

SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMEROS QUE LABORAN EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, INTERMEDIOS Y CORONARIOS DEL HOSPITAL 'JOAQUÍN ALBARRÁN' BURNOUT SYNDROME IN NURSES WORKING IN INTENSIVE, INTERMEDIATE AND CORONARY CARE UNITS OF THE HOSPITAL 'JOAQUÍN ALBARRÁN'

Jacqueline Fidelina Valdivieso Romero ¹

Félix Jesús Amador Romero ²

Lidia Hernández Gómez ³

Dolores Hernández de la Cantera ⁴

RESUMEN

Los estudios sobre el síndrome de *burnout* en profesionales de la salud identifican varios factores que interactúan en su evolución. Los objetivos de esta investigación fueron identificar los niveles y dimensiones de este síndrome en enfermeros que laboran en unidades de cuidados especializados y su relación con los antecedentes, consecuencias y otras variables sociodemográficas. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Las técnicas utilizadas fueron el Cuestionario Breve de Burnout y una hoja de datos generales. Los resultados revelaron la presencia de este síndrome en un número importante de evaluados. La realización personal emergió como la dimensión más afectada. Las fuentes de malestar percibidas fueron de tipo organizacional y psicosomático (cefaleas, depresión, ansiedad, irritabilidad y hostilidad). Se constató que el incremento de la edad, el sexo femenino, la prolongada interacción con el paciente, el turno fijo y los años de trabajo favorecen su aparición. Se sugiere a la dirección del hospital implementar estrategias organizacionales dirigidas al control de los riesgos.

Palabras clave: síndrome de burnout, enfermeros, unidades de cuidados especializados

ABSTRACT

The Burnout Syndrome studies in health care professionals identify several factors of interaction during its evolution. The purposes of this research were to identify the levels and dimensions of this syndrome in nurses in specialized care units and its relation with the background history, consequences and other socio-demographic variables. The conducted study was descriptive and of a cross-sectional nature. The used methods were the Brief Burnout Questionnaire and a sheet of general data. The main results proved the presence of this syndrome in a relevant number of cases. The personal realization was the most affected dimension. The signs of discomfort were

organizational and psychosomatic (headaches, depression, anxiety, irritability and hostility). It was observed that the age increase, the female sex, the extended interaction with the patient, the fixed shift on duty and the years of service, favor the syndrome's emerging. It is recommended to the hospital's management to implement organizational strategies to control the risks.

Keywords: Burnout Syndrome, nurses, specialized care units

INTRODUCCIÓN

El estrés, debido a su prevalencia, forma parte de nuestra vida cotidiana hasta el punto que puede ser considerado uno de los malestares más conspicuos de nuestra civilización. El término (del inglés stress, "tensión") proviene de la física y hace referencia a la presión que ejerce un cuerpo sobre otro, siendo aquel que más presión recibe el más propenso a destruirse. Fue adoptado por la Psicología para describir un conjunto de síntomas psicofisiológicos más o menos estables provocado por situaciones experimentadas como agobiantes y amenazantes. Hans Selye, médico pionero en las investigaciones sobre el estrés, observó que muchos de sus pacientes padecían de trastornos físicos comunes (cansancio, pérdida del apetito, astenia, etc.) que no podían ser atribuidos directamente a la enfermedad que sufrían, y lo definió como una respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda a la que es sometido ¹. Muchas enfermedades infecto-contagiosas y crónicas no transmisibles están firmemente

¹ Licenciada en Enfermería, Máster en Ciencias de la Enfermería, Investigadora Agregado, Profesora Asistente. Departamento de Fisiología, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

² Licenciado en Psicología, Doctor en Ciencias de la Salud, Máster en Salud de los Trabajadores, Especialista en Psicología de la Salud, Investigador y Profesor Auxiliar. Departamento de Fisiología, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

³ Licenciada en Psicología, Doctora en Ciencias de la Salud, Máster en Psicología de la Salud, Profesora Titular. Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba

⁴ Licenciada en Enfermería, Máster en Ciencias de la Enfermería, Profesora Auxiliar. Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón", La Habana, Cuba

Correspondencia:

DrC Félix Jesús Amador Romero
Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores Calzada de Bejucal km 7 ½,
Apartado 9064, CP10900, Arroyo Naranjo, La Habana, Cuba
E-mail: felixz@infomed.sld.cu

ligadas al estrés; sin embargo, todavía se desconocen con certeza los mecanismos que provocan este sinergismo.

En el contexto laboral, diversos autores han planteado que el estrés se produce cuando la persona considera que las demandas laborales superan o exceden sus recursos de adaptación²⁻⁵. En consecuencia, el estrés laboral hace referencia a un proceso de interacción complejo, determinado por las características del trabajador y del ambiente laboral; este proceso, bajo determinadas circunstancias, puede llegar a desencadenar problemas graves de salud. Uno de los efectos negativos del estrés más estudiados ha sido el denominado síndrome de *burnout* o de "estar quemado" con el trabajo.

