dimensiones ya descritas.

El Maslach Burnout Inventario (MBI) es un cuestionario autoadministrado, que mide la frecuencia de los sentimientos personales y actitudes del profesional hacia las personas a las que ofrece su servicio y hacia su trabajo. El MBI fue validado en la población española por Seisdedos (1997)¹.

La ventaja de la utilización del MBI es que puede correlacionarse con múltiples variables, ampliando así las posibilidades de investigación. A través del análisis de las mismas, aparecería la existencia de un perfil epidemiológico de riesgo. Según la investigación de

Atance¹⁸, el perfil epidemiológico de riesgo fue el de una mujer de más de 44 años, sin pareja estable, profesional de atención especializada, con más de 19 años de antigüedad en la profesión y más de 11 años en el centro y con una jornada laboral de entre 36 y 40 horas semanales.

En otro estudio, Da Silva¹⁹, encontró que el agotamiento emocional se correlacionaba, estadísticamente, con una mayor ingesta de analgésicos y tranquilizantes y una peor salud general; también observó que el ocio diario estaba relacionado con el grado de burnout: a más horas de ocio, menor despersonalización y menor riesgo de padecer el síndrome.

Otras investigaciones, correlacionan el grado de burnout con el tipo de área asistencial, encontrando que es mayor en las enfermeras que trabajan en el ámbito hospitalario y, dentro de este grupo, en las que trabajan en áreas especializadas, como urgencias y cuidados intensivos^{19,20,21}.

Habiendo observado, en l@s enfermer@s de nuestro Complejo Hospitalario, un clima de tensión, sensación de cansancio, agotamiento, manifestado por quejas acerca del turno, de la dirección, de la presión ejercida por los usuarios y familiares, y del poco reconocimiento de la profesión; todo ello unido a la gran demanda de solicitudes formuladas para los traslados al área de Atención Primaria (abril del 05) nos hizo pensar que esta situación podría estar relacionada con el SQ, por lo que nos planteamos realizar este estudio que pretende cuantificar la presencia del síndrome.

OBJETIVOS

El objetivo del estudio fue estimar la prevalencia del síndrome del quemado (SQ) en l@s enfermer@s de la plantilla de los cinco hospitales que integran el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI).

Como objetivos específicos nos planteamos:

1. Determinar el grado de cansancio emocional que refieren l@s enfermer@s
2. Conocer el grado de despersonalización que experimentan
3. Determinar el grado de realización personal en el trabajo
4. Valorar el nivel del SQ en cada uno de los hospitales del Complejo
5. Comparar el grado de SQ entre l@s enfermer@s del CHUVI
6. Comparar el grado de burnout-SQ entre l@s enfermer@s de servicios especiales (UCIs, Urgencias, Salud mental,...) que integran el Complejo
7. Relacionar los factores sociodemográficos con el grado de SQ obtenido
8. Comparar nuestros resultados con los encontrados en otros estudios

Hipótesis:

El nivel de SQ de l@s enfermer@s del CHUVI es superior al encontrado en el estudio de Maslach y Jackson (1982)²².

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio comparativo, observacional y de carácter transversal.

Población

La población objeto de estudio han sido l@s enfermer@s que forman parte de la plantilla de los cinco hospitales que integran el CHUVI (Complejo Hospitalario Universitario de Vigo), N= 940.

Las fechas de entrega y recogida de las encuestas han sido del 18 de Mayo al 31 de Agosto de 2005.

Se realizó un muestreo aleatorio simple estratificado por los 5 hospitales que integran el CHUVI, considerando un nivel de confianza del 0,95% ($\alpha = 0,05$), una precisión del 5% ($i = 0,05$) y para un $p = q = 0,5$ (23).

Criterio de inclusión: encontrarse trabajando en los hospitales del CHUVI como personal fijo o interino en el momento del estudio.

Criterio de exclusión: aquel profesional que en el momento del estudio se encontraba en situación de baja laboral.

La distribución de la muestra de estudio, resultante de la aplicación de la fórmula de poblaciones finitas (T), fue de 242 enfermer@s:

- H. Cíes (N1 = 34); n1= 10
- H. Meixoeiro (N2 = 329); n2 = 85
- H. Nicolás Pena (N3 = 57)); n3 = 15
- H. Rebullón (N4 = 12)); n4 = 4
- H. Xeral (N5 = 508)); n5 = 128

Para mayor agilidad hemos preferido utilizar el término “enfermera”, debido a que el 98% de la muestra está formado por mujeres.

Recogida de datos /Procedimiento

Los miembros del equipo investigador entregaron a cada sujeto del estudio un sobre que contenía:

1. Una carta de presentación explicando a las participantes el objeto del estudio y garantizando el anonimato
2. La versión española del Maslach Burnout Inventario [anexo - 1].
3. Una encuesta sociodemográfica, elaborada para este estudio y que constaba de 7 preguntas cerradas con respuestas múltiples y 2 preguntas abiertas [anexo - 2]
4. Un sobre sin identificación para devolver las encuestas una vez cumplimentadas.

