

Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de *burnout* “o de desgaste profesional” en trabajadores de la salud

Beatriz Cruz Valdes, Fernando Austria-Corrales,* Loredmy Herrera-Kiengelher,* Juan Carlos Vázquez-García,* Cynthia Zaira Vega Valero,† Jorge Salas-Hernández** ☐

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas;* FES-Iztacala, UNAM[‡]
 Trabajo recibido: 01-X-2010; aceptado: 10-XII-2010

RESUMEN. **Objetivo:** Identificar el efecto de las estrategias de afrontamiento activas sobre el síndrome de *burnout*.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal con una muestra por cuotas a 500 trabajadores de la salud. Se aplicó el cuestionario Maslach Burnout Inventory versión Human Services, el cual evalúa tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y realización personal, y para medir las estrategias de afrontamiento se utilizó el instrumento de afrontamiento ante riesgos extremos.

Resultados: El uso de estrategias activas de afrontamiento (solución de problemas, búsqueda de información, análisis de circunstancias para actuar de manera más efectiva) tienen efectos protectores ante el síndrome de *burnout* entre el personal de salud.

Palabras clave: Síndrome de *burnout*, afrontamiento activo, trabajadores de la salud.

ABSTRACT. Objective: To determine the effects of active coping strategies on burnout syndrome.

Material and methods: This is a transversal descriptive study based on a quota simple of 500 health workers. The Human Services version of the Maslach Burnout Inventory questionnaire was applied in order to evaluate three aspects of this problem: emotional fatigue, depersonalization, and personal fulfillment. To measure coping strategies, the Instrument for Coping with Extreme Risks was utilized.

Results: The use of active coping strategies (problem-solving, search for information, analysis of circumstances to increase performance effectiveness) exercise protective effects against the presence of burnout syndrome among health workers.

Key words: Burnout syndrome, active coping, health workers.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de *burnout* ha sido ampliamente estudiado desde su definición y validación empírica por Maslach *et ál.*¹ Desde entonces, han existido una serie de estudios de investigación que han orientado sus esfuerzos para analizar las causas, prevalencia, manifestaciones, factores de riesgo y, en menor medida, la prevención y tratamiento del síndrome.

En el año 2003, Maslach hizo una revisión de los últimos 20 años de investigación sobre el síndrome de *burnout*. En este trabajo concluyó que el síndrome de *burnout* debe entenderse como un fenómeno psicológico que involucra una respuesta prolongada e inapropiada a los estresores en el lugar de trabajo; más específicamente, debe entenderse como un desajuste entre el trabajador y su lugar de trabajo.² Debe consi-

derarse como un fenómeno multidimensional que está constituido por: 1) cansancio emocional, 2) cinismo y despersonalización, y 3) sentimiento de ineffectividad y falta de logros personales. Este modelo multidimensional fue validado empíricamente a través del análisis factorial confirmatorio por Vanheule *et ál.*³ y adaptado para la población mexicana a través del mismo método por Meda-Lara *et ál.*⁴

Entre las principales consecuencias del síndrome de *burnout* en el personal sanitario se encuentran: a) *síntomas físicos*: dolores de cabeza constantes, trastornos gastrointestinales, taquicardias, entre otros signos y síntomas; b) *trastornos psicológicos*: ansiedad, depresión, agresividad, hostilidad; y c) *problemas conductuales* que están relacionados directamente con el ausentismo laboral, retrasos, deterioro en la calidad de la atención médica, percepción de baja eficacia en el trabajo,

incremento en el uso de estrategias de afrontamiento pasivas, como la omisión de algunas actividades de cuidado y asistencia al paciente, y la falta de atención en los procesos de cuidado e incremento de iatrogenias.⁵⁻¹¹

Estas consecuencias tienen, a su vez, un impacto directo en el deterioro de la calidad de los servicios de salud, y con el compromiso social de las instituciones de salud. Por estas razones, es primordial controlar los factores de riesgo que promueven el desarrollo de este síndrome en el personal sanitario, así como los factores protectores. A este respecto, se han identificado diferentes factores de riesgo: trabajar más de 80 horas laborales promedio por semana, corta edad, soltería o falta de pareja estable, jornada laboral prolongada, rasgos de personalidad, expectativas exageradas de prestigio y reconocimiento.¹²⁻¹⁴

Tomando en cuenta lo anterior, se desarrolló la siguiente pregunta de investigación, ¿el uso de estrategias activas de afrontamiento protege al personal sanitario de presentar síntomas del síndrome de *burnout*?