El término *burnout* se considera equivalente al de desgaste profesional y hace referencia a un tipo de estrés laboral institucional crónico. Es proclive a manifestarse en profesiones donde existe una relación constante, directa e intensa, con otras personas, por ejemplo, maestros, enfermeras, médicos, policías.

Este síndrome fue descrito por primera vez en 1969 por H. B. Bradley, como una alegoría de un fenómeno psicosocial que observó en el trabajo que realizaban oficiales de la policía⁶. Posteriormente, en 1974, Herbert J. Freudenberger, psicólogo clínico, utilizó el término para describir aquellos estados físicos y psicológicos que tanto él como sus colegas experimentaban cuando trataban a jóvenes drogadictos, señalando que este síndrome involucra: deterioro y cansancio excesivo y progresivo, unido a una reducción drástica de la energía y de la motivación, que a la larga afectaba el comportamiento general⁷. Dos años más tarde, la psicóloga Christina Maslach, en un congreso de la American Psychological Association, lo presenta como un síndrome compuesto por tres dimensiones: el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal³. Precisamente, uno de los instrumentos más populares para medir este síndrome, el Inventario de Burnout de Maslach (MBI, por sus siglas en inglés), es de la autoría de esta psicóloga⁸.

En Cuba, el comienzo de los estudios sobre *burnout* puede situarse entre los años 1994 y 1995, cuando investigadores del Instituto Nacional de Oncología y Radiología, junto a profesores de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, asesoraron un trabajo de culminación de tesis de maestría en Psicología de la Salud sobre esta temática. Desde entonces, múltiples estudios acerca de este síndrome han sido realizados⁹⁻¹³.

Este creciente interés ha estado condicionado, entre otras circunstancias, por la creación de nuevos servicios de salud en todo el país, en donde profesionales, como enfermeros y médicos, desempeñan sus funciones en condiciones de elevada vulnerabilidad.

De modo particular, los profesionales de la enfermería están sometidos a múltiples factores de riesgo, tanto de carácter organizacional como propios de la tarea que realizan. Atender la enfermedad, en ocasiones por largos periodos de tiempo, compartir la angustia, el dolor, pre-

senciar la muerte, puede llegar a provocar sentimientos de impotencia, depresión, frustración, hostilidad, miedo, ansiedad, estrés¹⁴⁻¹⁷. A esto habría que sumarle características negativas de la personalidad que presentan algunos enfermeros, que los pueden convertir en personas más expuestas que otras a padecer este síndrome.

Factores considerados por algunos autores como desencadenantes de este síndrome¹⁴, son:

- **Personales:** individuos propensos a padecer de estrés (ansiosos), poco tolerantes a la frustración, dubitativos a la hora de tomar decisiones, insuficientemente preparados y con miedo a cometer errores, incapaces de lidiar con los sentimientos de impotencia que suelen aparecer cuando el paciente irremediamente no mejora. Además, manifiestan dificultades para establecer una comunicación adecuada con los pacientes y con el equipo de trabajo, son intolerantes y acusan problemas personales de los cuales son incapaces de abstraerse a la hora de realizar su labor. Aquí es importante tomar en cuenta variables como la edad, el sexo y el estado civil.
- **Ambientales:** condiciones físicas externas que alteran el curso normal de la labor del enfermero, ya que distorsionan la concentración y tranquilidad que se requiere para ejecutar el trabajo de manera óptima, por ejemplo: ruido, iluminación deficiente, desorden y falta de asepsia del lugar, espacio inadecuado e insuficiente para realizar las tareas específicas de enfermería; mala organización del acceso a áreas restringidas, lo que conlleva a la presencia en el sitio de trabajo de personas ajenas al servicio.
- **Contenido del trabajo:** se refiere a las características propias del ejercicio de la profesión como tal, por ejemplo: realización de procedimientos invasivos, cruentos y dolorosos, que pueden llegar a provocar en quien los efectúa sentimientos de angustia. Indiscreción y falta de ética al revelar a terceros información sobre el estado de salud del paciente, conocimiento que solo le atañe al equipo de trabajo, lo que provoca, de hacerse público, tirantez en las relaciones, en el mejor de los casos.
- **Condición del trabajo:** aquellas que emanan de la institución donde se realiza la actividad profesional. Entre ellas se encuentran la poca exigencia y responsabilidad con el trabajo de parte de los que dirigen; interrupciones frecuentes en la realización de las tareas, falta de jerarquía de las mismas; recibir de manera constante críticas poco constructivas de parte de médicos y superiores, falta de comunicación con los compañeros de trabajo sobre los problemas del servicio, ausencia de personal calificado ante situaciones de urgencia (paro cardiorrespiratorio o empeoramiento de la situación clínica del paciente, etc.), estar en desacuerdo con el tratamiento de un paciente pero tener que ejecutarlo de manera reglamentaria sin que exista la posibilidad de emitir una opinión calificada, rotación permanente por diferentes servicios, lo que atenta contra la estabilidad; ambigüedad

en la asignación de funciones; tiempo insuficiente para dar apoyo emocional al paciente, falta de personal para atender adecuadamente el servicio, sobrecarga de trabajo y bajos salarios¹⁸.