Instrumento de medida

El registro primario lo constituyó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), que es una herramienta de medida para evaluación grupal, con una alta consistencia interna

(0,80) y una fiabilidad de 0,90 para el agotamiento emocional, 0,71 para la reducida realización personal, y 0,79 para la despersonalización, lo que respalda su uso en este trabajo⁴.

Se trata de un cuestionario autoadministrado, constituido por 22 ítems a modo de escala tipo Likert, se completa en 10 - 15 minutos y evalúa las 3 dimensiones que configuran el síndrome: el agotamiento emocional lo mide mediante 9 ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20)), la despersonalización en 5 ítems (5,10,11,15,22) y la realización personal a través de 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19,21).. Altas puntuaciones en las dos primeras escalas y bajas en la tercera definen el síndrome²⁴.

Como puntos de corte se decidió utilizar los criterios seguidos por otros autores^{25,26}.

Variables sociodemográficas: edad, si vivían solas o acompañadas, situación laboral (fija /interina), años de experiencia profesional , tipo de turno de trabajo (fijo: sólo mañanas, rotatorio simple : mañanas y tardes, y rotatorio complejo : mañanas, tardes y noches); hospital, unidad o servicio donde desarrolla su labor, y si habían tenido alguna baja en los últimos dos años y su causa.

Análisis estadístico

Los datos fueron tabulados en una base de datos Excel. Los resultados se presentarán en frecuencias y porcentajes en cada una de las categorías de las variables.

El análisis estadístico se realizó con el paquete informático SPSS 12.0 para Windows. Para establecer relaciones entre las variables se utilizó, además de las medidas de tendencia central, medidas de dispersión como el rango o desviación estándar, la prueba de Chi-cuadrado con la corrección de Fisher para valores < de 5, el coeficiente de correlación para el análisis del cruce entre variables, y en la comparación de mas de dos medias empleamos el análisis de la varianza ANOVA.

RESULTADOS

De las 242 encuestas entregadas se dieron por válidas 175 (72,31%). La proporción en el número de respuestas varió respecto a la distribución por hospitales como se aprecia en la tabla 1.

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS POR HOSPITALES

Hospitales	Población	Muestra	Encuestas válidas
<i>Cies</i>	34	10	6 (60%)
<i>Meixoeiro</i>	329	85	52 (61,17%)
<i>Nicolás Peña</i>	57	15	7 (46,66%)
<i>Rebullón</i>	12	4	4 (100%)
<i>Xeral</i>	508	128	106 (82,81%)
TOTAL	940	242	175 (72,31%)

Tabla 1

En 35 casos (14,46 %) hizo falta buscar, aleatoriamente, a otra enfermera del mismo hospital, ya que la seleccionada se encontraba en situación de baja laboral (10,33 %), traslados...

Con el fin de conseguir una pérdida mínima de información, en base al manual del MBI que asume la independencia de los factores, se utilizaron 165 (68,18 %) encuestas para determinar el grado de Agotamiento Emocional (AE), 165 (68,18%) para la Despersonalización (DP) y 152 (58,26%) para valorar la Realización Personal (RP), al contestar todos los ítems que hacían referencia a cada dimensión. Las enfermeras que respondieron íntegramente al cuestionario MBI fueron 139 (57,43%).

Los niveles encontrados en los 5 hospitales en las dimensiones AE, DP y RP aparecen respectivamente en las tablas 2, 3, 4 y 5.

NIVELES DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL (AE) POR HOSPITALES

Hospitales	Alto ≥ 27	Medio 19-26	Bajo < 19	Enc. válidas
<i>Cies</i>	0 (0%)	1 (16,66 %)	5 (83,33 %)	6
<i>Meixoeiro</i>	31 (6%)	9 (18 %)	10 (20%)	50
<i>Nicolás Peña</i>	2 (28,5 %)	1 (14,28 %)	4 (57,14%)	7
<i>Rebullón</i>	3 (75 %)	1 (20 %)	0 (0 %)	4
<i>Xeral</i>	49 (50 %)	28 (28,57 %)	21 (21,42%)	98
TOTAL	85 (51,51%)	50 (30,30%)	40 (24,24%)	165

Tabla 2

NIVELES DE DESPERSONALIZACIÓN (DP) POR HOSPITALES

Hospitales	Alto ≥ 10	Medio 6-9	Bajo < 6	Enc. válidas
<i>Cies</i>	0 (0 %)	0 (0 %)	6 (100 %)	6
<i>Meixoeiro</i>	20 (39,21 %)	13 (25,49 %)	18 (35,29 %)	51
<i>Nicolás Peña</i>	3 (42,85 %)	0 (0 %)	4 (57,14 %)	7
<i>Rebullón</i>	2 (50 %)	1 (25 %)	1 (25 %)	4
<i>Xeral</i>	33 (34,02 %)	30 (30,92 %)	34 (35,05 %)	97
TOTAL	58 (35,15 %)	44 (26,66 %)	63 (38,18 %)	165