Las hipótesis fueron:

1. El uso de estrategias activas de afrontamiento tiene efectos protectores ante el síndrome de *burnout*.
2. El uso de estrategias pasivas de afrontamiento es un factor de riesgo para desarrollar el síndrome.

Por lo tanto, los objetivos de esta investigación fueron:

1. Evaluar el efecto que tiene el uso de estrategias activas de afrontamiento en la intensidad del síndrome de *burnout*.
2. Evaluar el efecto que tiene el uso de estrategias pasivas de afrontamiento sobre la intensidad del síndrome.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, con una muestra no probabilística por cuotas de 500 trabajadores de la salud de un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México, de los cuales se excluyeron 146 por no cumplir con criterios de calidad en el llenado de las encuestas. La muestra final fue de 354 trabajadores de la salud, entre los que se incluyeron médicos especialistas, médicos residentes, personal de enfermería, trabajadores sociales, administrativos, paramédicos y personal del área operativa.

Instrumentos

Se utilizó el Maslach Burnout Inventory versión Human Services (MBI-HSS), validado a través del análisis fac-

torial confirmatorio por Meda-Lara et ál.⁴ Sus resultados indicaron coeficientes de alfa de Cronbach de 0.86 para la escala de cansancio emocional, 0.81 para despersonalización y 0.53 para realización personal. La validez factorial demostró buen ajuste del modelo teórico con el modelo reproducido (Índice Comparativo de Ajuste [CFI] = .94; Joreskog-Sorbom [GFI] = .97; raíz de cuadrados medios del error [RMSEA] = .04).

El instrumento MBI-HSS está constituido por 22 preguntas valoradas en escala tipo Likert con seis categorías de respuesta donde se asignan valores numéricos en un rango de 0 a 5, (0 = nunca, 1 = pocas veces, 2 = una vez al mes o menos, 3 = unas pocas veces al mes o menos, 4 = pocas veces a la semana, 5 = todos los días). Las 22 preguntas se agrupan en tres dimensiones: cansancio emocional, (9 preguntas); despersonalización, (4 preguntas); y realización personal, (8 reactivos).

Para medir las estrategias de afrontamiento se utilizó el instrumento afrontamiento ante riesgos extremos. El instrumento fue elegido a conveniencia debido a que categoriza las estrategias de afrontamiento en estrategias pasivas (EP) y estrategias activas (EA), el cuestionario fue validado por López-Vázquez et ál en población mexicana; sus coeficientes de alpha de Cronbach reportan que el instrumento es confiable 0.83 y 0.77 para afrontamiento activo y afrontamiento pasivo, respectivamente.¹⁵ Éste es un instrumento útil en la investigación social, psicología de la salud y salud pública, es recomendado para medir el impacto a las reacciones ante desastres, riesgos naturales, efectos postraumáticos como el estrés y percepción de riesgo en situaciones de peligro extremo.

El instrumento consta de 26 ítems en escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta donde se asignan valores numéricos en un rango de 0 a 4. Comprende dos dimensiones: con 14 reactivos en la categoría de afrontamiento activo y 12 reactivos relacionadas a estrategias pasivas. Las estrategias de afrontamiento se definieron de la siguiente forma:

EA. Uso de comportamientos relacionados al problema, el análisis de las circunstancias para saber qué hacer, reflexión de posibles soluciones, búsqueda de información, estrategias de anticipación a un desastre, controlar las emociones y circunstancias, así como la búsqueda de apoyo social.