Al final, el síndrome de *burnout* llega a afectar la calidad de vida de la persona que lo experimenta^{19,20}.

Las consecuencias que provoca este síndrome desde el punto de vista psicológico son: fatiga crónica, comportamientos de riesgo, trastornos del sueño y cefaleas, signos de depresión, frustración, desamparo, desesperación y desilusión; pérdida del interés por el trabajo, que se puede manifestar en comentarios cínicos hacia la labor que se realiza; sentimientos de rechazo y aislamiento hacia los compañeros de trabajo y pacientes; incremento de los conflictos laborales interpersonales (con otros miembros del grupo y la administración) y hasta matrimoniales^{5,10,15,16}.

Desde el punto de vista organizacional, aflora la baja moral, el ausentismo, las tardanzas injustificadas, el declive promedio del tiempo de trabajo, el desacato hacia las disposiciones que provienen de la administración, la pérdida de la calidad en los servicios que se ofrecen.

Como se puede colegir, el síndrome de *burnout* o de desgaste profesional es uno de los factores de riesgo psicosocial que más problemas de salud provoca, en una gama que va desde ligeras alteraciones psicósomáticas hasta profundos estados de depresión^{8,18-20}. Estas son razones suficientes para emprender el estudio de este síndrome en el personal de enfermería que labora en las unidades de cuidados intensivos, intermedios y coronarios del hospital docente clínico quirúrgico "Joaquín Albarrán", pues se han observado manifestaciones entre el personal que labora en estas unidades que podrían estar denotando un incremento, quizás subclínico y probablemente inconsciente, de este estado de salud adverso.

En consecuencia con la problemática planteada, nos proponemos, primero, identificar los niveles en que se manifiesta el síndrome de *burnout* entre los enfermeros que laboran en las unidades de cuidados especializados de este hospital y, segundo, determinar las relaciones que existen entre estos niveles, sus dimensiones, los antecedentes, consecuencias y otras variables sociodemográficas.

MATERIAL Y MÉTODO

Muestra

60 enfermeros que trabajan en las unidades de cuidados intensivos, intermedios y coronarios del hospital docente clínico quirúrgico "Joaquín Albarrán Domínguez", participaron en el estudio. Previamente fueron excluidos 10 enfermeros por tener menos de un año de experiencia en el desempeño de la labor de enfermería.

Este estudio se efectuó entre los meses de marzo y octubre del 2011.

Procedimientos y técnicas

El primer momento de la investigación correspondió con la evaluación del *burnout* en los enfermeros que trabajan en las unidades de cuidados intensivos, intermedios y coronarios del hospital docente clínico quirúrgico "Dr. Joaquín Albarrán Domínguez". Se utilizó el instrumento Cuestionario Breve de Burnout (CBB), el cual se aplicó de modo individual en un ambiente con adecuada privacidad, iluminación y climatización.

Este instrumento es una adaptación del modelo operativo de *burnout* desarrollado por Maslach y Jackson en 1981, y fue creado por el Dr. Bernardo Moreno Jiménez et al. en 1992. Su autor declara que el CBB no es un cuestionario alternativo al MBI, sino complementario. Permite analizar los diferentes elementos que conforman el proceso de *burnout* e incluye los antecedentes del síndrome y las consecuencias o efectos del mismo. Consta de 21 ítems agrupados en siete escalas distribuidas del siguiente modo:

- Síndrome de *burnout*: (recogidos en el modelo desarrollado por Maslach y Jackson): cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal.
- Posibles antecedentes del síndrome: características de la tarea, tedio y organización.
- Consecuencias del *burnout*: consecuencias físicas, consecuencias sobre el clima familiar y sobre el rendimiento laboral.

Moreno et al. proponen los siguientes criterios para determinar el grado de afectación por escala y global. Se basa en las puntuaciones medias.

- a) Puntuación media inferior a tres, no afectado.
- b) Puntuación media igual o superior a tres y menor que cuatro, afectado.
- c) Puntuación media igual o superior a cuatro, muy afectado.

Este instrumento cuenta con criterios de validación y confiabilidad suficientes para ser utilizado en esta investigación^{21,22}.

Adicionalmente, los participantes respondieron a otro instrumento que recoge las variables sociodemográficas que se describen en la tabla 1.

Todas las personas participaron de forma voluntaria después de expresar por escrito su consentimiento informado; se les explicó que el anonimato de las respuestas estaba garantizado. El comité de ética del hospital dio su anuencia para la realización de esta investigación.

Tabla 1
Variabes sociodemográficas

| Variables | Categoría | Descripción |
|---|--|---|
| Sexo | Masculino Femenino | Género biológico al cual pertenece |
| Edad | 18-28 29-38 39-48 >48 | Años cumplidos |
| Estado civil | Soltero Viudo Divorciado Casado Unión consensual | Vínculo del sujeto con otra persona que considera su pareja |
| Hijos | Sí No | Según el sujeto tenga o no descendencia |
| Años de experiencia profesional | 1-10 11-20 Más de 20 | Tiempo transcurrido desde que culminaron los estudios |
| Turno de trabajo | Rotativo Fijo | Según horario de labor asistencial. Rotativo: • Día: 7:00 am-7:45 pm • Noche: 7:00 pm-7:45am Fijo: 7:00 am-3:00pm |
| Tiempo de interacción con los pacientes | ≤ 49 % 50 – 74 % ≥ 75 % | Una jornada de trabajo se considera el 100 % del tiempo |

Estadística

Los datos obtenidos se transcribieron a una base de datos confeccionada en SPSS versión 20. El procesamiento incluyó un análisis exploratorio preliminar que permitió la detección y subsanación de errores. Se utilizó la prueba Chi Cuadrado (χ^2) para determinar asociaciones entre los niveles del síndrome y las variables que lo perfilan. De igual modo se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, según el tipo de dato. Se calculó el *odds ratio* (OR, razón de oportunidades) para evaluar el tamaño del efecto del turno de trabajo y los intervalos de confianza (IC). Los resultados son mostrados en textos y tablas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La distribución de *burnout* global entre los enfermeros estudiados se presenta en la tabla 2. Del total de enfermeros encuestados, 20, para un 33,3 %, manifestaron estar afectados, y 8, para un 13,3 %, declararon estar muy afectados. Como se puede observar, la magnitud del problema merece toda la atención (46,6 % en total); se está en presencia de un padecimiento que menoscaba

la capacidad de estos profesionales para atender con eficiencia la salud de otras personas.

Tabla 2
Distribución de sujetos según el síndrome

| Burnout | Nº | % |
|---------------|----|------|
| No afectados | 32 | 53,3 |
| Afectados | 20 | 33,3 |
| Muy afectados | 8 | 13,3 |

Estudios efectuados en Cuba entre profesionales de la salud¹⁰⁻¹³ revelan que la presencia de este síndrome es un problema de salud, por lo que hay que continuar investigando en sus causas para diseñar programas eficaces desde el punto de vista preventivo.

La elevada carga de trabajo y la presión asistencial excesiva están entre los principales generadores de *burnout* relacionados con el puesto de trabajo. Otros están asociadas con las características de la tarea que distingue al enfermero que trabaja en estas áreas, el tiempo en el centro y en el cargo. Correlaciones efectuadas entre estas dos últimas

variables y el índice general de *burnout* apoyan este razonamiento ($r = 0,35$; $p = 0,005$).

La interacción constante y prolongada con pacientes necesitados de cuidados físicos y psicológicos, la solicitud casi siempre perentoria de informes y documentos de control, la ocurrencia de eventos impredecibles, los requerimientos relacionados con el servicio y la introducción de nuevas tecnologías, sobreimponen a estos profesionales exigencias para las cuales no siempre están suficientemente preparados.

En cuanto a la expresión de las dimensiones del síndrome en la muestra estudiada, se aprecia una asociación significativa ($p < 0,05$) entre el grado de *burnout* global y sus dimensiones. En la tabla 2 se expone el grado de afectación que declararon los enfermeros en las tres dimensiones.

Así, en la dimensión *cansancio emocional* prácticamente la mitad de la muestra se encuentra afectada, el 41,6 % a un nivel considerado moderado, y el 8,3 % a un nivel alto (49,9 % en total). Maslach sugirió que el *cansancio emocional* aparece primero como un agotamiento de los recursos emocionales por demandas laborales excesivas y crónicas^{3, 8, 12}. Algunos autores como Moreno-Jiménez, González y Garrosa¹⁶ han insistido en la relevancia de esta dimensión como elemento sustancial del síndrome. Ellos citan a Shirom y Leiter¹⁹, quienes a partir de diferentes análisis entre esta dimensión y otras variables, consideran que el *cansancio emocional* es el verdadero núcleo del *burnout*.

Afirman, incluso, que el *cansancio emocional* es el componente más próximo a las definiciones habituales del estrés crónico. Sin embargo, consideramos que la reducción del *burnout* a este solo elemento identificaría el síndrome con un proceso de una sola dimensión, cuando las investigaciones demuestran que se trata de un proceso más complejo y multidimensional. No obstante, son numerosos los trabajos que han considerado el componente de *cansancio emocional* como el factor más significativo de las consecuencias del *burnout*.

En cuanto a la *despersonalización*, 31 enfermeros, el 51,6 %, ofreció respuestas moderadas y 7, el 11,6 %, res-

puestas altas en el cuestionario. La *despersonalización* representa una conducta marcada por el desinterés, la pérdida de la empatía y el trato duro y cínico hacia las personas; aquí los problemas de comunicación adquieren una especial relevancia por tratarse de la atención a pacientes en estado muy grave. Según la propuesta del modelo de Maslach^{3, 8}, la *despersonalización* constituye una forma de defensa contra el *cansancio emocional*. A la *despersonalización* la acompaña la hostilidad en primer término y, la depresión después.

Por último, la *falta de realización personal*, emergió como la dimensión más deteriorada. Más de la mitad de los evaluados, 32, para un 53,3 %, reportan valores que indican afectación, en 13 de ellos, 21,6 %, los valores son altos. La labor de enfermería en estos servicios es muy compleja, pues involucra no solo un alto nivel de eficacia profesional, sino también un compromiso personal. Los enfermeros pasan la mayor parte del tiempo en contacto directo con el paciente y sus familiares, acrecentando la sobreimplicación con una tarea que conlleva la realización de procedimientos cruentos y difíciles. Este esfuerzo en la mayoría de las ocasiones no es debidamente recompensado, por lo que se van desanimando cada vez más. La *falta de realización personal* sugiere pérdida de motivación e interés por el trabajo, así como ideas de incompetencia personal, aparece la improductividad y la pobre autoestima.

Maslach reconoce el efecto de la autoestima baja en el contexto laboral y en la producción de *burnout*⁸. La pérdida de la autoestima incrementa la probabilidad de que el trabajador sea más vulnerable a padecer el síndrome e ineficaz en su trabajo; comienza a considerar que la labor que realiza no tiene valor social, por lo que no tiene sentido esforzarse.

Estos resultados, constituyen un llamado de alerta sobre el riesgo psicosocial a que están expuestos estos profesionales. Hay que aprender a asumir las contingencias que depara el futuro como un reto y no como una amenaza, con confianza en el control de los eventos y la certidumbre de que los hechos se van sucediendo del modo razonable esperamos, percibiendo los estresores como potenciales oportunidades. La tabla 3 describe estos resultados.

Tabla 3
Distribución de las dimensiones del *burnout*

| Burnout | Cansancio emocional | | Despersonalización | | Falta de realización personal | |
|---------------|---------------------|------|--------------------|------|-------------------------------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| No afectados | 30 | 50,0 | 22 | 36,6 | 15 | 25,0 |
| Afectados | 25 | 41,6 | 31 | 51,6 | 32 | 53,3 |
| Muy afectados | 5 | 8,3 | 7 | 11,6 | 13 | 21,6 |

$$\chi^2 = 10,18; \text{gl} = 4; p = 0,0378$$

A continuación, la tabla 4 presenta la asociación entre los niveles del síndrome, sus antecedentes y conse-

cuencias. Como se puede observar, la asociación entre ellos es estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Prácti-

camente en el 40 % de los sujetos evaluados, las características de la tarea estuvieron asociadas con la aparición de *burnout*. Al parecer, es la elevada carga de trabajo,

definida como presión asistencial excesiva, la principal fuente del síndrome.

Tabla 4
Antecedentes y consecuencias del síndrome por niveles de afectación

| Burnout | Antecedentes | | | | | | Consecuencias | |
|---------------|-----------------------------|------|-------|------|--------------|------|---------------|------|
| | Características de la tarea | | Tedio | | Organización | | Nº | % |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | | |
| No afectados | 36 | 60,0 | 26 | 43,3 | 35 | 58,3 | 20 | 33,3 |
| Afectados | 16 | 26,6 | 28 | 46,7 | 15 | 25,0 | 33 | 55,0 |
| Muy afectados | 8 | 13,3 | 6 | 10,0 | 10 | 16,6 | 7 | 11,6 |

$$\chi^2 = 17,45; \text{gl} = 6; p = 0,0078$$

En cuanto al *tedio*, el 56,7 %, expresó quejas subjetivas relativas a la falta de sentido personal que el trabajo tenía para ellos, de ahí la alta ocurrencia de depresión, ansiedad, angustia existencial, hostilidad, intolerancia y malas relaciones interpersonales que refieren estos trabajadores. Según se puede colegir de la bibliografía consultada^{17, 18, 21, 22} y, también, de lo que refirieron los enfermeros estudiados, el *tedio* se relaciona con baja autoestima e improductividad.

Por su parte, los problemas de la *organización laboral* asociados a este síndrome aparecen en el 41,6 % del total de encuestados, a través de críticas generalizadas a la organización o institución a la que pertenecen. Los síntomas psicósomáticos que produce el *burnout* tienen consecuencias para la organización porque afectan el rendimiento laboral, disminuyen la calidad del servicio que se presta y provocan vivencias de ineficacia profesional. Según la literatura revisada, la sobrecarga de los servicios y el deterioro de las relaciones interpersonales por sobre implicación, afectan la comunicación y hasta el prestigio de la labor que realiza el enfermero^{9, 12, 17}.

Otros estresores relacionados con la *organización* son la falta de promoción, la inequidad en el trato, los problemas con los supervisores, la jornada laboral extendida y la disponibilidad de recursos^{8, 10, 11}.

Finalmente, el impacto negativo de las *consecuencias* aparece reflejado en el 66,6 % de los enfermeros encuestados; en este sentido, el 55 % plantea estar afectados y el 11,6 % muy afectado. Estas quejas, como se expresó anteriormente, son el resultado de padecimientos de tipo psicósomático, pérdida de la eficacia laboral y alteraciones de la vida social y familiar. Esta asociación también pudiera estar indicando un incremento de la nocividad del síndrome, ya que el cuadro clínico suele enmascarse con alteraciones difusas del sueño, pérdida o incremento del peso, dolores musculares, cefaleas, dificultad para la concentración de la atención, pérdida de la memoria, etc. Todo ello conduce a un deterioro en las relaciones y un aumento de los conflictos fuera del trabajo (enfrentamientos matrimoniales, sepa-

ración)^{2, 13, 20}, así como a un menoscabo en la calidad del trabajo que se realiza, ausentismo y cambio frecuente de empleo². Esto último es extremadamente perjudicial para la estabilidad de las instituciones, pues se pierde un capital humano formado a un alto costo.

Para una la mejor comprensión de los análisis subsiguientes, introducimos la siguiente nota aclaratoria. Como el uso del estadígrafo χ^2 brinda resultados distorsionados cuando el porcentaje de celdas con frecuencias esperadas igual a cinco es mayor de un 20 % y/o existen celdas con frecuencias esperadas menor que uno, se recomienda resolver estos inconvenientes combinando las casillas correspondientes a las frecuencias del nivel *muy afectado* con las del nivel *afectado*. Cuando este proceder no se pudo efectuar por existir demasiadas casillas en blanco, solo se describieron las tablas.

Las variables sociodemográficas que revelaron asociaciones significativas con los niveles de *burnout* fueron: el sexo, la edad, los años de trabajo, la interacción con el paciente y el turno de trabajo.

Con relación al sexo, en la muestra estudiada predominó el sexo femenino (34 enfermeros en total), pero tanto masculinos como femeninos están casi afectados por igual (10 vs.11, respectivamente). El cálculo de χ^2 no reportó asociaciones entre el nivel de afectación y el sexo ($p=0,62$). Sánchez¹⁵ en un estudio realizado en el municipio Cerro, provincia La Habana, tampoco encontró diferencias entre estas variables. En cambio, Moreno et al. sí reportaron resultados diferentes; fueron las mujeres las que exhibieron mayor afectación y estas discrepancias la atribuyeron a la doble jornada laboral que estas sobrellevan²². Greenglass y Burke, citados por Moreno, plantean que el *burnout* se relaciona en los hombres con problemas de competencia profesional, mientras que en las mujeres con factores laborales que entran en conflicto con la vida personal ocasionando interferencia⁴. Por otra parte, se especula que las mujeres, al exteriorizar más sus emociones, están algo más protegidas de los efectos negativos del

burnout. Prejuicios y condicionamientos culturales están detrás de una u otra respuesta ². La tabla 5 muestra estos resultados.

Tabla 5
Distribución de niveles de *burnout* según sexo

| Sexo | No afectados | | Afectados | |
|-----------|--------------|----|-----------|----|
| | Nº | % | Nº | % |
| Masculino | 16 | 41 | 10 | 48 |
| Femenino | 23 | 59 | 11 | 52 |

$\chi^2 = 0,24$; gl = 1; p = 0,62

Un análisis de correlaciones dentro de cada grupo (masculinos y femeninos), entre las variables que modelan el síndrome y otras sociodemográficas, mostró asociaciones significativas en el grupo de sexo femenino entre el tiempo en el cargo y el *agotamiento emocional*, la *despersonalización* y la *mala organización* (r = 0,35; p = 0,04). En los masculinos no se observaron estos resultados. Desde esta perspectiva, los resultados de esta investigación coinciden con el reportado por Moreno et al. ^{16, 22}; las mujeres con responsabilidades están más expuestas a padecer de este tipo de desgaste que los hombres.

En cuanto a la *edad* (tabla 6), se observó que entre los no afectados los más jóvenes son el grupo mayoritario. Un análisis de correlaciones *ad hoc* entre la edad y los valores de *burnout* global reveló una correlación significativa (r = 0,37; p = 0,004) entre estas variables. Es decir, en la medida en que se incrementa la edad, los evaluados tienden a experimentar más *burnout*. Este resultado es diferente a los reportados por otros estudios ¹⁴⁻¹⁷, donde se considera que ser joven es un factor que contribuye al desgaste emocional.

Tabla 6
Distribución de niveles de *burnout* según edad

| Edad | No afectados | | Afectados | | Muy afectados | |
|-------|--------------|------|-----------|----|---------------|-----|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 18-28 | 18 | 46,2 | 6 | 30 | - | - |
| 29-38 | 13 | 33,3 | 7 | 35 | - | - |
| 39-48 | 7 | 17,9 | 5 | 25 | 1 | 100 |
| > 48 | 1 | 2,6 | 2 | 10 | - | - |

La experiencia en el desempeño como enfermero, entendida como años de trabajo, presentó una asociación significativa con la afectación por este síndrome; el 85 % de los afectados tiene más de 10 años en esa labor. Con el tiempo, aparecen las desilusiones y las probabili-

dades de despersonalización son mayores debido a un aumento del *agotamiento emocional*. La tabla 7 ilustra estos resultados.

Tabla 7
Distribución de niveles de *burnout* según experiencia

| Experiencia (años) | No afectados | | Afectados | |
|--------------------|--------------|------|-----------|----|
| | Nº | % | Nº | % |
| 1-10 | 23 | 59,0 | 4 | 15 |
| 11-20 | 13 | 33,3 | 10 | 50 |
| Más de 20 | 3 | 7,7 | 7 | 35 |

$\chi^2 = 10,95$; gl = 2; p = 0,004

De igual modo, el tiempo de interacción con el paciente se asoció significativamente con el deterioro por el síndrome. El 78 % de los afectados plantea estar más de un 50 % de su tiempo en contacto directo con el paciente, es decir, expuestos a sobrecarga laboral. Los recursos para enfrentar esta situación poco a poco se van perdiendo debido al gravamen que representa una dinámica de trabajo cambiante, donde el control de la situación es escaso, lo que genera considerable estrés. La tabla 8 muestra estos datos.

Tabla 8
Distribución de niveles de *burnout* según el tiempo de interacción

| Tiempo de interacción con el paciente | No afectados | | Afectados | |
|---------------------------------------|--------------|------|-----------|------|
| | Nº | % | Nº | % |
| ≤ 49 % | 6 | 26.1 | 8 | 21.6 |
| 50 – 74 % | 8 | 34.8 | 4 | 10.8 |
| ≥ 75 % | 9 | 39.1 | 25 | 67.6 |

$\chi^2 = 6,22$; gl = 2; p = 0,04

El turno de trabajo mostró una asociación significativa con los niveles de *burnout*. Entre los afectados, el 55 % realiza el turno rotativo y el 45 % el fijo. El cálculo del OR, por su parte, permite señalar que el turno de trabajo rotativo se erige como un factor protector contra la ocurrencia de este síndrome (0,28). Este resultado, aparentemente controvertido, requiere de una explicación. Pareciera que realizar el turno rotativo contribuye más a la producción de *burnout*; sin embargo, no siempre es así, si bien el enfermero que realiza turno fijo trabaja ocho horas diarias en horario diurno, muchos tienen, además, obligaciones administrativas. Son los encargados de garantizar los recursos materiales del servicio y en ocasiones realizar al unisono funciones asistenciales y de apoyo a la superación de los enfermeros noveles, por lo que tienen tanta o

más carga laboral que aquel que realiza 12 horas en días alternos, aun cuando este último esté expuesto a la nocturnidad. Además, es un hecho conocido que durante la noche muchos enfermeros duermen a intervalos, violando las normas establecidas. Hallazgos similares fueron reportados por Peñalver et al. en un estudio efectuado entre auxiliares de tráfico de un centro de operaciones ferroviarias; en ese estudio tampoco se observaron efectos negativos durante la modificación del ciclo natural de vigilia - sueño. Las causas que se adujeron fueron: variedad de tareas y la disponibilidad de tiempo para realizar sueños cortos²³. La tabla 9 muestra estos resultados.

Otras variables analizadas fueron el estado civil y la tenencia de hijos. Con respecto al estado civil (tabla 10), algunas investigaciones mencionan el hecho de que los casados o con relaciones estables de pareja están más protegidos para lidiar con los efectos negativos del desgaste emocional; sin embargo, es el apoyo familiar y la compenetración en la relación de pareja lo que más peso tiene^{5,10}, con independencia del estado civil. En ocasiones, con el paso del tiempo el vínculo en la

pareja puede erosionarse por disímiles causas. Quizás es por esta última razón que en este estudio son los solteros los menos afectados (72 %); esto es solo una hipótesis, pues aquí no se exploró la calidad de la relación de pareja de los encuestados y tampoco se encontró asociación de interés.

Tabla 9
Distribución de niveles de *burnout* según turno de trabajo

| Turno de trabajo | No afectados | | Afectados | |
|------------------|--------------|------|-----------|------|
| | Nº | % | Nº | % |
| Fijo | 8 | 20,5 | 10 | 45,0 |
| Rotativo | 31 | 79,5 | 11 | 55,0 |

OR = 0,28 (IC 95 %: [0,09-0,90]); $\chi^2 = 4,66$; gl = 1; p = 0,03

Tabla 10
Distribución de niveles de *burnout* según el estado civil

| Estado civil | No afectados | | Afectados | | Muy afectados | |
|------------------|--------------|------|-----------|------|---------------|-------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Soltero | 28 | 71,8 | 11 | 55,0 | 1 | 100,0 |
| Divorciado | 2 | 5,1 | - | - | - | - |
| Casado | 6 | 15,4 | 7 | 35,0 | - | - |
| Separado | - | - | 1 | 5,0 | - | - |
| Unión consensual | 3 | 7,7 | 1 | 5,0 | - | - |

La tenencia o no de hijos, tampoco se asoció con los niveles de *burnout* en esta investigación (p = 0,17). En la literatura se plantea que los sujetos con hijos tienen un estilo de vida más estable y una perspectiva laboral diferente; en cambio, los que no, usan más el trabajo como fuente de vida social y se implican excesivamente en la dinámica laboral¹⁸. Maslach plantea que la existencia de hijos protege del desgaste⁸, pues permite evaluar las contingencias que depara la vida de modo más realista. La tabla 11 describe los resultados.

Tabla 11
Distribución de niveles de *burnout* según tenencia de hijos

| Hijos | No afectados | | Afectados | |
|-------|--------------|------|-----------|----|
| | Nº | % | Nº | % |
| Sí | 15 | 38,5 | 12 | 57 |
| No | 24 | 61,5 | 9 | 43 |

$\chi^2 = 1,92$; gl = 1; p = 0,17

Como corolario pudiéramos decir que el presente estudio ha revelado que el síndrome de *burnout* se presenta con una elevada ocurrencia entre los enfermeros que laboran en las unidades de cuidados especializados del hospital "Joaquín Albarrán". El cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal fluctuaron entre valores moderados y elevados, lo que denota estrategias de afrontamiento ineficaces por parte de los enfermeros estudiados. La falta de realización personal emergió como la dimensión más afectada. Las fuentes de malestar percibidas por los enfermeros investigados se corresponden con aspectos deficientes de tipo organizacional y con alteraciones difusas de tipo psicosomático. El incremento de la edad, el sexo femenino, la prolongada interacción con el paciente, el turno de trabajo fijo y los años de trabajo favorecieron la aparición de *burnout*. El turno de trabajo rotativo constituyó un factor protector.

Finalmente, consideramos imprescindible implementar acciones encaminadas a proteger la salud del trabajador afectado mediante entrenamientos en técnicas de afrontamiento al estrés, así como promover estrategias organizacionales enfocadas a la prevención y control de

los riesgos identificados, en especial los relacionados con las condiciones de trabajo y la sobrecarga laboral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Selye H. Tensión sin angustia. Madrid: Ed. Guadarrama; 1975.
2. Cruz ML, Chaves MY, BarcellosR, Almeida L, Aparecida I, Jorge L, et al. Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2010 Mar [citado 05 Feb 2014]; 26(1): 52-64. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100009&lng=es.
3. Maslach C. Burned-out. Human Behavior. 1976;59: 16-22.
4. Gleenglass ER, Burke RJ, Kovarski RA. Study of the consistency of burnout over time. J Health Hum Serv Adm. 1999;21(4):429-40.
5. Shirom A. Epilogue: Mapping future research on burnout and health. Stress and Health. 2009;25(5): 375-80.
6. Bradley HB. Community-based treatment for young adult offenders. Crime and Delinquency. 1969;15(3): 359-70.
7. Freudenberger HJ. Staff burnout. J of Social Issues. 1974;30(1):159-65.
8. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. 3rd ed. Consulting Psychologists Press; 1996.
9. Chacón M, Grau J. Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. Revista Psicología y Salud. 2004;14 (1): 67-77.
10. Hernández LC. Síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 1995.
11. Marrero ML. Burnout en médico y enfermeras que trabajan en servicio de neonatología [tesis]. La Habana: Facultad de Ciencia Médicas "Calixto García"; 2002.
12. Soledad M. Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI). Interdisciplinaria [Internet]. 2008 [citado 05 Feb 2014]; 25(1):5-27. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/180/18025101.pdf>.
13. Barco V, Miranda Y, Herrera D, Álvarez Z. El síndrome de burnout en enfermeros básicos del segundo año de la carrera. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2008 Dic [citado 05 Feb 2014]; 24(3-4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192008000300005&lng=es.
14. Vera R. Síndrome de burnout en el personal de enfermería. Rev Actualizaciones en Enfermer [Internet]. 2001 [citado 27 Ene 2013]; 4(1). Disponible en: <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria4101-sindrome.htm>.
15. Sánchez J. Estrés asistencial en médicos de familia del policlínico "Héroes de Playa Girón". Municipio Cerro [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 1998.
16. Moreno-Jiménez JL, Garrosa E. Desgaste profesional (burnout), Personalidad y salud percibida. En: Buendía J, Ramos F, eds. Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide; 2001. p. 59-83.
17. Grazziano ES, Ferraz ER. Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. Rev Enfermer Glob [Internet]. 2010 Feb [citado 16 Dic 2013]; 18. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000100020&script=sci_arttext.
18. Shirom A, Nirel N, Vinokur AD. Physician burnout as predicted by subjective and objective workload and by autonomy. Ed. Handbook of stress and burnout in healthcare. New York: Nova Science Publishers. 2009;141-55.
19. Shirom A. ed. Burnout and health: Expanding our knowledge. Stress and Health. 2009;25(5):281-85.
20. Paula J. Estrés laboral y síndrome de Burnout. [Internet] 2011 Jun [citado 16 Dic 2013]. Disponible en: <http://drgeorgeyr.blogspot.com/2011/06/estres-laboral-y-sindrome-de-burnout.html>.
21. Moreno B, Oliver C. El MBI como escala de estrés en profesionales asistenciales adaptación y nuevas versiones. Madrid: Congreso Iberoamericano de Psicología; 1992.
22. Moreno B, Bustos R, Matallana A, Miralles T. La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso: Madrid. Universidad Autónoma Madrid; 1996.
23. Peñalver L, Amador FJ, Caballero E. Efecto de la jornada laboral extendida sobre la dinámica cognitiva en trabajadores de un centro de operaciones ferroviarias. Revista Cubana de Salud y Trabajo. 2010;11 (3):14-27.

Recibido: 14 de abril de 2015

Aprobado: 1º de junio de 2016