Tabla 3

NIVELES DE REALIZACIÓN PERSONAL (RP) POR HOSPITALES

Hospitales	Alto ≥ 40	Medio 34-39	Bajo 0-33	Enc. válidas
<i>Cies</i>	5 (83,33 %)	0 (0 %)	1 (16,66 %)	6
<i>Meixoeiro</i>	18 (39,13 %)	13 (28,26 %)	15 (32,60 %)	46
<i>Nicolás Peña</i>	2 (28,57 %)	1 (14,28 %)	4 (57,14 %)	7
<i>Rebullón</i>	2 (50 %)	1 (25 %)	1 (25 %)	4
<i>Xeral</i>	33 (37,07 %)	26 (29,21 %)	30 (33,7 %)	89
TOTAL	60 (39,47 %)	41 (26,97 %)	51 (33,55 %)	152

Tabla 4

DIMENSIONES QUE REFLEJAN LA PRESENCIA DE SQ

Dimensión		<i>Cies</i>	<i>Meixoeiro</i>	<i>N. Peña</i>	<i>Rebullón</i>	<i>Xeral</i>	CHUVI
AE Alto	Frecuencia	-	31	2	3	49	85
	Porcentaje	-	62%	28,57%	75%	50%	51,51%
DP Alta	Frecuencia	-	20	3	2	33	58
	Porcentaje	-	39,21%	42,85%	50%	34,02%	35,15%
Baja RP	Frecuencia	1	15	4	1	30	51
	Porcentaje	16,66%	32,60%	57,14%	25%	33,7%	33,55%

Tabla 5

Las medias encontradas en las 3 dimensiones en cada hospital y para el conjunto de las enfermeras figuran en la tabla 6.

MEDIA Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE LAS DIMENSIONES DEL SQ POR HOSPITALES

Dimensión		<i>Cies</i>	<i>Meixoeiro</i>	<i>Nicolás Peña</i>	<i>Rebullón</i>	<i>Xeral</i>	CHUVI
AE	media	14	29,14	22,28	30,5	28,28	27,82
	DE	6,98	12,12	10,54	7,93	11,64	11,83
DP	media	1	8,13	7	11,75	7,58	7,59
	DE	0,89	6,56	6,80	9,14	5,05	5,78
RP	media	39,83	36,34	34	37,25	36,75	36,63
	DE	9,3	7,36	8,96	11,32	7,30	7,53

Tabla 6

En la comparación de las medias entre hospitales hemos encontrado diferencias significativas en la media de la dimensión Agotamiento Emocional en el H. Xeral ($p = 0,031$) y en el H. Meixoeiro ($p = 0,024$).

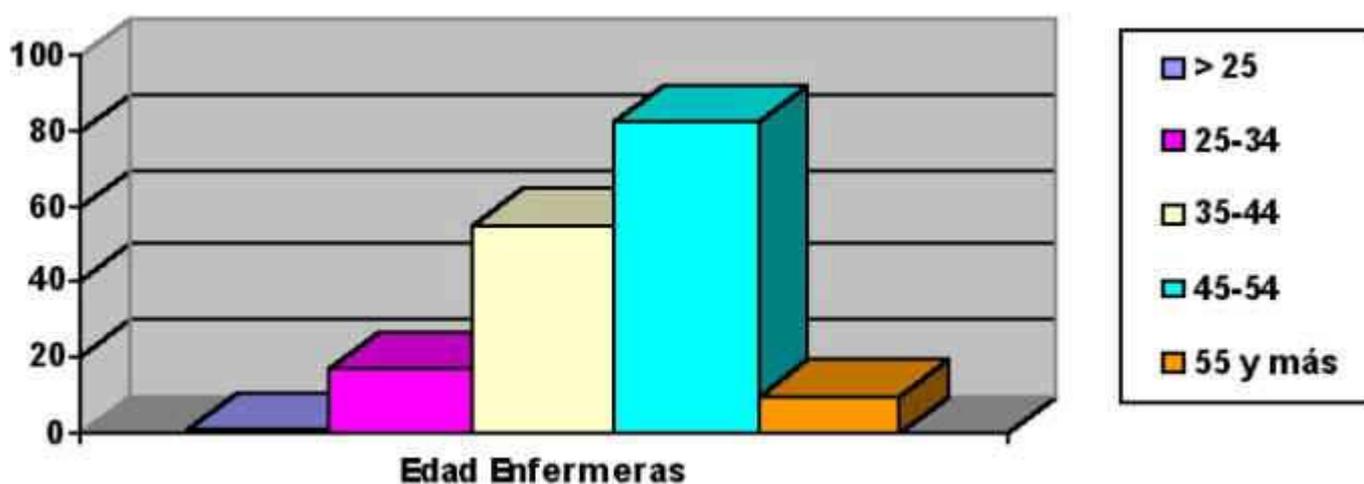
El nivel de SQ encontrado en las enfermeras del CHUVI fue del 12,9%¹⁸ tabla 7. No encontrándose diferencias significativas en el nivel de SQ entre los distintos hospitales que integran el Complejo.