EP. Utilización de estrategias, como retraimiento, tratar de no pensar en el problema, tratar de no sentir nada, ignorar, negar o rechazar el evento, bromear y tomar las cosas a la ligera y aceptación pasiva.

Variables

- a) Variables independientes:

Frecuencia en el uso de EA: P. ej., analizar las circunstancias para saber qué hacer, controlar las emociones, búsqueda de información, búsqueda de soporte social, enfocarse en el problema y analizar posibles soluciones.

b) Variables dependientes:

Síndrome de *burnout*: Es una variable latente que está constituida por tres escalas: cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

Frecuencia en el uso de EP: P. ej., tratar de no pensar en el problema, tratar de no sentir nada, rechazar la gravedad de una situación, bromear y tomar las cosas a la ligera.

Procedimiento

Se aplicaron los dos cuestionarios de manera secuencial, primero el MBI-HSS y, posteriormente, el cuestionario de estrategias de afrontamiento. Después de obtener la muestra-objetivo se procedió a capturar la base de datos, analizarla y eliminar observaciones atípicas como casos perdidos y respuestas monótonas.

Después de depurar la base de datos se realizó el análisis confirmatorio del modelo propuesto. El análisis estadístico fue a través del programa EQS 6.1 (apli-

caciones para trabajar con modelos de ecuaciones estructurales).

Se decidió utilizar una aproximación desde el modelamiento de ecuaciones estructurales, ya que los estudios previos sólo han relacionado las variables observables del síndrome de *burnout* con las variables de interés; sin embargo, a nivel conceptual el síndrome es la conjunción de las tres escalas que lo componen, y el modelamiento de ecuaciones estructurales es capaz de relacionar variables observables con variables latentes.

RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 354 trabajadores de la salud con una edad promedio de 37 ± 8.7 años; 219 (61.9%) fueron mujeres y 135 (38.1%) hombres. La distribución por función laboral fue de 78 (22%) para personal administrativo; 74 (20.9%), personal de enfermería; 64 (18.1%), médicos residentes; 43 (12.1%), personal paramédico y técnico; 39 (11%), médicos especialistas adscritos; 32 (9%), trabajadores sociales; y 24 (6.9%), investigadores y personal operativo (tabla 1).

Los resultados obtenidos en cada una de las escalas de síndrome de *burnout* y en la escala de afrontamiento se muestran en la tabla 2. Se observa que las puntuaciones obtenidas en promedio están en el límite para presentar el padecimiento de acuerdo con los criterios de Gil-Monte et ál.¹⁶

Comprobación del modelo teórico propuesto

Para comprobar el modelo teórico propuesto, se realizó un análisis de ecuaciones estructurales con un método de máxima verosimilitud para establecer la relación entre las variables de acuerdo con las hipótesis establecidas. Para este fin se determinó como variable independiente un factor latente de EA implicando directamente al factor latente

Tabla 1. Características generales de la muestra estudiada.

Variable	Muestra analizada	%
Género		
Mujeres	219	(61.9)
Hombres	135	(38.1)
Edad		
20-30	88	(25)
31-40	138	(39)
41-50	86	(24.2)
51-61	26	(7.3)
Sin datos	16	(4.5)
Departamento		
Administrativo	78	(22)
Enfermería	74	(20.9)
Investigación	9	(2.5)
Médicos adscritos	39	(11)
Médicos residentes	64	(18.1)
Personal operativo	15	(4.2)
Personal paramédico y técnico	43	(12.1)
Trabajo social	32	(9)

Se muestran los datos sociodemográficos relevantes: género, edad y el Departamento, que se refiere al tipo de actividad que desarrolla el personal de salud evaluado.

n = 354

Tabla 2. Resultados promedio de las escalas de síndrome de *burnout* y afrontamiento.

Factor	Media	DE	Varianza
Cansancio emocional	13.44	8.98	80.73
Despersonalización	5.92	2.5	6.68
Realización personal	35.55	4.63	21.49
Estrategias activas	40.01	7.55	57.07
Estrategias pasivas	13.59	5.46	29.84

Se muestran los datos estadísticos de las escalas de medición del síndrome de *burnout* y de la escala de afrontamiento. Se observa que los datos en Cansancio Emocional tienen mucha variabilidad con respecto a su escala de medición.

n = 354.

del síndrome, también se incluyó un factor latente de EP implicando el mismo factor. Finalmente, el factor resultante del síndrome implicaba sus tres escalas propias, cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

Los resultados pueden observarse en la figura 1, donde las flechas unidireccionales se interpretan como coeficientes de regresión y las bidireccionales como coeficientes de correlación. Las flechas negras significan parámetros estimados y las flechas rojas parámetros definidos *a priori* para la identificación del modelo. Finalmente, los rectángulos significan variables observables y los círculos o elipses variables latentes.

Antes de analizar los resultados es conveniente considerar primero los índices de ajuste del modelo. De acuerdo con Hu et ál, debemos de utilizar el método de máxima verosimilitud y valorar los índices de ajuste: CFI y Joreskog-Sorbom GFI por arriba del 0.95 para pensar que el modelo reproducido se ajusta a los datos empíricos. Asimismo, los autores sugieren que RMSEA sea menor a .06.¹⁷

Los resultados de los índices de ajuste de nuestro modelo fueron:

CFI = 1.000

Joreskog-Sorbom's GFI índice de ajuste = .993

RMSEA = .046

90% intervalo de confianza del RMSEA (.000 - .108)

Concluyendo que la matriz de covarianza observada y la reproducida no varían significativamente.

De acuerdo con el análisis de los resultados, se observó que las EA tenían efectos negativos directos hacia la variable latente síndrome de *burnout* con un coeficiente de regresión de $\beta = -.45$, $p < .01$; esto confirmó nuestra primera hipótesis de que las EA fungen como un factor protector ante el síndrome de *burnout*. Además, se observó que el uso de EA también reducen la probabilidad de utilizar EP ($\beta = -.19$ $p < 0.01$).

En relación con nuestra segunda hipótesis, los resultados indicaron que el factor de EP implica directamente al factor del síndrome de *burnout* ($\beta = 0.15$, $p < 0.01$) confirmando así la segunda hipótesis.

Además del modelo teórico propuesto, se incluyó otra variable en un análisis exploratorio, los años de escolaridad de los trabajadores. Los resultados indicaron que el nivel de escolaridad covaría con las EA ($\beta = 0.14$, $p < 0.01$) y que implica directamente a la escala de cansancio emocional ($\beta = 0.22$, $p < 0.01$), al factor de EP ($\beta = -0.07$, $p < 0.01$) y al factor de síndrome de *burnout* ($\beta = 0.08$, $p < 0.01$).

DISCUSIÓN

De acuerdo con las hipótesis que se plantearon al inicio de esta investigación, se confirmó que: 1) el uso de las EA (solución de problemas, búsqueda de información, análisis de las circunstancias para actuar de la manera

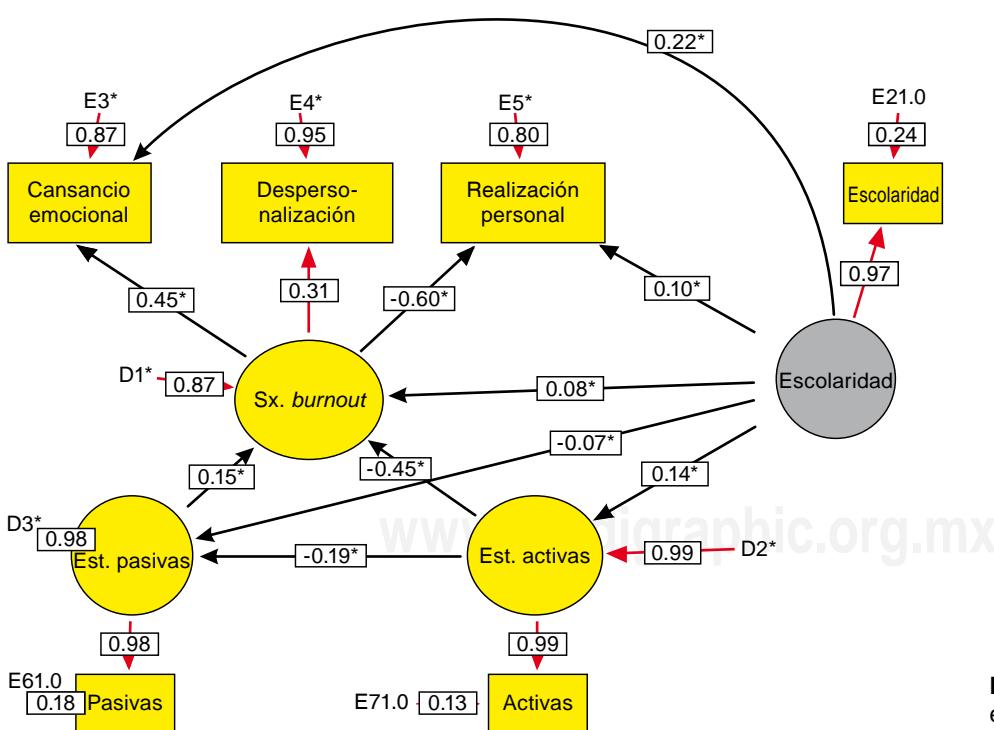


Figure X: EQS 6 sxburnouteqs Chi Sq.=6.53 P=0.16 CFI=1.00 RMSEA=0.05

Figura 1. Análisis de ecuaciones estructurales entre el síndrome de *burnout* y las estrategias de afrontamiento.

más efectiva, entre otras) tiene efectos protectores en el síndrome de *burnout*; 2) el uso de EP (como la falta de concentración en sus actividades, evitar cumplir con sus responsabilidades o hacer como si no existieran) en el personal sanitario fomenta el desarrollo del síndrome de *burnout*, por lo que puede ser considerado como un factor de riesgo.

En el análisis exploratorio se observó que conforme aumenta el nivel educativo, se incrementa el cansancio emocional, la realización personal, el síndrome de *burnout* y el uso de EA; y por otra parte, decrementa el uso de EP.

Estas observaciones tienen diferentes implicaciones, es razonable pensar que entre más escolaridad, más responsabilidad se adquiere (y más en el ámbito de la salud). Los profesionales que son responsables directamente de la salud de un paciente o que están expuestos a largas jornadas de trabajo, incrementan sus niveles de cansancio emocional; sin embargo, también es cierto que la escolaridad está relacionada con la resolución efectiva de problemas ($\beta = .14$, $p < .01$) y también está relacionada con la realización personal ($\beta = .10$, $p < .01$).

Acorde con nuestra evidencia, Ben-Zur et ál analizaron la relación entre las estrategias de afrontamiento y el síndrome de *burnout*. Sus resultados indican que el uso de EA contribuye en la reducción de los síntomas de cansancio emocional y despersonalización, mientras que promueve un incremento de puntuaciones en la escala de realización personal.¹¹ Asimismo, Popp analizó a un grupo de enfermeras en terapia intensiva, y sus resultados indicaron que las enfermeras que presentaron niveles inferiores de síndrome de *burnout* utilizaron EA, como el análisis lógico de la situación problemática, sus causas, consecuencias y búsqueda de soporte emocional y social.¹⁸

A diferencia de los resultados de Ben-Zur y Popp, este trabajo relacionó el uso de las estrategias de afrontamiento con la variable latente síndrome de *burnout*, ya que conceptualmente se entiende el síndrome como un conjunto de síntomas (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) y no de forma separada; por lo tanto, la presente investigación tiene ventajas metodológicas y prácticas con respecto a otras aproximaciones.

En los resultados de esta investigación se observó que el uso de EA tiene efectos positivos en términos de un coeficiente de regresión lineal, lo que nos indica que la frecuencia con la que se utilicen va a reducir las probabilidades de que el personal de salud cumpla criterios para desarrollar el síndrome de *burnout*. Nuestros resultados son similares a los obtenidos por otros autores que relacionaron las subescalas del síndrome de *burnout* con el uso de estrategias de afrontamiento.^{11,18}

Dentro de las limitantes de esta investigación consideramos que la evidencia empírica que recolectó este trabajo fortalece la hipótesis de que el uso de EA tiene un papel protector ante el síndrome de *burnout*; aunque sería pertinente realizar estudios experimentales o quasi experimentales para confirmar que la manipulación y entrenamiento de EA previene el desarrollo del síndrome de *burnout*.

CONCLUSIÓN

El uso de EA tiene un papel protector ante el síndrome de *burnout*; aunque no protegen totalmente del cansancio emocional, protegen de la despersonalización y el decremento de la realización personal y globalmente del desarrollo del síndrome. Los resultados de esta investigación sustentan el desarrollo de programas de capacitación orientados al entrenamiento de EA y de resolución de problemas en la práctica clínica en el personal de salud, con el objetivo de reducir los niveles del síndrome de *burnout* típicos entre el personal de salud.

REFERENCIAS

1. Maslach C, Jackson SE. *Maslach burnout inventory manual*. 2da ed. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press; 1986.
2. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. *Job burnout*. Annu Rev Psychol 2001;52:397-422.
3. Vanheule S, Rosseel Y, Vlerick P. *The factorial validity and measurement invariance of maslach burnout inventory for human services*. Stress Health 2006;23:87-91.
4. Meda-Lara RM, Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Muñoz A, Morante-Benadero E, Ortiz-Viveros GR. *Análisis factorial confirmatorio del MBI-HSS en una muestra de psicólogos mexicanos*. Psicología y Salud 2008;18:107-116.
5. Durán DMA, Extremera PN, Rey PL. *El síndrome de burnout en el ámbito educativo: una aproximación diferencial*. Apuntes de Psicología 2001;19:251-262.
6. Leiter MP, Maslach C. *Burnout and health*. In: Baum A, Revenson T, Singer J, editors. *Handbook of health psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 2000:415-426.
7. Maslach C. *What have we learned about burnout and health?* Psychology and Health 2001;16:607-611.
8. Olmedo M, Santed MA, Jiménez R, Gómez MD. *El síndrome de Burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas*. Psiquis 2001;2:117-129.
9. Ortega RC, López RF. *El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas*. Int J Clin Health Psychol 2004;4:137-160.
10. Ceslowitz SB. *Burnout and coping strategies among hospital staff nurses*. J Adv Nurs 1989;14:553-558.
11. Ben-Zur H, Michael K. *Burnout, social support, and coping at work among social workers, psychologists, and nurses: the role of challenge/control appraisals*. Soc Work Health Care 2007;45:63-82.

12. Iglehart JK. *Revisiting duty-hour limits-IOM recommendations for patient safety and resident education.* N Engl J Med 2008;359:2633-2635.
13. Lockley SW, Cronin JW, Evans EE, et al; and Harvard Work Hours, Health and Safety Group. *Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures.* N Engl J Med 2004;351:1829-1837.
14. Thommasen HV, Lavanchy M, Connelly I, Berkowitz J, Grzybowsky S. *Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. Opinions of physicians of rural British Columbia.* Can Fam Physician 2001;47:737-744.
15. López-Vázquez E, Marván ML. *Validación de una escala de afrontamiento frente a riesgos extremos.* Salud Pub Mex 2004;46:216-221.
16. Gil-Monte PR, Peiró JM. *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.* Rev Psicol Trab Org 2000;16:135-149.
17. Hu L, Bentler PM. *Cut-off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives.* Struct Equation Model 1999;6:1-55.
18. Popp MS. *Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de terapia intensiva (UTI).* Interdisciplinaria 2008;25:5-27.

✉ Correspondencia:

Dr. Jorge Salas Hernández,
Director de Enseñanza. Instituto Nacional de
Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.
Calzada de Tlalpan 4502, colonia Sección XVI.
México, D.F., 14040.
Teléfono 54 87 17 00 extensión 5146
Correo electrónico: jsalas@iner.gob.mx

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.