	<i>Cies</i>	<i>Meixoeiro</i>	<i>Xeral</i>	<i>Rebullón</i>	<i>Nicolás Peña</i>	TOTAL
Frecuencia SQ	0	6	11	1	0	18
SQ %	0 %	14,29 %	13,75 %	25 %	0 %	12,9%
Encuestas válidas	6	42	80	4	7	139

Tabla 7

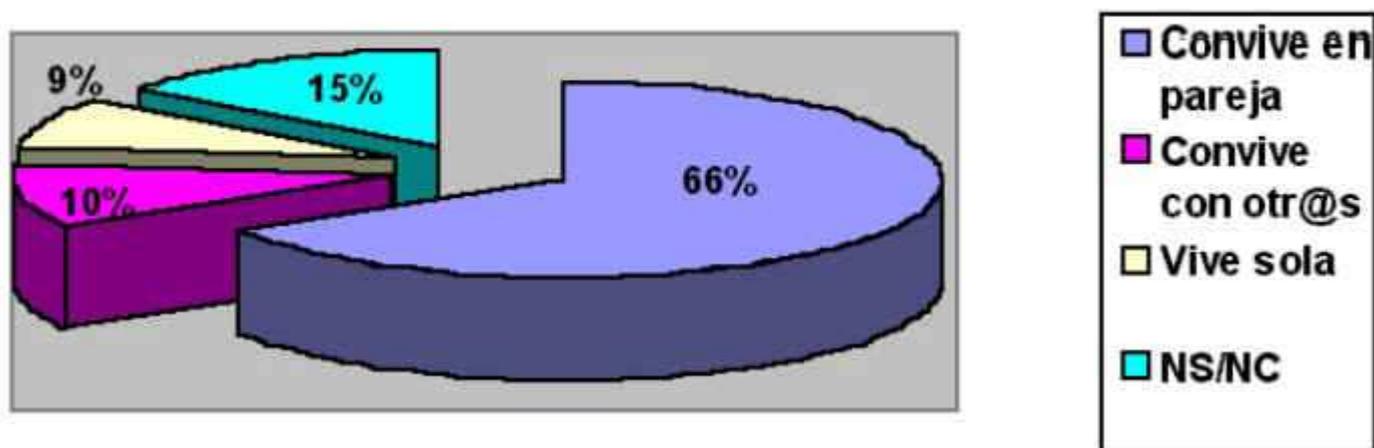
Tampoco el hecho de trabajar en Servicios especiales (UCIs, Salud Mental, Urgencias) es significativo respecto a la presencia del SQ con el resto de las enfermeras.

El 49,70% del personal se encuentra en la franja de edad de 45-54 años, como se ve en el gráfico I. pero observamos que la variable edad no es significativa para la presencia de burnout.



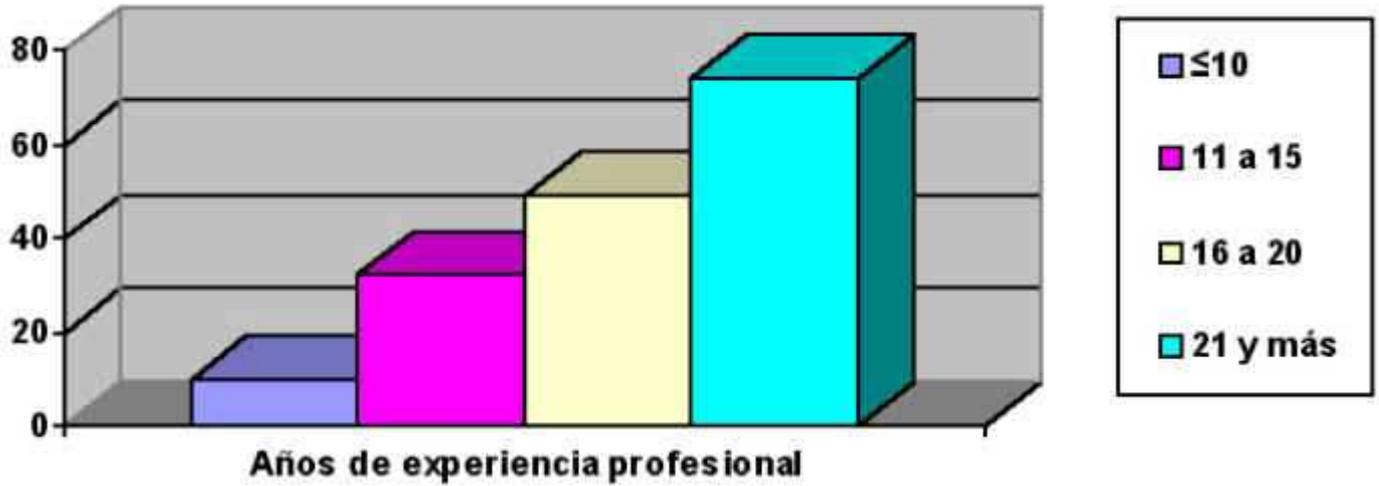
El vivir en pareja parece tener un efecto protector para prevenir el burnout, ya que tiene significación estadística, con una $p = 0,015$.

Tipo de convivencia

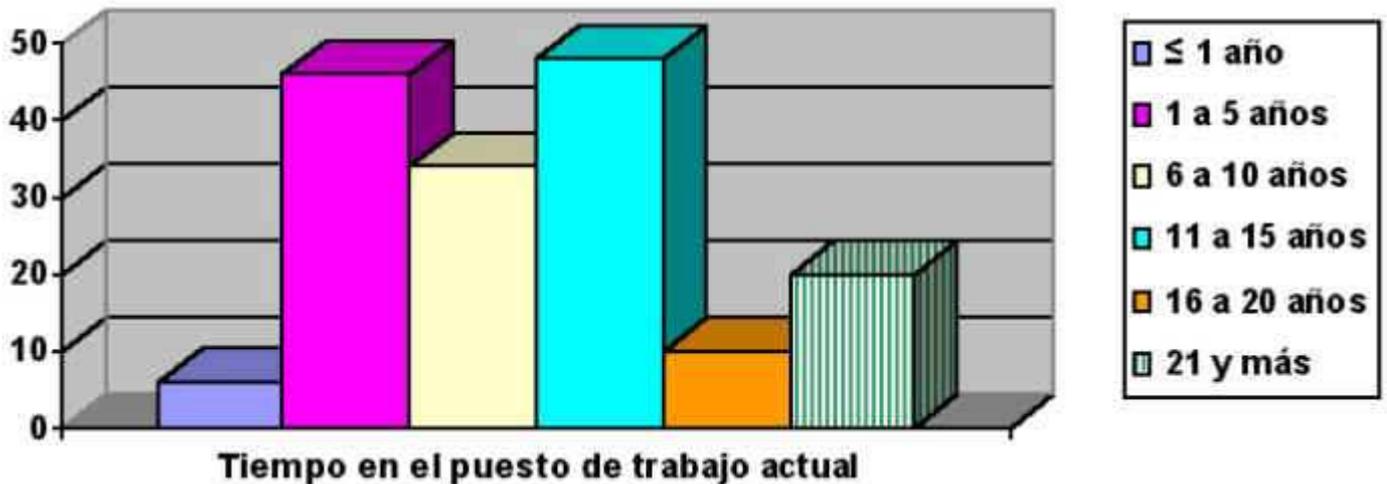
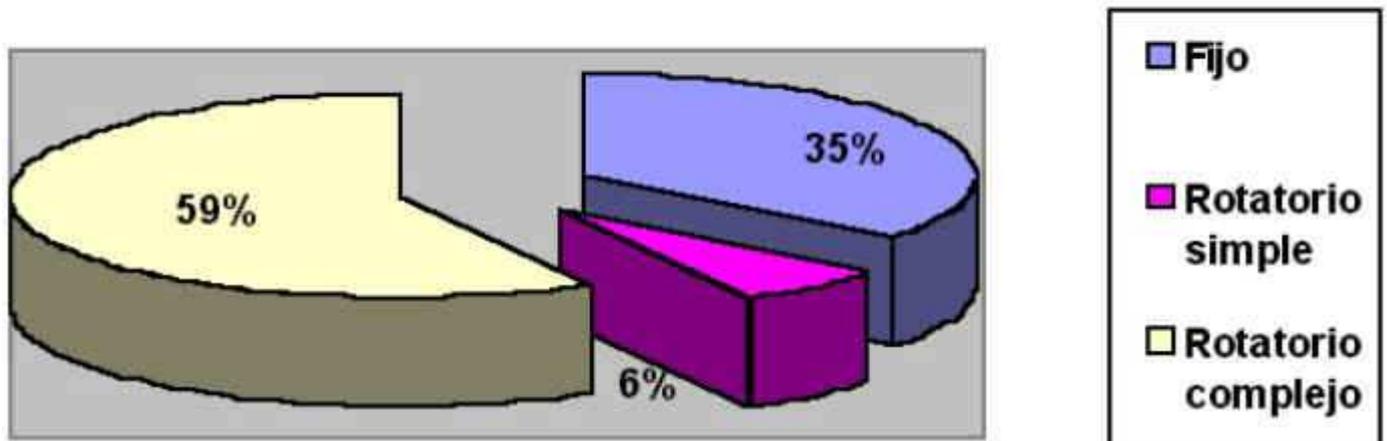


El 90,3% (149) de l@s enfermer@s de plantilla tienen contrato fijo y un 9,7% (16) contrato eventual, esta variable tampoco influye para presentar SQ.

Tampoco hemos encontrado significación estadística en relación a los años de experiencia profesional, el turno de trabajo o el tiempo en el puesto de trabajo, gráficos III, IV, V.



Turno de trabajo



El 54,5 % de las enfermeras han estado en situación de baja laboral, no encontrando significación estadística en relación a esta variable.

Encontramos que el nivel de SQ de las enfermeras del CHUVI, 12,9%, es inferior al de los estudios revisados^{19, 20, 21, 27, 28, 29, 30}.

A la vista de los resultados de la tabla 8, tenemos que descartar la hipótesis que nos habíamos planteado.

NIVELES DE BURNOUT DE NUESTRO ESTUDIO Y EL DE MASLACH Y JACKSON (1982)

Dimensión		<i>Maslach y Jackson (1982)</i>	CHUVI (2005)
Agotamiento Emocional	media	20,86	27,82
	DE	11,30	11,83
Despersonalización	media	7,62	7,59
	DE	5,81	5,78
Realización Personal	media	35,71	36,63
	DE	8,08	7,53
BURNOUT	%	20-30	12,9

Tabla 8

Sin embargo, como se puede apreciar, el nivel de Agotamiento Emocional encontrado es superior al de Maslach y Jackson (1982)

CONCLUSIÓN / DISCUSIÓN

Pensamos que la excelente tasa de respuesta obtenida en nuestro estudio (72,31%) puede deberse a varios factores: el interés que el tema suscitó en la población objeto de nuestra investigación, el hecho de que el cuestionario fuera entregado en mano a las interesadas (garantizándole el anonimato), el que fuera autoadministrado y sobre todo la convicción de las profesionales de enfermería de que el estrés profesional no afecta sólo a su experiencia, sino a las actuaciones que pueden tener sobre otros.

En nuestros resultados hay que considerar el posible sesgo a la hora de medir las dimensiones del SQ, ya que puede ser que los sujetos con mayores niveles han podido negarse a participar en el estudio o se encontraban en situación de incapacidad laboral por enfermedades asociadas con este síndrome

También cabe destacar que una parte de las enfermeras hicieron referencia a la dificultad que habían tenido a la hora de rellenar el primer cuestionario, el MBI, la dificultad residía en su escala de frecuencia, que, según las encuestadas era difícil de cumplimentar. Pensamos que es el primer estudio que se realiza sobre este tema en el Complejo.

Nos encontramos ante una población en la que el 50% está en la franja de edad de 45-55 años y con una antigüedad profesional larga, de 21 ó más años. Por otro lado la profesión enfermera está representada en su mayoría por mujeres, un 88,3% de la población, y en nuestra muestra un 98%.

El nivel de SQ encontrado es medio en las dimensiones de Despersonalización y Realización Personal, pero en el Agotamiento Emocional es elevado. La media de AE en nuestro estudio es mayor que en el estudio de Maslach, aunque el porcentaje de burnout hallado fuese menor. Estudios meta-analíticos han mostrado que la dimensión AE del MBI es la que mejor responde a la naturaleza e intensidad del estrés laboral³.

Otra variable relevante es el tipo de convivencia, algunos estudios^{3, 16} muestran que las personas solteras o sin responsabilidades familiares tendrían mayor propensión al SQ que las casadas o con pareja estable, como hemos observado en nuestros resultados.

Como propuesta para prevenir la aparición del síndrome pensamos que se debería adecuar el ambiente laboral, mejorar el espacio, el mobiliario, las dotaciones técnicas y la decoración; hacer cambios en los puestos de trabajo, flexibilizar los horarios y estimular la formación continuada; favorecer la división de responsabilidades, evitando la concentración de exigencias en los más dispuestos y capacitados; evitar la sobrecarga laboral y la contaminación del tiempo libre, y por último, mejorar la relación entre los profesionales y los superiores, favorecer la comunicación y apoyarse en los líderes. En el aspecto individual, hacer deporte, relajarse y reestructurar las situaciones problemáticas para que dejen de serlo, desarrollar estrategias de solicitud de ayuda a los compañeros, intentar separar familia y trabajo y aprender técnicas de control de estrés y solución de problemas.

Agradecimientos: Queremos resaltar la colaboración de todas las compañeras enfermeras del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, que han hecho posible que este trabajo de investigación se llevara a cabo: gracias.

ANEXOS

Este cuestionario es para conocer las sensaciones o sentimientos relacionados con tu trabajo
Es anónimo por lo que te rogamos nos contestes con total sinceridad

Instrucciones para responder: Si nunca has tenido esa sensación anotar 0(cero). Si has tenido esa sensación o sentimiento, deberás rodear con que frecuencia ha sido, asignando un número de 1 a 6, según la tabla siguiente:

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

1. Me siento emocionalmente agotad@ por mi trabajo:-----0 1 2 3 4 5 6
2. Me siento cansad@ al final de la jornada de trabajo:-----0 1 2 3 4 5 6
3. Me siento fatigad@ cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar- 0 1 2 3 4 5 6
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes:-----0 1 2 3 4 5 6
5. Creo que trato a algun@s pacientes como si fueran objetos impersonales:-----0 1 2 3 4 5 6
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo:----- 0 1 2 3 4 5 6
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes:----- 0 1 2 3 4 5 6
8. Me siento agobiad@ por mi trabajo:----- 0 1 2 3 4 5 6
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas:----- 0 1 2 3 4 5 6
10. Me he vuelto mas insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión:----- 0 1 2 3 4 5 6
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente:----- 0 1 2 3 4 5 6
12. Me siento muy activo:----- 0 1 2 3 4 5 6
13. Me siento frustrado en mi trabajo:----- 0 1 2 3 4 5 6
14. Creo que estoy trabajando demasiado:----- 0 1 2 3 4 5 6
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes:----- 0 1 2 3 4 5 6
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés:----- 0 1 2 3 4 5 6
17. Puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes:----- 0 1 2 3 4 5 6
18. Me siento estimulad@ después de trabajar con mis pacientes:----- 0 1 2 3 4 5 6
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión:----- 0 1 2 3 4 5 6
20. Me siento acabad@:----- 0 1 2 3 4 5 6
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma:----- 0 1 2 3 4 5 6
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas:----- 0 1 2 3 4 5 6

Anexo - 1

Cuestionario sociodemográfico

- 1- Grupo de edades
Menos 25 ----- 25-34 ----- 35-44 ----- 45-54 ----- 55 y más
- 3- Estado Civil
Convive en pareja ----- Convive con otr@s ----- Vive sol@ -----
- 4- Tipo de contrato
Contrato fijo ----- Contrato eventual
- 5- Años de experiencia profesional
Menos de 5- 5-10 ----- 11-15 ----- 16-20 ----- 21 y mas -----
- 6- Turno de Trabajo
Fijo ----- Rotatorio simple (M, T) ----- Rotatorio complejo (M, T, N) -----
- 7- Servicio / Unidad actual

- 8- Tiempo en el puesto trabajo actual
menos 1 año ----- 1-5 ----- 6-10 ----- 11-15 ----- 16-20 ----- 21 o mas ---
- 9- Baja médica en los últimos 2 años
SI NO
- 10- Motivo de la baja

Anexo -2

BIBLIOGRAFÍA

1. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. En: Seisdedos N, editor. Manual del Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial. Madrid: TEA Ediciones, S.A., 1997; p. 5-28.
2. García de la Rubia S. El estrés del pediatra. ¿Padeces Burnout?. Disponible en <http://www.murciapediatrica.com/Sindromequemado.doc>. (consultado: 8 de agosto 2005)
3. Schwartzmann L. Estrés Laboral. Síndrome de Desgaste (quemado), Depresión: ¿Estamos hablando de lo mismo?. Ciencia y Trabajo, Oct-Dic 2004; 6 (14): 174-182.
4. Yegler Velasco MC, Díez Fernández T, Gómez González JL, Carrasco Fernández B, Miralles Sangro T y Gómez Carrasco JA. Identificación de los estresores laborales en el personal sanitario enfermero de una urgencia hospitalaria. Enfermería de urgencias, Ciber Revista. De la Sociedad Española de Enfermería de urgencias y Emergencias. Oct 2003, 16.
5. Cebria J, Segura J, Corbella S, Sos P y cols.. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. Aten Primaria 2001; 27(7): 459-468.
6. Gehrneyr, Andreas. Burnout. Universidad de Passau. En línea <http://www.fmi.unipassu.de/worterklaerungen/burnout.html>.

7. Ibáñez Martínez N, Vilaregut Puigdesens A y Abio Roig A. Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enferm Clínica* 2004; 14 (3): 142-51.
8. García Vázquez D, Sánchez Fernández MD, Fernández Varela MM, González García A y Conde Fernández JM.. Identificación de estresores por enfermeras de atención especializada. *Enferm Clínica* 2001; 11 (2): 65-71.
9. Consejo Internacional de Enfermería. El CIE aborda el estrés en el trabajo y la amenaza que supone para la salud del trabajador. (en línea), ((consultado: 8 de agosto 2005) disponible en: URL: <http://www.icn.ch/mattersp.htm>.
10. Fraga Díez I. Desmotivación y Enfermería. Diagnóstico del problema. *Metas Enferm Sept* 2001; IV (38): 38-41.
11. Sarason B, Duck S. *Personal relationship: implications for clinical and community psychology*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 2001.
12. Maslach C, Shaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Ann Rev Psychol* 2001;52:397-422.
13. Naisberg JL, Fenning S. Personality characteristics and properness to burnout: a study among psychiatrics. *Stress Medicine* 1991; 7:201-5.
14. Cooper, CL, Rout U, Faragher B. Mental health job satisfaction and job stress among general practitioners. *BMJ* 1989;289:366- 70.
15. Mc Craine EW, Lambert VA, Lambert CE. Work, stress, hardiness and burnout among hospital staff nurses. *Nurs Res* 1987;33:374-8.
16. Maslach C, Jackson SE. The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles* 1985;12:835-51.
17. Moreno B, González JL, Garrosa E, Peñacoba C. Desgaste profesional en hospitales. Influencia de las variables sociodemográficas. *Rev Rol Enf* 2002;25:18-26.
18. Atance Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71: 293-30332
19. Da Silva H, Vega ED, Pérez A. Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general. *Actas Esp Psiquiatría* 1999; 27: 310-20.
20. Faura T, Roigeé M, Serra R, Ortega C, Monegal M, Roigé A, et al. Prevalencia del síndrome de Burnout en enfermeras de hospitalización y de atención primaria. *Enfermería Clínica* 1995;5:105-10.
21. Messeguer A, González R, Calatayud E. Enfermería, burnout y unidades de alto riesgo. *Enfermería Clínica* 1996;6:249-54.
22. Maslach, C.: Understanding burnout. Definitional in analyzing a complex phenomenon. In WS Paine (Ed): *Job stress and burnout*. Beberly Hills CA: Sage. 1982.

23. Argimón Pallas JM y Jiménez Villa J. Métodos de Investigación Clínica y epidemiología. 2ª ed. Madrid Ed. Harcourt 2002. p.105-117
24. Mingote Adán JC. Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. Formación Médica Continuada 1998; 5(8): 493.
25. De Las Cuevas C. el desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución del síndrome de burnout. Madrid: Laboratorios Serviré 1994.
26. Luecken L, Edward C. Stress in employed women: impact of marital status and children at home on neurohormone output and homr strain Psychosomatic Medicine 1997; 59: 352-359.
27. Álvarez, E. y Fdez, L: "El síndrome de burnout" o el desgaste profesional (I): revisión de estudios. En revista Asociación Española de neuropsiquiatría. 1991:Vol.XI (nº39):257-265
28. Del Rio Moro O, Perezagua García MC y Vidal Gómez B. El síndrome de Burnout en los enfermeros/as del hospital Virgen de la Salud de Toledo. Rev Enfermería Cardiológica 2003; 28 (1º cuatr): 24-29.
29. Faura i Vendrell T. Síndrome de Burnout. Enfermería, grupo de alto riesgo. Rev. Rol de Enfermería 1998; 11: 53-6.
30. Zabala Blanco J, Ruano Gómez MC. Satisfacción en el trabajo de enfermería. Enfermería Científica 1992;119:13-7.
31. Brundtland GH.; La OMS alerta de la insatisfacción profesional en la enfermería. (en línea), Archivos de noticias doyma((consultado: 8 de agosto 2005) disponible en: <http://db.doyma.es>.
32. Sánchez Fernández M, Clavería Señas M. Profesorado universitario: Estrés Laboral. Factor de riesgo de salud. Enfermería Global (rev electrónica) Mayo 2005 ; 6 (consultado: 8 de agosto 2005). Disponible en URL: <http://www.um.es/eglobal>.
33. Albar Marin MJ, Romero Hernández ME, González Moreno MD, Carballo Pérez E, García Gámez A, Gutiérrez Martínez Y y al. . Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares del hospital. Enferm Clínica 2004; 14 (5): 281-5.
34. Nadia Ordenes D. Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Rio. Rev Chil de Pediatr Oct 2004; 75 (5): 449-454.
35. Carmona Monge FJ, Sanz Rodriguez LJ y Martin Morales D. Relaciones entre el Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería. Factores sociodemográficos y reactividad al estrés. Enfermería Científ Ene-Feb 2002; 238-239:33-39.
36. Perezagua García MC, Vidal Góme B y Del Rio Moro. Burnout en enfermeras del Hospital Virgen de la Salud: Enfermeras de urgencias vs. Enfermeras resto hospital. Rev Excelencia Enfermera. Feb 2005 nº 3.
37. Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory General Survey. Salud Publica de México Enero-Febrero 2002; 44(1).

38. Solano Ruiz MC, Hernández Vidal P, Vizcaya Moreno ME y Reig Ferrer A. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enferm Intensiva* 2002; 13(1): 9-16.
39. López-Soriano, F y Bernal, L. Prevalencia y factores asociados con el síndrome de Burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Revista de Calidad Asistencial* Jun 2002; 17(4):201-205.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia