

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN, ENFERMERÍA Y
FISIOTERAPIA.



MASTER OFICIAL EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA.

TRABAJO FIN DE MÁSTER:
CURSO ACADEMICO 2012-2013

ESTUDIO SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT
EN ENFERMEROS DE UN HOSPITAL
COMARCAL

Autor: Elizabeth Esteo Cano.

Tutora: M Isabel Gutiérrez Izquierdo.

ÍNDICE

Agradecimientos	3
1- Introducción	4
2- Marco conceptual	7
2.1 Estrés laboral	10
2.2 Estrés en enfermería	16
2.3 El síndrome de Burnout	19
2.4 Medidas del Burnout	21
3-Estado de conocimiento	22
4-Objetivos	25
5-Metodología	26
5.1 Sujetos	26
5.2 Diseño	26
5.3 Instrumentos y Medidas	27
5.4 Variables	28
5.5 Procedimiento	29
5.6 Análisis de los datos	29
6-Resultados	30
7-Discusión	42
8-Conclusión	45
9-Bibliografía	47
10- Anexo	53

AGRADECIMIENTOS.-

Dar las gracias a mi familia que me han apoyado desde el principio y me han animado para que consiguiese concluir mi estudio. A ti mi marido que no me has dejado rendirme en ningún momento cuando he dado el estudio por perdido debido a las múltiples dificultades encontradas, y a ti mi niño, mi mayor tesoro que me has ayudado a despejarme y coger fuerza cuando mi mente se encontraba tan bloqueada.

Gracias a todos los compañeros que han participado de forma voluntaria y mostrando interés. Por supuesto a mi tutora Maribel que me ha orientado cuando me he perdido y a Irene y Pablo que me han ayudado con la parte estadística.

Gracias a todos.

1- INTRODUCCIÓN:

Vivimos en una sociedad cambiante en todos sus ámbitos. Cada vez más tecnológica e intercultural, más ávida de conocimientos y cada vez más preocupada por la salud. Este deseo de salud completa lleva a nuestra sociedad a una demanda mayor de “cuidados de calidad”, innovadores e integrales, los cuales suponen un aumento de la presión para nuestros profesionales del sector sanitario que se ven “obligados” a responder a esta realidad y adaptarse a los cambios, no siempre con los recursos necesarios. A diario se aplican nuevas tecnologías en las ciencias de la salud, lo cual puede dar lugar a situaciones frustrantes para los profesionales ante una organización que no perdona retrasos en la formación y actualización de sus trabajadores.

Deckard y Field¹ describen una sociedad actual que reclama del profesional de la salud elevados y actualizados conocimientos y no acepta la enfermedad y la muerte como hechos naturales, sino que exige “poderes” ilimitados y hasta milagros cuando la situación es irreversible, provocando elevados niveles de estrés en el sanitario y pudiendo aparecer una percepción de despersonalización profesional como señalaba Heuven en 2003².

Este desequilibrio en la demanda de salud exigida por nuestra sociedad genera una dificultad en la adaptación a ésta por parte de nuestros sanitarios, lo cual sumado a otros muchos aspectos intrínsecos a su tarea provocan un aumento de su nivel de estrés, siendo el personal de enfermería el colectivo cuyo porcentaje es el segundo mayor en nivel medio de estrés laboral y en frecuencia de percepción de su trabajo como estresante³.

Al consultar a los profesionales de la salud sobre el área de su vida que les causa más tensión, indican que es el trabajo, a diferencia de otros trabajadores que lo atribuyen a diversas áreas de su vida, según cita Cary L. Cooper y Roy Paine en su libro “Stress at Work”⁴.

Dentro de la organización sanitaria interactúan la estructura de la organización, sus objetivos, las personas, el medio y los recursos, adaptándose a las necesidades sociales que demandan bienestar y calidad de vida. Por todo esto, el personal de enfermería de nuestro sistema sanitario se ve inmerso en un proceso cambiante que continuamente introduce nuevas tecnologías, avances, necesidad de conocimientos y demandas a las que debe adaptarse rápidamente casi siempre sin aumentar sus recursos, lo cual genera un clima laboral insatisfactorio y estresante donde, además, la seguridad de los pacientes se ve amenazada por la merma en la capacidad de respuesta del personal ante eventos adversos debido a la desadaptación.

Se considera que el estrés en los profesionales de enfermería afecta directa e indirectamente a la calidad del cuidado así como a su estado de salud, además podría ser a causa de desgaste e insatisfacción laboral, rotación excesiva, absentismo,... Esta profesión es considerada como potencialmente estresante siendo la enfermería una de las profesiones con más altas cifras en la incidencia de trastornos mentales³.

El estrés laboral está considerado por la Unión Europea como el segundo problema de salud más frecuente, después de los trastornos músculo esquelético. El coste anual en Europa se ha llegado a cifrar en torno a 20.000 millones de euros (MTAS, 2007)³.

Hasta 1990 que se realiza la primera conferencia sobre Burnout Profesional, se habían publicado 2.500 artículos sobre este síndrome y ocho años más tarde una revisión efectuada por Schaufeli y Enzmann en 1998⁵ en bases de datos bibliográficas especializadas, reveló 5.500 entradas sobre el tema. Estos datos ponen de manifiesto el reconocimiento internacional del Burnout como un importante problema individual, social y económico que afecta a todos los campos profesionales pero principalmente a las profesiones de ayuda⁶.

A todos los factores estresantes recogidos en distintos estudios, se suman los efectos cada vez más notables de la crisis económica actual y que se identifica como una situación estresante de base. La incertidumbre económica y el desempleo son

estresores comunes a todos, pero en el campo de la enfermería la inestabilidad laboral es algo cotidiano, que esta situación no ha hecho más que agravar. El profesional de enfermería se enfrenta desde el primer día a contratos esporádicos y de muy corta duración que aunque no es una exclusividad de esta profesión, sí lo es respecto que en gran parte de los casos esta precariedad se mantiene durante muchos años, más que en otras profesiones, lo cual provoca estrés en el profesional, que no tiene estabilidad laboral lo que en muchos casos afecta en la consecución de otros logros personales.

El CIE (Consejo Internacional de Enfermería) aborda el estrés en el trabajo y la amenaza que supone para la salud del profesional de enfermería, indicando unos caminos concretos, directos e indirectos que conducen al estrés. El CIE argumenta, respecto al estrés de enfermería que las causas de estrés se centran en ⁶:

- Condiciones laborales: turnos, el trabajo en fin de semana, remuneración inadecuada, horarios, conflictos, etc.
- Las relaciones en el trabajo.
- El conflicto y la ambigüedad de las funciones.
- La estructura y el ambiente de la organización.
- La superposición de trabajo y familia: falta de tiempo y expectativas contrapuestas.
- Desarrollo de la carrera profesional.
- Naturaleza del puesto de trabajo: la cantidad de empuje físico y emocional que precisa, carga y ritmo de trabajo.

Se añade a su vez que como principales fuentes de estrés según Gray-Toft y Anderson en 1981 ⁷, se encuentran:

- Preparación inadecuada para tratar las necesidades emocionales del paciente y sus familias.
- Falta de apoyo del personal
- Carga de trabajo.
- Incertidumbre en cuanto a los tratamientos clínicos.
- Contacto con el dolor y la muerte.
- Conflictos con los compañeros.

Viendo los datos recogidos por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y al creciente interés por el tema entre los propios profesionales, nos centramos en la enfermería para nuestro estudio, como uno de los grupos más afectados por estrés laboral. Hemos observado este rango de profesionales como un importante núcleo para nuestro estudio y verificar así la existencia de Burnout en este estamento tan afectado por los aspectos mencionados en estudios anteriores y además por la existencia de contratos precarios durante largo tiempo sin obtención de una situación fija hasta cierta edad, generalmente.

2- MARCO CONCEPTUAL

Freudenberger en 1974¹⁶ fue el primero en acuñar el término de Burnout. Es él quien afirma que el agotamiento y cansancio emocional que aparece en los trabajadores de servicios de ayuda, se da como consecuencia de no poder alcanzar los éxitos esperados en el resultado de sus actuaciones⁶.

Maslach lo presentó ante el mundo científico (APA: Asociación Americana de Psicólogos) en 1977 asociándolo al ámbito psicológico y a la situación del trabajador que padece alta demanda social en su profesión, definido como “ desgaste Profesional” que padece el trabajador que atiende a otros de forma directa⁶.

Posteriormente Maslach y Jackson en 1981 y 1982¹⁷ definen el Burnout como una manifestación comportamental del estrés laboral y lo entienden como un síndrome caracterizado por cansancio emocional, despersonalización en el trato con clientes y usuarios y dificultad para el logro o realización personal.

Son muchos los que han definido este síndrome como: Burke (1987)¹⁸, Shirom (1989)¹⁹, Pines (1993)²⁰, De las Cuevas (1996)²¹, Hombrados (1997)²², Farber (2000)²³, Buendía y Ramos (2001)²⁴.

A partir de éstos, son muchos los artículos que han estudiado el Burnout en distintos aspectos y profesionales y no sólo en profesiones de ayuda. Se han estudiado los síntomas, causas, manifestaciones, variables significativas, etc.

En ninguno de los artículos referidos anteriormente, se nombra como posible causa para estrés en enfermería la situación de contrato inestable o precario. Con el objetivo de estudiar este nuevo enfoque además de otras variables ya estudiadas, se justifica la realización de este trabajo.

El concepto de estrés se remonta al médico austriaco Hans Selye²⁵, quien descubrió el Síndrome de Adaptación General también conocido como el Síndrome del estrés que es lo que Selye señaló como el proceso bajo el cual el cuerpo confronta lo que desde el principio designó como agente nocivo, mientras que Mason²⁶ consideró el estrés como una respuesta orgánica, no igual en todas las situaciones, condicionada al estímulo que la provoque.

Las ideas de Selye acerca del estrés abrieron un campo nuevo de la medicina, el estrés biológico y sus efectos, que afloró por primera vez a mitad del siglo XX para incluir el trabajo de cientos de investigadores, siendo una ciencia que continua avanzando especialmente para demostrar la conexión del estrés con la enfermedad y métodos para lidiar con él.

De esta línea de investigación aparece el concepto de estrés como una respuesta del organismo frente a ciertos estímulos externos o internos.

Selye²⁷ distingue entre estrés o estrés constructivo motivado por estados emocionales positivos que favorecen los estados de salud y previenen una potencial enfermedad, y distrés o estrés negativo que provocan los estados emocionales (rabia, envidia, ira, celos,...) que distorsionan la realidad y pueden generar alteraciones en los estados de salud y bienestar¹.

Kahn²⁸ había definido el estrés como una experiencia subjetiva catalogada como ansiedad que vive cada persona con tensión.

Lazarus y Folkman²⁹ afirman que el estrés no es siempre negativo, ya que dependerá de la valoración que el sujeto hace del proceso y de su capacidad para manejar la situación y afrontar las consecuencias.

Para muchos investigadores el estrés es una respuesta, para otros un estímulo ambiental y por último para otros, una interacción entre el ambiente y el sujeto³⁰, de ahí que sean múltiples las definiciones de estrés y sus características.

En este trabajo usaremos la siguiente definición de estrés: reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada. Es una respuesta natural y necesaria para la supervivencia aunque hoy día se confunde con una patología debido a que este mecanismo de defensa puede acabar bajo determinadas circunstancias en ciertos modos de vida, desencadenando problemas graves de salud y cronificándose³¹.

Los agentes estresantes pueden ser físicos (ruido), bioquímicos (infecciones) o psicosociales relacionados con los procesos de adaptación o afrontamiento y capacidad de control ante una situación. De igual forma una experiencia vital puede generar distintos efectos según el estresor, el sujeto afectado y la respuesta ante la situación de estrés, como refiere Lazarus en 1984³², refiriéndonos al conjunto de cambios neuroendocrinos, inmunológicos, vegetativos y conductuales.

Entre 1976 y 1985 se triplican los informes científicos sobre el estrés como Derogatis y Coons³³ y se quintuplican los que estudian el Síndrome de Burnout como lo hacen Santamaría, López y Hernández³⁴.

No sólo la comunidad científica es la interesada en el estudio del estrés, también la población general y la propia Administración Pública, la cual a través de la Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo que anualmente realiza el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales desde 1999, hace un seguimiento del estrés laboral.

En dicha encuesta del año 2003 se señala que el 27, 6% de los trabajadores ocupados declaró que percibía su trabajo como muy estresante “siempre” o

“frecuentemente” (28,6% en la ECVT de 2004)³ y con grandes diferencias según el sector:

- Educación: 47.9%
- Empleados del hogar: 11,2%

Así como según el nivel de estudios:

- Universitarios: 39,5%
- Menos de primarios: 17,3%

El 5,3% sufría 3 ó más síntomas asociados al estrés como alteraciones del sueño, sensación continua de cansancio, cefalea, falta de concentración, falta de memoria e irritabilidad.

2.1-ESTRÉS LABORAL.

Según la encuesta OCU³⁵ de 2005 en España las causas de estrés siguen la siguiente distribución:

- 66% estrés laboral.
- 50% problemas familiares.
- 31% problemas de salud.
- 29% acontecimientos vitales.
- 27% problemas financieros.
- 19% presión por rendimiento escolar.
- 12% tráfico.

Como vemos en esta encuesta el principal motivo de estrés (66%) es el laboral y aunque no es el único si es en el que me centraré en este trabajo.

Según la OMS el estrés laboral es la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación. Aunque el estrés puede producirse en situaciones laborales muy diversas, a menudo se agrava cuando el

empleado siente que no recibe suficiente apoyo de sus supervisores y colegas, y cuando tiene un control limitado sobre su trabajo o la forma en que puede hacer frente a las exigencias y presiones laborales³⁶.

Usando la definición de salud: “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1986) un entorno laboral saludable no es aquel en el que no hay circunstancias perjudiciales sino que además abundan los factores que promuevan la salud³⁶.

A lo largo de la historia se plantean distintos modelos de estrés. El estrés laboral surge cuando las demandas del trabajo son altas y al mismo tiempo, la capacidad de control de la misma es baja refería Karasek³⁷ como vemos representado en la Figura 1: Modelo de Interacción entre demandas y control.

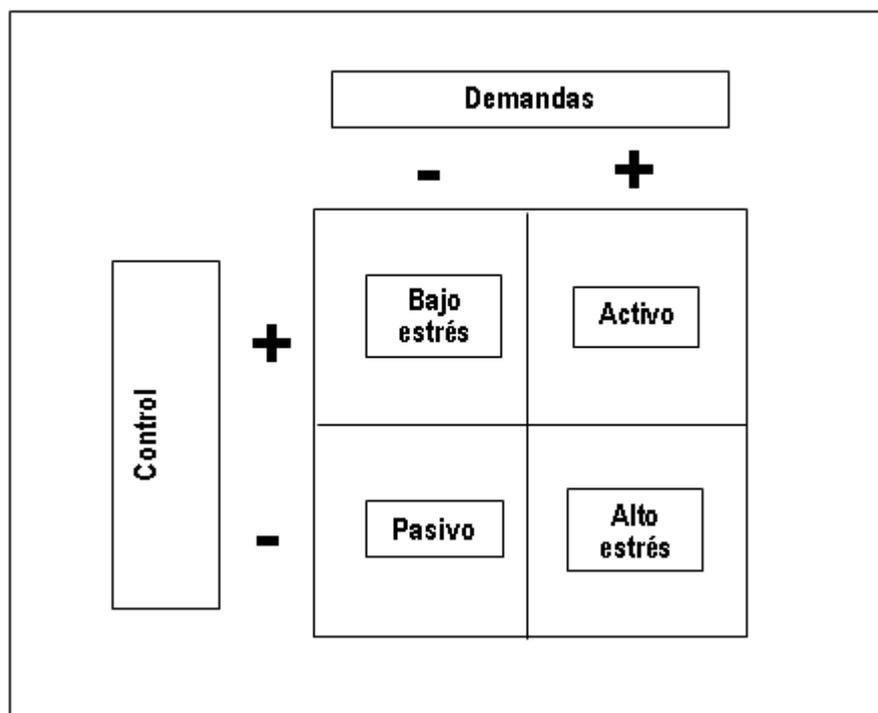


Figura 1: Modelo de Interacción entre demandas y control. Fuente: Administrative Science Quarterly³⁷.

En la Figura 2 vemos el modelo desarrollado por Sutherland y Cooper³⁸ en 1990. Ellos recogen un modelo que contempla las fuentes de estrés en el trabajo, las características individuales y las organizacionales y finalmente las consecuencias. En este modelo, tanto las fuentes de estrés en el trabajo propiamente dichas, como las

relaciones casa-trabajo y los síntomas organizacionales inciden sobre el trabajador provocando la aparición de los síntomas individuales.



Figura 2. Modelo de múltiples interacciones. Fuente: Understanding stress: A psychological perspective for health professionals³⁸.

En la Figura 3 encontramos el modelo Orientado a la dirección de Matteson e Ivancevich³⁹ en el que se distinguen seis componentes: los estresores, entre los que se incluyen factores organizacionales y extraorganizacionales; estos estresores inciden sobre la apreciación-percepción cognitiva de la situación por el trabajador y ésta a su vez incide sobre los resultados fisiológicos, psicológicos y comportamentales de esa apreciación-percepción cognitiva y estos a su vez, sobre las consecuencias, tanto referidas a la salud del individuo como las referidas a su desempeño en la organización.

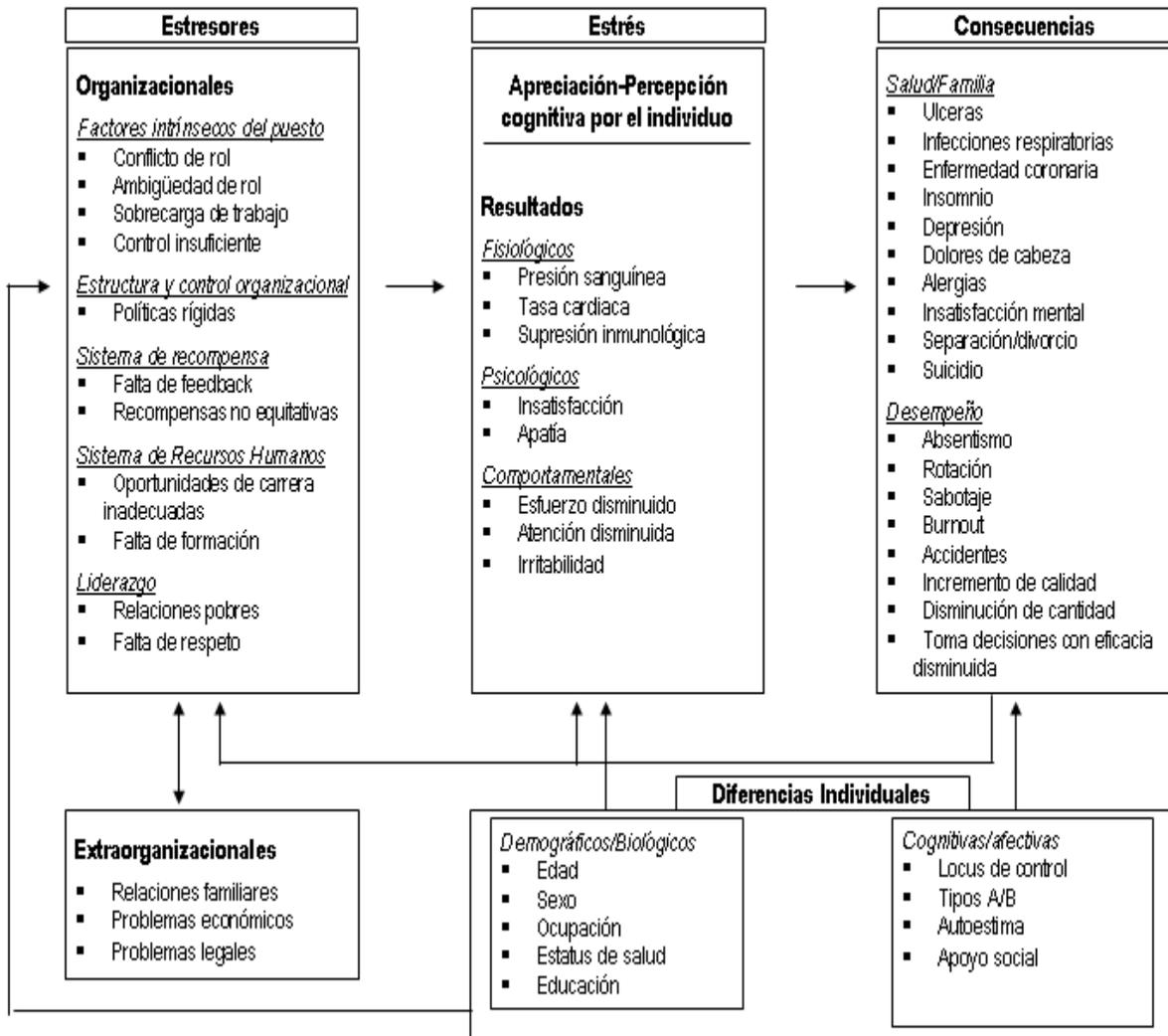


Figura 3. Modelo Orientado a la Dirección. Controlling Work stress: Effective human resource and management strategies³⁹.

Lazarus y Folkman³² llegan a decir que no hay ningún criterio objetivo suficientemente bueno para describir una situación como estresante sino que esto sólo lo puede determinar la persona que experimenta la situación.

El Instituto de Trabajo, Salud y Organizaciones dependiente de la OMS, en su título “La organización del trabajo y el estrés”³⁵, recoge las principales causas del estrés laboral. La mayor parte de estas causas están relacionadas con la forma en que se define el trabajo y el modo en que se gestionan las entidades. Por lo general, en la literatura se acepta la existencia de nueve categorías de peligros relacionados con el estrés, agrupados en características del trabajo y contexto laboral:

- Características del trabajo:

- Características del puesto:

- Tareas monótonas, aburridas y triviales.

- Falta de variedad.

- Tareas desagradables.

- Tareas que producen aversión.

- Volumen y ritmo de trabajo:

- Exceso o escasez de trabajo.

- Trabajos con plazos muy estrictos.

- Horario de trabajo:

- Horarios de trabajo, estrictos e inflexibles.

- Jornadas de trabajo muy largas o fuera del horario normal.

- Horarios de trabajo imposibles.

- Sistema de turnos mal concebidos.

- Participación y control:

- Falta de participación en la toma de decisiones.

- Falta de control (p. e: sobre los métodos de trabajo, el ritmo de trabajo, el horario y entorno laboral).

- Contexto laboral:

- Perspectivas profesionales, estatus y salario:

- Inseguridad laboral.

- Falta de perspectivas de promoción profesional.

Promoción excesiva o insuficiente.
Actividad poco valorada socialmente.
Remuneración por trabajo a destajo.
Sistemas de evaluación del rendimiento, injustos o poco claros.
Exceso o carencia de capacidades para el puesto.

-Papel de la entidad:

Papel indefinido.
Funciones contrapuestas dentro del mismo puesto.
Tener a cargo otras personas.
Atender constantemente a otras personas y ocuparse de sus problemas.

-Relaciones interpersonales:

Supervisión inadecuada, desconsiderada o que no proporciona apoyo.
Mala relación con los compañeros.
Intimidación, acoso o violencia.
Trabajo aislado o en solitario.
Ausencia de procedimientos establecidos para tratar de resolver problemas y quejas.

-Cultura institucional:

Mala comunicación.
Liderazgo inadecuado
Falta de claridad en los objetivos y en la estructura de la entidad.

-Relación entre la vida familiar y profesional:

Exigencias contrapuestas entre la vida laboral y la vida familiar.
Falta de apoyo en el trabajo respecto a los problemas familiares.
Falta de apoyo en la familia con respecto a los problemas laborales.

Con todo lo visto hasta aquí podemos decir que existen multitud de causas para la aparición de estrés laboral, multitud de estresores y multitud de consecuencias de éste.

2.2-ESTRÉS EN ENFERMERÍA.

Para este trabajo escogemos la definición de estrés como “relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”³².

Las actividades sanitarias se sitúan como uno de los trabajos que obtienen mayores niveles de estrés según el INSHT y es el personal de enfermería por su situación profesional (asalariados del sector público) nivel de estudios (universitarios) ocupación (técnicos y profesionales científicos) y sección de actividad (sanitarios) se integra en los colectivos cuyo porcentaje es el segundo mayor tanto en nivel medio de estrés laboral como en frecuencia de percepción de su trabajo como estresante³⁰.

En la tabla 1 se presenta un resumen sobre las principales causas de estrés laboral en enfermería citadas en algunos de los artículos revisados.

Tabla 1. Causas más frecuentes de estrés.

	1	2	3	4	5
Sobrecarga de trabajo	X	X		X	X
Tiempo de trabajo extra	X				
Incertidumbre en el trabajo	X				
Temor a acusaciones de mala praxis	X	X			
Ambiente laboral inadecuado		X			
Alteración de ritmos biológicos		X			
Responsabilidad		X			
Estimulación lenta o monótona		X			
Condiciones laborales inadecuadas			X		
Contacto continuo con pacientes			X		X
Rotación de turnos			X		
Conflicto de rol				X	

Falta de apoyo organizacional					X
Salario					

1-. M de los Ángeles Meza-Benavides⁴⁰. 2-. Dr. Oscar Slipak⁴¹.3-.. Ortega Ruiz, C López Ríos F⁴².4 -. Paris L, Alicia O⁴³.5-.Atance Martínez JC⁸.

Como vemos en la Tabla 1 se muestran la distintas causas de estrés en enfermería, señaladas en los artículos citados. Hemos escogido estos cinco artículos, por ser los más representativos de las causas de estrés en enfermería observadas: sólo la sobrecarga de trabajo es coincidente en cuatro de ellos, las demás causas señaladas son más aisladas por lo que concluyo que son muchas y muy variables las causas de estrés señaladas en múltiples estudios realizados y poco coincidentes, por lo que en este estudio nos centramos en características demográficas y tipos de contrato.

La carga de trabajo es la causa más frecuente de estrés citado por los investigadores seguidas por la relaciones con los pacientes, contacto con la muerte, problemas con los compañeros y los superiores, sentir que tienen una preparación inadecuada y la incertidumbre relativa al tratamiento, después encontramos, en los estudios, otro apartado compuesto por las relaciones con los familiares y por factores relacionados con el rol de enfermería³⁰.

Otras fuentes de estrés como son la falta de recursos, otros factores organizativos o aquellos más puntuales o anecdóticos como la discriminación o la falta de aparcamiento, encontramos un último grupo de fuentes de estrés compuesto por la falta de apoyo, los conflictos casa-trabajo, y los relacionados con la propia competencia como profesional y los sentimientos de autoestima y responsabilidad³⁰.

A pesar de los distintos estresores, el estrés, sus causas, afrontamiento y consecuencias están determinados tanto por rasgos personales como por la estructura cognitiva individual según señalan Steptoe y Vögele⁴⁴, o la capacidad de resistencia que señalan McGraine⁴⁵ el al, o la propia personalidad que nos marcan Cross y Kelly⁴⁶ además de circunstancias ambientales³⁶.

Cuando se produce una exposición crónica a los estresores, el profesional de enfermería puede padecer estrés hasta el punto de sufrir burnout o síndrome de desgaste. Este término fue acuñado por primera vez por el psicólogo clínico Freuderberger y posteriormente fue definido por Maslach y Jackson¹⁷, siendo hoy una de las causas más importantes de incapacidad temporal de los profesionales de enfermería y el tema en el que nos centraremos en este trabajo.

Este síndrome se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y disminución del sentido de realización personal o percepción de que los logros profesionales quedan por debajo de las expectativas personales y supone una autocalificación negativa³⁶.

A lo largo de los años hay numerosos estudios sobre la relaciones del estrés con múltiples factores como son la satisfacción laboral, la carga de trabajo el compromiso con la organización o la ansiedad, siendo la más destacada la satisfacción laboral de la que distintos estudios establecen una relación inversa entre ésta y el estrés que sufre el personal de enfermería. (Gray-Tof y Anderson⁷; Sutherland y Cooper³⁸; Healy y McKay⁴⁷).

Un estudio de Glass⁴⁸ en 1993 con 162 enfermeras hospitalarias presenta que el estrés culmina en depresión. Manzano⁴⁹ en 1997 en su estudio " El estrés del personal de enfermería" señala la estrecha relación entre la personalidad del sujeto y su baja autoestima, como factores de riesgo para padecer burnout y estrés laboral.

2.3-EL SÍNDROME DE BURNOUT.

Como ya he señalado el síndrome de Burnout fue utilizado por primera vez por Herbert Freudenberger¹⁶ quien trabajando en una clínica con toxicómanos observó que

al año de trabajar allí, la mayoría de los voluntarios sufría una pérdida de energía, agotamiento, ansiedad, depresión, desmotivación con el trabajo y agresividad con los pacientes.

Al mismo tiempo la psicóloga Cristina Maslach¹⁷ estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda calificó a los afectados de “sobrecarga emocional” o de síndrome de burnout (quemado). Ella lo define como un “síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”

Este síndrome incluye:

- Agotamiento emocional.
- Despersonalización: insensibilidad.
- Falta de realización personal.
- Síntomas físicos de estrés como cansancio y malestar general.
- Manifestaciones mentales: sentimientos de vacío, agotamiento, baja autoestima, fracaso.
 - Manifestaciones físicas: cefaleas, insomnio, algias osteomusculares,...
 - Manifestaciones conductuales: conductas adictivas y evitativas, consumo aumentado de café, alcohol, fármacos y drogas.

Es un problema insidioso que se impregna poco y se intenta negar, siendo los compañeros los primeros en darse cuenta, se vive como un fracaso personal y profesional y puede llegar a una fase irreversible.

Orlowski⁵⁰ describe como consecuencias del síndrome de Burnout alteraciones emocionales y conductuales, psicosomáticas y sociales, pérdida de la eficacia laboral y alteraciones leves de la vida familiar. Por otro lado Florez⁵¹ además justificaría el alto nivel de absentismo laboral entre los profesionales, tanto por problemas de salud física como psicológica siendo frecuente la aparición de situaciones depresivas hasta la automedicación, ingesta de psicofármacos y aumento del consumo de tóxicos, alcohol y otras drogas³.

Entre los aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout no se aprecia acuerdo entre los distintos estudios aunque existen coincidencias para algunas variables como con:

Edad: aunque no parece influir en el inicio del problema, se considera que puede existir un periodo de sensibilización por la mayor vulnerabilidad del profesional como es en los primeros años de ejercicio profesional, al ver el cambio entre las expectativas ante el trabajo esperado y la realidad de éste.

Sexo: siendo las mujeres las más vulnerables.

Estado civil: más asociado con las personas sin pareja estable ya que tienen más cansancio emocional, menor realización personal y más despersonalización que las personas casadas o con pareja estable. También la existencia o no de hijos hace que las personas con hijos sean más resistentes al síndrome, debido a la tendencia a ser personas más estables y maduras con más capacidad de afrontamiento de problemas personales y conflictos emocionales.

La rotación de turno y el horario puede conllevar según algunos autores la presencia del síndrome aunque no hay unanimidad.

Sobrecarga laboral en profesionales asistenciales: produciendo una disminución de la calidad en el trabajo de estos profesionales.

Como vemos hay múltiples factores que pueden contribuir a la aparición de burnout, los descritos anteriormente son los más nombrados por algunos autores habiendo otros no tan afirmados como son el salario, número de horas en contacto con el paciente o la antigüedad profesional entre otros. Respecto a la antigüedad profesional algunos autores señalan una relación positiva con el síndrome, los dos primeros años de ejercicio profesional y los que tienen más de diez años de experiencia como los de menos asociación al síndrome, sin embargo Naisberg y Fenning⁵² encuentran una relación inversa sobre este aspecto, ya que los individuos que más Burnout

experimentan acabarían por abandonar la profesión, por lo que los que más años de experiencia tengan, menos burnout tendrán.

2.4-MEDIDA DEL BURNOUT.

La respuesta al estrés se puede medir mediante escalas psicométricas para estandarizar resultados, como lo son la Escala de Gonzalez de Rivera⁵³ que mide el índice de reactividad al estrés (IRE) con la medición de síntomas y conductas relacionadas con el estrés. Karasek³⁷ se centra en las demandas psicológicas que se producen en el ámbito laboral y la capacidad del sujeto para atenderlas, mediante cinco escalas, creando el Job Content-Demand (JD_C) que Moncada⁵⁴ adaptó en 1997. El Job Stress Survey mide las condiciones laborales que pueden provocar alteraciones en el bienestar psicológico del sujeto. El Organizational Stress Indicator que usó Cooper⁵⁵, mide los estresores laborales que genera la propia organización. ASH o Auditoria del Sistema Humano adaptada por Quijano y Navarro⁵⁶, evalúa el sistema de gestión de recursos humanos, resultados de los sujetos y calidad de esos recursos humanos en distintos puestos, el alcance de objetivos y recursos usados para su logro. Reseñaré también el Cuestionario de Reviki, May y Whithley⁵⁷ que mide las percepciones de estrés ocupacional en personal sanitario.

El síndrome de burnout fue evaluado inicialmente mediante observación y posteriormente ha tratado de hacerse con entrevistas estructuradas, técnicas proyectivas y autoinformes, siendo este último método, el más usado para investigación.

Actualmente uno de los instrumentos más usados en todos los ámbitos, para medir el burnout es el Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson⁵⁸ y es el que usaré en este trabajo.

3- ESTADO DE CONOCIMIENTO.

En la revisión bibliográfica realizada sobre el estrés laboral en enfermería, sólo algunos artículos se centran en medir el Burnout, sin embargo todos buscan las causas que llevan al profesional a padecer estrés y posteriormente un posible síndrome de Burnout.

He encontrado artículos sobre estrés laboral en muchos estamentos profesionales relacionados con la atención a personas o que realizan su trabajo de cara al público, como vemos reflejado en la tabla 1, ejemplo de que no es el estrés un problema exclusivo de los sanitarios.

Tabla 2 . Resumen de estudios sobre estrés en distintos estamentos profesionales.

<u>Profesional</u>	<u>Artículos.</u>
Cuidadores de pacientes con Alzheimer	Peinado Portero A.I. y Garcés de los Fayos Ruíz E.J (1998)
Deportistas	Guterman T (2004), /Garcés de los Fayos Ruíz E.J, Cantón Chirivello E. (2008)
Maestros	Aldrete Rodríguez MG, Pando Moreno M, Aranda Beltrán C, Balcazar Partida N (2003) / Arís Redo N (2005)
Profesores	Moriana Elvira J.A, Herrazo Caberra J (2004) / Carlotto M.S (2002)
Personal administrativo	Oiveros Felce Y J (2008) / Mancilla MO, De los Ríos Castillo JL (2007)
Orientadores educativos	Guerrero Barona E, Rubio Jiménez J.C (2004)
Médicos	Madrigal Solano M (2006) / Marcelo Reyes J, Soloaga G, Pérez Quintana P (2005) / Hernández J.R (2003) /Esteva M, Larraz C, Jiménez F (2009) / Prieto Albino, L;Robles Agüero, E; Salazar Martínez, LM; Daniel Vega, E (2002)
Trabajadores de residencias de menores	Jenaro Río C, Flores Robaina N, González Gil F(2007)
Enfermería	Barraza Macías A, Carrasco Soto R, Arreola Corral M.G (2008) / Romana Albadalejo, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME y Dominguez U (2004) / Del Río Moro O, Perezagua García MC, Vidal Gómez B / Marcelo Reyes J, Soloaga G, Pérez Quintana P (2005) / Gil Monte(2001) / Manzano y Ramos (2000) / Carauna(1989) / Meza M.A (2002) /Fornés (1990)/ Garros (2002)

Vamos a destacar algunos de los artículos más significativos para nosotros en la realización de este trabajo centrado en el estrés de enfermería.

Juan Carlos Atance Martínez⁸ sitúa el perfil epidemiológico de mayor riesgo a una mujer de 44 años, sin pareja estable con más de 19 años de antigüedad y más de 11 en atención especializada, con más de 21 pacientes diarios a su cargo a los que dedica más del 70% de la jornada son de está entre 36 y 40 horas semanales.

Para Héctor Antonio Ochomago y Emilio Quinto⁹ las personas más jóvenes del grupo de sanitarios asistenciales estudiados, entre ellos enfermeros, tienen la mayor prevalencia de desgaste profesional, pero no determinan ninguna relación estadística significativa entre el tipo de trabajo y la prevalencia del Síndrome de Burnout.

M. Ángeles Caballero Martín et al, en su estudio “Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud”¹⁰ detectan altos niveles de Burnout entre los profesionales de la muestra, con 30.6% de puntuaciones altas en agotamiento emocional, 31.2% en despersonalización y 24% en realización personal. Observan diferencias estadísticamente significativas de mayores puntuaciones en la subescala de agotamiento emocional en hombres respecto a mujeres e igualmente en la subescala de despersonalización, no detectando diferencias en lo relativo al estado civil.

No detectan diferencias significativas de puntuación respecto al lugar de trabajo, ni respecto al turno, ni realización de guardias, pero sí en relación al tipo de contrato siendo significativamente mayor el promedio de puntuación en la subescala de agotamiento emocional entre los propietarios de plaza respecto a los eventuales, no siendo así en otras escalas del Maslach Burnout Inventory.

En este artículo tampoco se detectan diferencias en relación con los años de antigüedad en la plaza ni años de profesión.

El estudio de Ibáñez Martínez et al, “Prevalencia del Síndrome de Burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona”¹¹, señala no encontrar diferencias significativas en el nivel de Burnout de las enfermeras

estudiadas según el servicio donde trabajan. Señalan que los hombres estudiados tienen un mayor nivel de realización personal por lo tanto menor riesgo de padecer Burnout. Respecto al estado civil, destaca que los no casados tienen mayor realización personal que los casados y por tanto menos riesgo de Burnout. En cuanto a la antigüedad profesional, no se pudieron encontrar diferencias significativas entre los años trabajados y el Síndrome de Burnout, principalmente porque el grupo no era homogéneo en esta variable. En cuanto al tipo de contratación, no se encontró significación estadística entre el tipo de contrato y la predisposición a padecer este síndrome.

Este autor destaca en un análisis multivariable que la antigüedad profesional es predictora de realización personal, de forma que a más número de años trabajados, menor es la realización personal.

Para López Soriano y Bernal, en su estudio “Prevalencia y factores asociados con el Síndrome de Burnout en enfermería de atención hospitalaria”¹², los contrastes estadísticos de las tres subescalas del Burnout pusieron de manifiesto que están relacionadas entre sí. El agotamiento emocional no se relacionó significativamente con ninguna variable sociodemográfica. La despersonalización sí se relacionó significativamente con la edad y con la antigüedad en la profesión, asociándose más al grupo de propietarios de plaza, pero el sexo y el lugar de trabajo no se asociaron significativamente con mayores o menores puntuaciones en las tres subescalas.

En el estudio de Abigail Fernández Sánchez et al, “Agotamiento profesional en personal de enfermería, su relación con variables demográficas y laborales”¹³ concluyen que el agotamiento profesional es mayor en enfermeras mujeres divorciadas, viudas y solteras, el agotamiento emocional fue más alto en el grupo de edad entre 31-40 años y la despersonalización, en enfermeras asistenciales. En cuanto al tipo de contrato el 73% son fijos y se vio una diferencia del síndrome mayor en los profesionales de plantilla que en los eventuales, observándose más agotamiento emocional y menor logro.

En relación con el servicio o área de trabajo, la presencia de despersonalización es mayor en enfermeros de áreas críticas, urgencias, quirófano y UCI y los turnos que cambian mucho de servicio, carecen de logro y tienen mayor desgaste. También en cuanto a los años trabajados, puntúan más alto en la escala con más desgaste emocional y carencia de logro.

Para Del Río et al en el estudio "El síndrome de burnout en los enfermeros del hospital Virgen de la Salud" ¹⁴ en el que se obtiene el 17,83% de enfermeros con Burnout, la edad media de estos casos era de 34,6 años y la distribución por sexos, mayor en mujeres, pero no se obtienen resultados significativos en cuanto a la situación personal y tipo de contrato, si bien, se obtiene que la mayor parte de los casos de burnout se da en enfermeros con menos de diez años de experiencia en el último servicio adscrito.

Solano Ruíz et al, en el estudio "Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos"¹⁵ concluye valores de bajo cansancio emocional, baja despersonalización y una adecuada realización personal en los enfermeros de dicho estudio.

4- OBJETIVOS:

Los objetivos generales de nuestro estudio han sido:

Evaluar la existencia de síndrome de Burnout en un grupo de enfermeros de distintos servicios y con distintos tipos de contratos en un hospital comarcal en El Ejido.

Valorar la influencia de algunas características sociodemográficas de un grupo de enfermeros de un hospital comarcal, en la aparición de dicho síndrome.

Como objetivos específicos:

Determinar la existencia o no de síndrome de Burnout en enfermeros con contratos inestables, en dicho hospital comarcal.

Valorar si existen diferencias entre la puntuación obtenida en la escala de Maslach (MBI) entre enfermeros con contratos estables e inestables.

Apreciar cual de las tres subescalas que mide la herramienta usada es la más afectada en enfermeros.

5- METODOLOGÍA:

5.1 SUJETOS.

Nuestro estudio lo constituye una muestra de 65 enfermeros de la plantilla de enfermería de un hospital comarcal en Almería, perteneciendo a distintos servicios asistenciales del mismo y con distintos tipos de contratos.

La muestra se seleccionó usando un muestreo de conveniencia en el que los enfermeros cumplieres los siguientes criterios de inclusión:

- Mínimo de tres años de experiencia como enfermeros.
- No encontrarse de baja en el momento de la realización de la encuesta.
- No estar desempleado o con excedencia en el momento de realización de la encuesta.
- Realizar tarea asistencial de enfermería.

5.2 DISEÑO.

Se trata de un estudio cuantitativo descriptivo transversal poblacional, para obtener información sobre la presencia o no de síndrome de Burnout en un grupo de enfermeros activos y su asociación con distintas variables demográficas y relacionadas con su situación laboral.

5.3 INSTRUMENTOS Y MEDIDAS.

La recogida de datos se llevó a cabo mediante una encuesta autodirigida para evaluar la existencia de Síndrome de Burnout en los componentes de nuestra muestra. Este cuestionario fue la escala Maslach Burnout Inventory o MBI, que plantea enunciados sobre los sentimientos y pensamientos en relación con su interacción con el trabajo⁵⁸. Ver Anexo 1.

La MBI consta de 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert. El sujeto evalúa los sentimientos y actitudes del profesional en el trabajo y en particular hacia los pacientes. Mide tres componentes del síndrome: desgaste emocional, despersonalización y falta de realización personal mediante un rango de 6 adjetivos que van desde “nunca” a “diariamente” respecto a la frecuencia con que experimenta cada una de las situaciones que describen los ítems.

Altas puntuaciones en las subescalas de cansancio emocional y despersonalización, sumado a bajos en realización personal, reflejan la existencia del síndrome.

La subescala Agotamiento emocional se refiere a la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturado, cansado emocionalmente por el trabajo. Consta de 9 preguntas (1,2,3,6,8,13,14,16 y 20) con una puntuación máxima de 54 , a mayor puntuación más agotamiento emocional se presenta.

La segunda subescala es la Despersonalización, que describe una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención. Consta de 5 preguntas (5,10,11,15 y 22) con una puntuación máxima de 30 puntos. Más de 10 puntos es un nivel alto de despersonalización mientras que menos de 6 es un nivel bajo.

Por último la subescala de Realización personal, describe sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo. Consta de ocho preguntas (4,7,9,12,17,18,19 y 21), con una puntuación máxima de 48 pero contraria a las otras subescalas, a mayor puntuación, menor incidencia.

5.4 VARIABLES.

En nuestro estudio hemos tenido en cuenta tanto variables demográficas como las derivadas de nuestra encuesta y de la situación laboral de los componentes de la muestra:

- Sexo.
- Estado civil.
- Servicio donde trabaja.
- Años en dicho servicio.
- Años de experiencia.
- Tipo de contrato.
- Puntuación total de la MBI.
- Agotamiento Emocional.
- Despersonalización.
- Realización Personal.

Las últimas cuatro variables son las derivadas de nuestra encuesta :de ella obtenemos una puntuación total de la escala, que agrupamos en tres niveles según la presencia de Burnout:

Bajo: 1-33 puntos

Media: 34-66 puntos

Alto: 67-99 puntos

En nuestro estudio no obtenemos puntuaciones bajas para la escala global por lo que sólo estudiamos los últimos dos niveles, medio y alto para dicha escala.

Las tres subescalas se estudian individualmente dentro de cada sujeto, con el rango de puntuación que ya hemos definido.

5.5 PROCEDIMIENTO.

Una vez seleccionada nuestra encuesta validada (MBI) procedemos a la selección de la muestra al azar respetando nuestros criterios de inclusión citados anteriormente.

Las encuestas son entregadas a los participantes previa explicación verbal y escrita de la finalidad de nuestro estudio, su anonimato y la voluntariedad del mismo para su posterior consentimiento explícito por escrito.

Las encuestas contestadas fueron recogidas a lo largo de los meses desde Diciembre de 2012 hasta Mayo de 2013, para ser estudiadas obteniendo una puntuación total y de cada una de las subescalas mencionadas.

5.6 ANÁLISIS DE LOS DATOS.

El análisis de los datos se llevo a cabo mediante el programa SPSS v.18.0. Se realiza un estudio descriptivo e inferencial, usando tablas de contingencias y comparativas mediante la prueba de Chi Cuadrado, de dos datos y pruebas no paramétricas como U de Mam-Whitney y Kruskal Wallis , estas últimas para comparativa de mayor número de grupos y ante la imposibilidad de realización de la primera por haber demasiados datos.

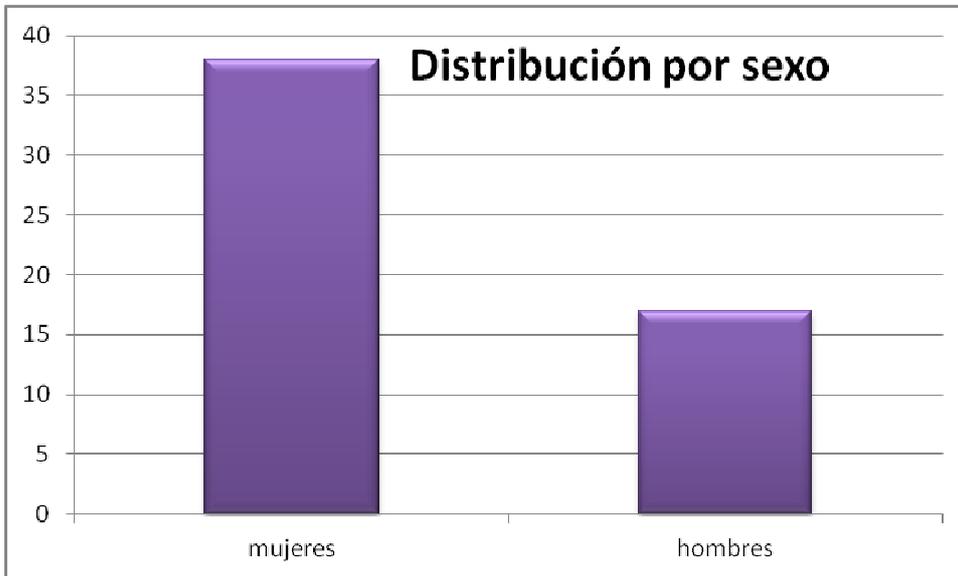
Con estas pruebas estadísticas establecemos comparativas de las variables demográficas y laborales con las puntuaciones obtenidas, tanto global como de cada subescala para ver las asociaciones existentes entre ellas.

6- RESULTADOS.

En el análisis descriptivo vemos que la muestra estaba constituida inicialmente por 65 enfermeros, de los cuales 10 no contestaron correctamente la encuesta entregada, faltando datos, por lo que los consideramos perdidos para la realización de nuestro análisis de datos.

De los 55 sujetos que formaron la muestra definitivamente, 38 fueron mujeres, el 69,1% de la muestra y 17 hombres, siendo el 30,9% de la misma, como vemos en el gráfico 1, lo cual no hemos considerado un sesgo ya que la población enfermera en general es mayoritariamente femenina aún en estos días.

Gráfico 1: Distribución de la muestra por sexo.



Del total de la muestra el 60% son casados, el 1,8% divorciados y el 38,2% solteros sin una distribución significativa de las puntuaciones de nuestra escala. Las edades de los participantes estuvieron comprendidas entre los 25 y los 51 años, como podemos ver reflejado en los gráficos 2 y 3 en las que vemos la distribución de la muestra en función de dichas variables.

Gráfico 2: Distribución de la muestra según rangos de edad.

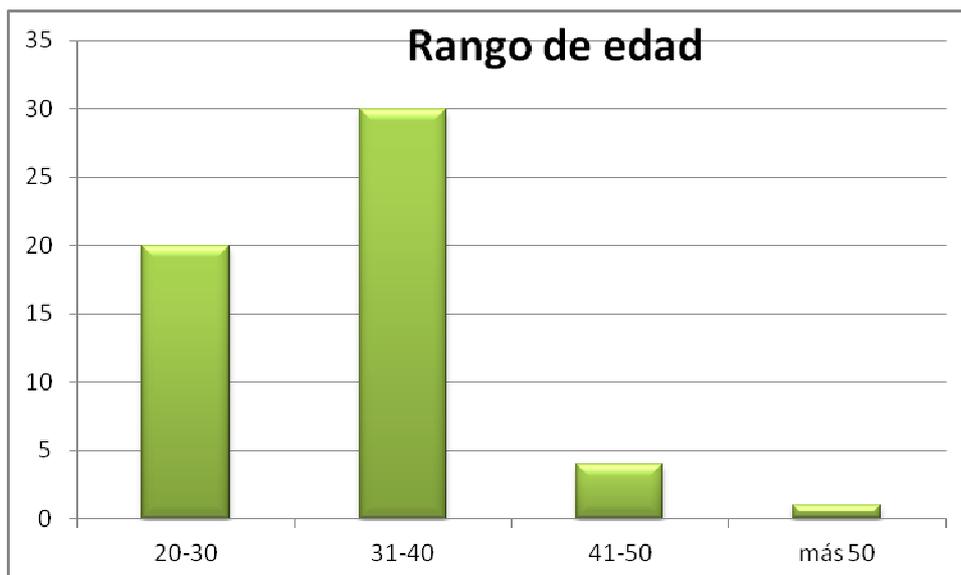
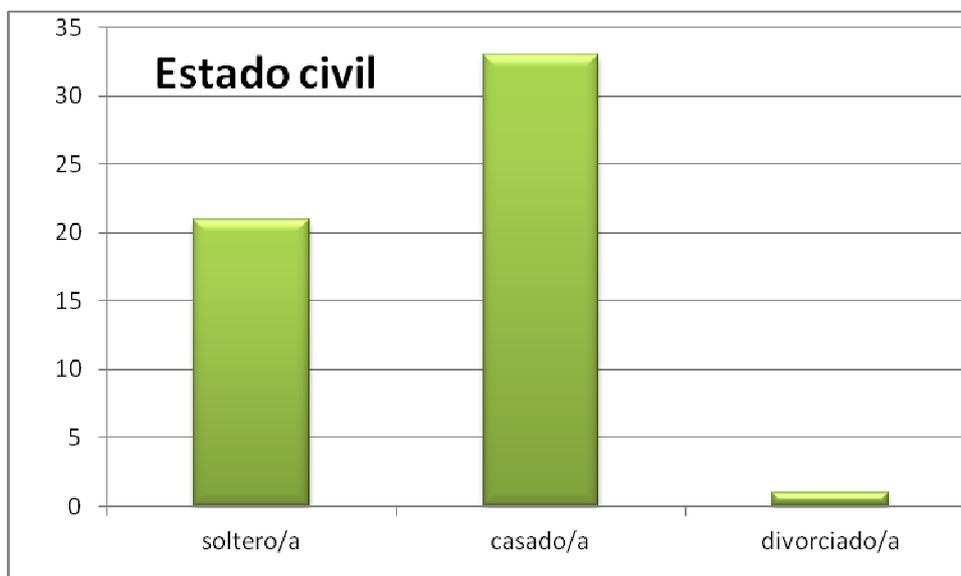


Gráfico 3: Distribución de la muestra según su estado civil.



Al ser una muestra aleatoria los sujetos pertenecen a distintos servicios del hospital con la siguiente distribución que vemos en el gráfico 4.

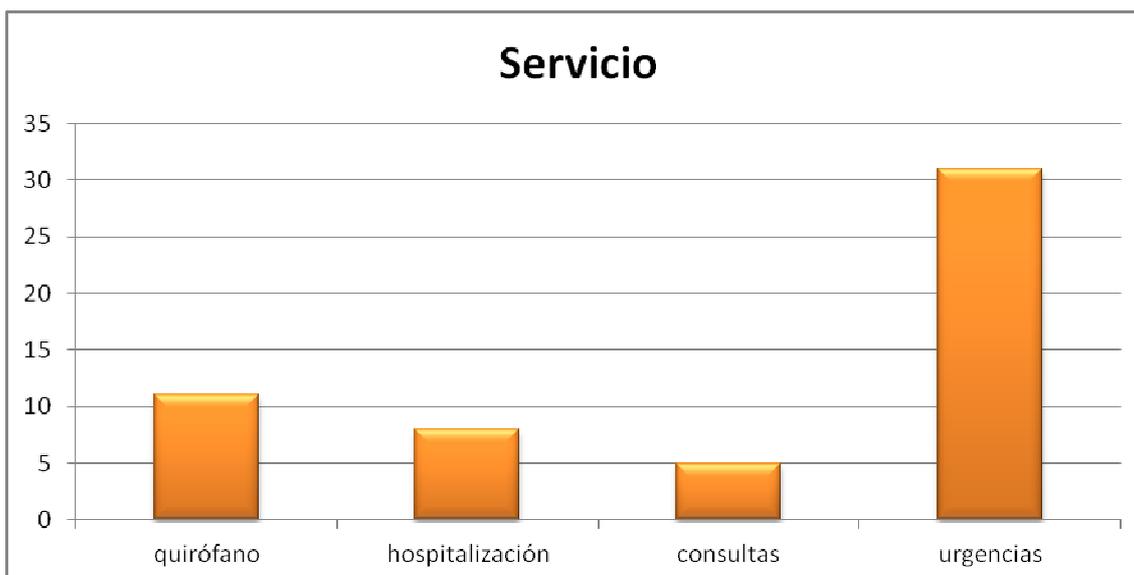
Consultas Externas: 9%

Hospitalización: 14,6%

Quirófano: 20%

Urgencias: 56,4

Gráfico 4: Distribución de la muestra según el servicio donde trabajan.



Una de las razones de la mayor presencia de personal de urgencias y áreas críticas fue que de este servicio no se perdió participación y además es el de mayor volumen de personal de enfermería activo, las encuestas de enfermería pertenecían al área de hospitalización en primer lugar y consultas externas en segundo.

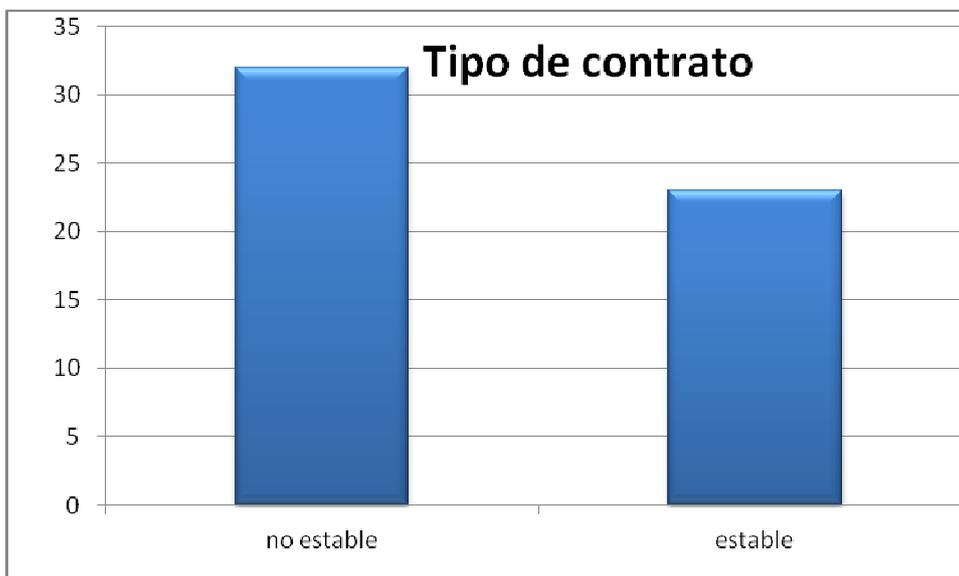
La media de permanencia en el servicio es de 63,09 meses y la media para la experiencia profesional es de 10,55 años y en la gráfico 5 vemos la distribución de la muestra por rango de tiempo trabajado en años.

Gráfico 5: Distribución de la muestra según experiencia laboral agrupada en rangos.



Como vemos en el gráfico 6, de nuestros 55 participantes el 41, 8 % tienen un contrato estable y el 58,2 % aún no tienen estabilidad laboral según su tipo de contrato y a pesar de la media de años de experiencia ya citada.

Gráfico 6: Distribución de la muestra según el tipo de contrato.



ANÁLISIS BIVARIANTE

Se ha realizado la prueba de Chi Cuadrado para la comparación de las variables estudiadas con la puntuación de las escalas de la encuesta realizada, aunque no es posible su realización en muchas de las relaciones que hemos estudiado ya que se supera el 20% máximo de casillas con una frecuencia superior a la esperada para esta prueba, como es en el caso de las comparaciones de las escalas de puntuación de nuestra encuesta: Puntuación total, Realización personal, Despersonalización y Agotamiento Emocional, con las variables demográficas que hemos recogido. Se ha podido realizar dicha prueba en las asociaciones de las variables:

Sexo con las escalas de Puntuación total y Realización personal como vemos en las tablas 3,4 y 5.

Tabla 3: Tabla de contingencia para la variable sexo con la puntuación total del MBI.

Tabla de contingencia

			Escala MBI		Total
			Media	Alta	
Sexo	F	Recuento	19	19	38
		% dentro de Sexo	50,0%	50,0%	100,0%
	M	Recuento	10	7	17
		% dentro de Sexo	58,8%	41,2%	100,0%
Total		Recuento	29	26	55
		% dentro de Sexo	52,7%	47,3%	100,0%

Vemos en la tabla 3 que con puntuación media en la escala de burnout tenemos 19 mujeres (50% del grupo de mujeres) y 10 hombres (58,8% del grupo de hombres, mientras que con puntuación alta encontramos 19 mujeres (50% del grupo de mujeres) y 7 hombres (41,3% del grupo de hombres).

En las tablas 4 y 5 vemos los resultados del análisis realizado, con una significación mayor de 0,05 (marcado en verde) por lo que vemos que no hay relación estadísticamente significativa.

Tabla 4: Comparativa de la variable sexo con la puntuación del MBI.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)		
Chi-cuadrado de Pearson	,367 ^a	1	,545				
Corrección por continuidad ^b	,098	1	0,754				
Razón de verosimilitudes	,368	1	,544				
Estadístico exacto de Fisher						,574	,378
Asociación lineal por lineal	,360	1	,548				
N de casos válidos	55						

Tabla 5: Comparación de la variable sexo con la subescala realización personal.

	Valor	Gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,154 ^a	2	0,561
Razón de verosimilitudes	1,146	2	,564
Asociación lineal por lineal	,170	1	,680
N de casos válidos	55		

En las tablas 6, 7,8 y 9 vemos el análisis para la variable tipo de contrato con las escalas de Puntuación Total, Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal, en éstas como en los casos anteriores la significación (marcada en verde) es mayor a 0,05 por lo que no hay relación entre las variables analizadas.

Tabla 6: Comparativa para la variable tipo de contrato con la puntuación total del MBI.

	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. Exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,005 ^a	1	,944		
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,005	1	,944		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,580
Asociación lineal por lineal	,005	1	,945		
N de casos válidos	55				

Tabla 7: Comparativa para la variable tipo de contrato con la subescala Agotamiento emocional.

	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,327 ^a	2	0,85
Razón de verosimilitudes	,330	2	,848
Asociación lineal por lineal	,008	1	,928
N de casos válidos	55		

Tabla 8: Comparativa para la variable tipo de contrato con la subescala despersonalización

	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,090 ^a	2	0,956
Razón de verosimilitudes	,090	2	,956
Asociación lineal por lineal	,071	1	,790
N de casos válidos	55		

Tabla 9: Comparativa para la variable tipo de contrato con la subescala realización personal.

	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,604 ^a	2	0,061
Razón de verosimilitudes	5,819	2	,054
Asociación lineal por lineal	4,792	1	,029
N de casos válidos	55		

Posteriormente precisamos la realización de otras pruebas estadísticas para continuar con las comparaciones y usamos las pruebas no paramétricas de U de Mam-Whitney y Kruskal- Wallis.

Como vemos en las tablas 10 y 11 hemos usado la prueba U de Mam-Whitney para comparar la variable Edad y la variable Antigüedad con las medias de puntuación de la escala Global o total de Burnout con puntuaciones únicamente medias y altas ya que no se obtienen puntuaciones bajas para esta escala de Burnout total en nuestro estudio. El resultado obtenido para la comparación de esos niveles, medio y alto con las variables señaladas es igualmente que en la prueba de Chi Cuadrado, ya que p es mayor de 0,05 (p= 0,365 en el caso de la edad y 0,461 en el caso de la antigüedad en el servicio).

Tabla 10: Rangos de distribución de las variables edad y antigüedad.

	ESCALA MBI	N	Rango promedio	Suma de rangos
Edad	Media	29	26,16	758,50
	Alta	26	30,06	781,50
	Total	55		
ANTIGÜEDAD	Media	29	29,50	855,50
	Alta	26	26,33	684,50
	Total	55		

Tabla 11: Análisis bivariante para edad y antigüedad con la puntuación del MBI

	EDAD	ANTIGÜEDAD
U de Mann-Whitney	323,500	333,500
W de Wilcoxon	758,500	684,500
Z	-,906	-,737
Sig. asintót. (bilateral)	0,365	0,461

En la realización de la prueba de Kruskal-Wallis hacemos la comparación de los tres niveles de las subescalas de nuestro estudio: bajo, medio y alto con las variables estudiadas de edad y antigüedad, pero nuevamente obtenemos que p es mayor de 0,05 en todos los casos relacionados como vemos en las tablas 12, 13 Y 14 (marcado en verde).

Tabla 12: Análisis bivariante para edad y antigüedad con la subescala agotamiento emocional.

	EDAD	ANTIGÜEDAD
Chi-cuadrado	,126	2,448
Gl	2	2
Sig. asintót.	0,939	0,294

Tabla 13: Análisis bivariante para edad y antigüedad con la subescala despersonalización.

	EDAD	ANTIGÜEDAD
Chi-cuadrado	1,168	,973
Gl	2	2
Sig. asintót.	0,558	0,615

Tabla 14: Análisis bivariante para edad y antigüedad con la subescala realización personal.

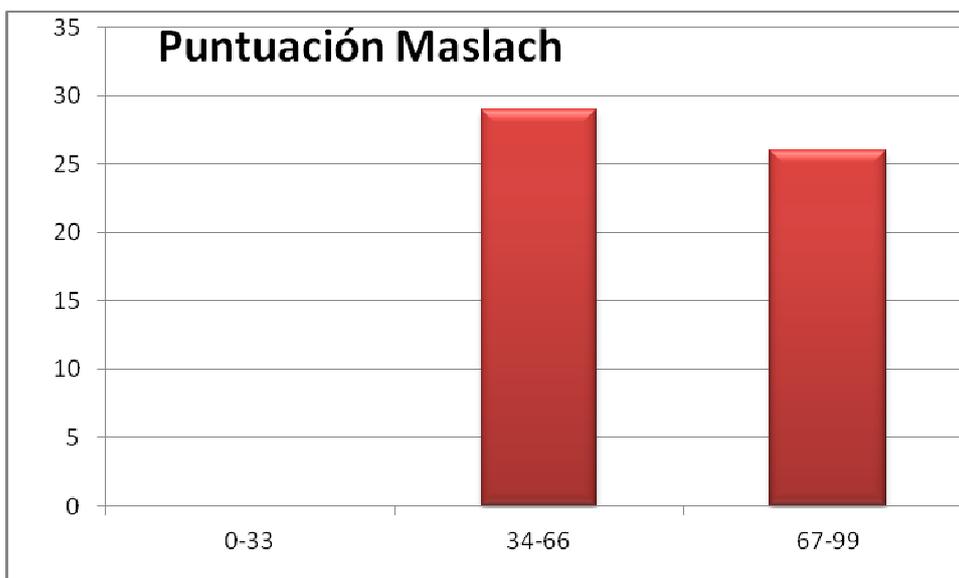
	EDAD	ANTIGÜEDAD
Chi-cuadrado	1,066	,253
Gl	2	2
Sig. asintót.	0,587	0,881

Por último hemos realizado correlaciones para comparar nuevamente variables cuantitativas intentando buscar asociaciones entre nuestras ellas y las escalas de Burnout y nuevamente obtenemos el mismo resultado de variables independientes, no relacionadas con p mayor a 0,05.

Al final de nuestro estudio y tras todas las asociaciones que hemos realizado, observamos la ausencia de relación entre nuestras variables, siendo éstas independientes entre sí por lo que no podemos decir que haya relación entre la presencia de Burnout y las variables que hemos estudiado.

Las puntuaciones de la escala global de nuestra encuesta son sólo medias y altas de 29 y 26 encuestados respectivamente. En el gráfico 7 vemos como se distribuye la puntuación de nuestra escala MBI respecto de la muestra.

Gráfico 7: Distribución de puntuación de la escala total en nuestra muestra.



Vemos que en nuestra muestra 32 encuestados no tienen contrato estable, el 58,2 % de la misma y no hay asociación de nuestra variable Tipo de Contrato con la aparición de síndrome de burnout, no hay diferencias entre el grupo de contrato inestable con el de contrato estable.

Podemos ver en los gráficos 8, 9 y 10 además de cual de las tres subescalas estudiadas es la más afectada en enfermeros, la distribución de las puntuaciones de las subescalas del MBI: en nuestra muestra se obtienen puntuaciones elevadas para un porcentaje alto en el caso de la subescala de Despersonalización (45,5%). En el caso del Agotamiento Emocional (50,9%) es la puntuación baja la que obtiene el mayor porcentaje de puntuación y en el caso de el Logro o Realización Personal (40%) la puntuación alta es la de mayor porcentaje, siendo entonces la Despersonalización la subescala con puntuación más elevada en mayor porcentaje en nuestro estudio, seguido del Logro y del Agotamiento Emocional, siendo ésta y la primera opuestas al Logro ya

que la única relación existente entre ellas aunque no es significativa, observamos que al aumento de las subescalas mencionadas, disminuye la de Logro y al contrario.

Grafico 8: Distribución de puntuación de la escala de agotamiento emocional en nuestra muestra.

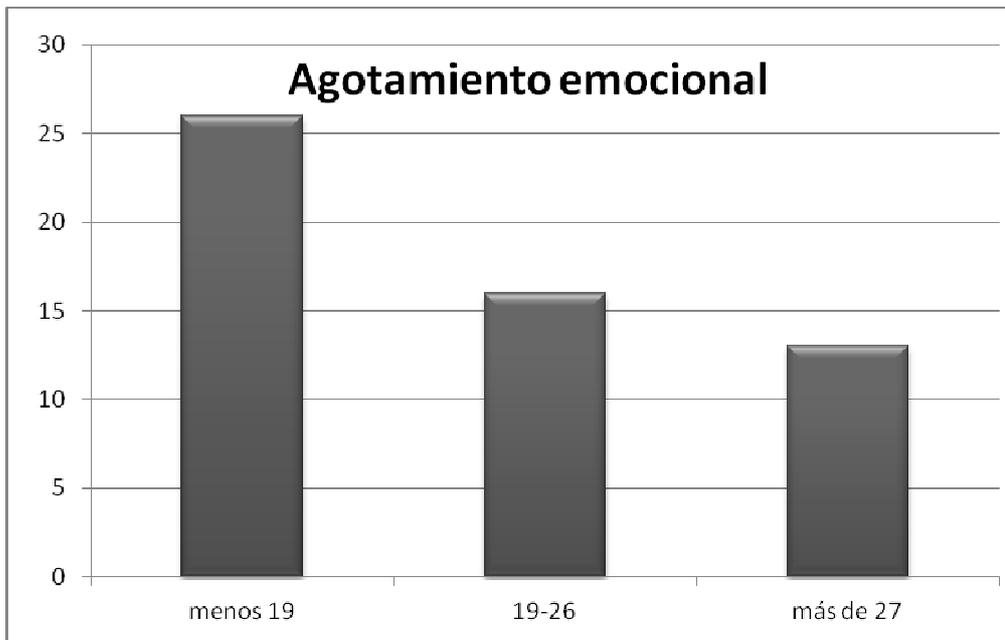


Gráfico 9: Distribución de la escala de realización personal en nuestra muestra.

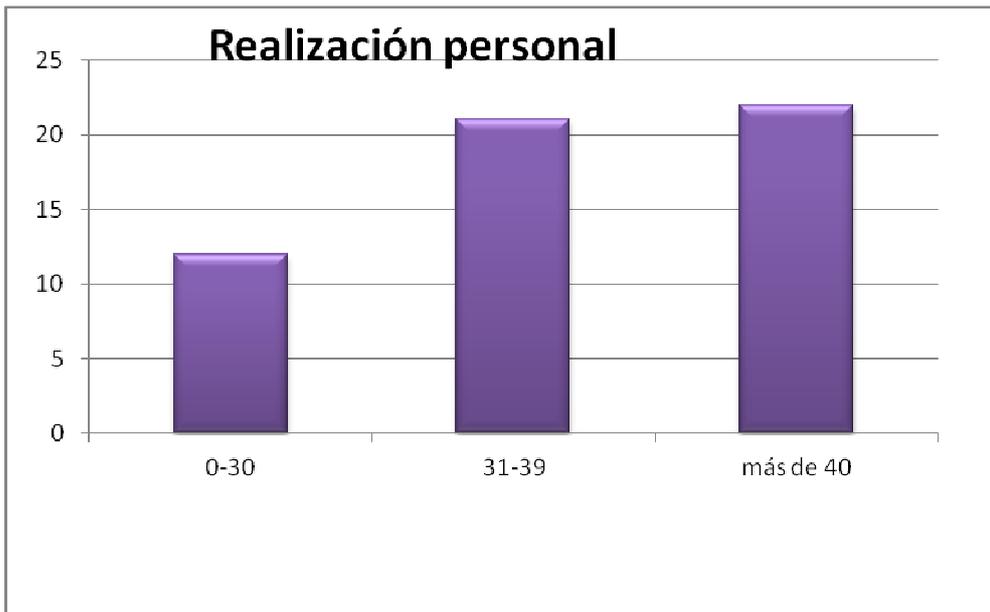
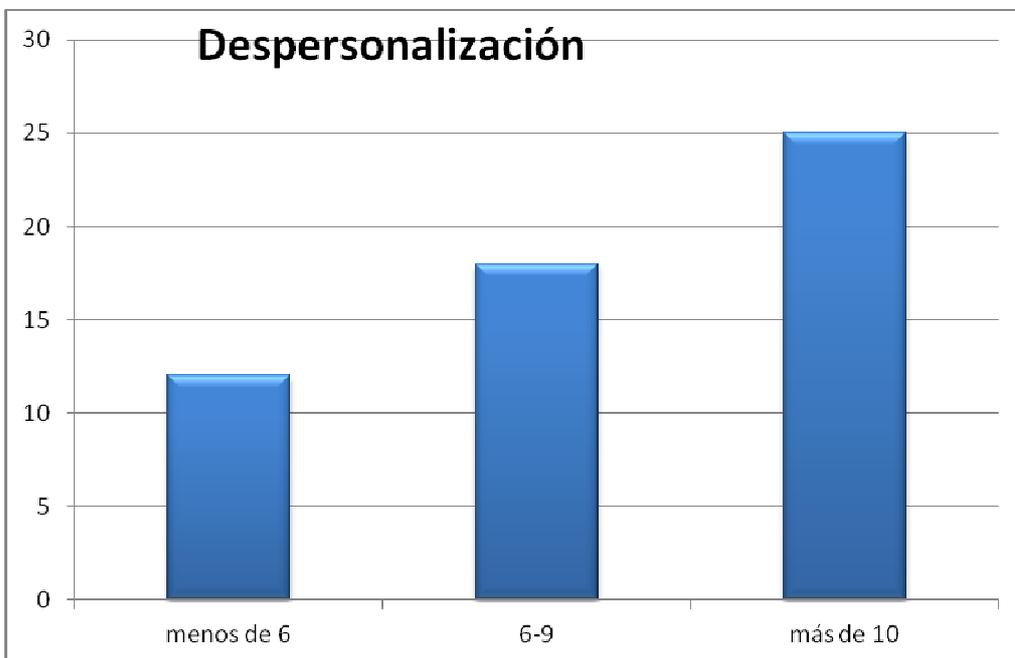


Grafico10: Distribución de puntuación de la escala de despersonalización en nuestra muestra.



Podemos ver en los gráficos 8, 9 y 10 la distribución de las puntuaciones de las subescalas del MBI: en nuestra muestra se obtienen puntuaciones elevadas para un

porcentaje alto en el caso de la subescala de Despersonalización (45,5%). En el caso del Agotamiento Emocional (50,9%) es la puntuación baja la que obtiene el mayor porcentaje de puntuación y en el caso de el Logro o Realización Personal (40%) la puntuación alta es la de mayor porcentaje, siendo entonces la Despersonalización la subescala con puntuación más elevada en mayor porcentaje en nuestro estudio, seguido del Logro y del Agotamiento Emocional, siendo ésta y la primera opuestas al Logro ya que la única relación existente entre ellas aunque no es significativa, observamos que al aumento de las subescalas mencionadas, disminuye la de Logro y al contrario.

Las mayores puntuaciones de la escala total las obtenemos en el personal más joven pero con importantes diferencias en las subescalas estudiadas, obteniendo en la mayoría de los casos puntuaciones mayores en el orden siguiente: Realización Personal, Agotamiento Emocional y Despersonalización.

7- DISCUSIÓN.

Nuestro estudio ha estado centrado en el estrés en personal asistencial de enfermería y más concretamente en el síndrome de burnout y su incidencia en un grupo de enfermeros de un hospital comarcal, para poder ver el grado de afectación y el campo de este síndrome más afectado junto con la posible relación de aparición del mismo con las variables demográficas estudiadas. Nuestro estudio ha tenido una serie de limitaciones, en primer lugar la muestra no es del todo homogénea, lo cual no ha permitido comparar la posible relación entre el síndrome y el lugar de trabajo, al igual que otras variables ya que la distribución de la muestra respecto a ellas no es muy equitativa.

En nuestros resultados no hemos encontrado relación entre las variables demográficas de sexo, edad, estado civil, antigüedad ni tiempo en el servicio, mientras que otros estudios como el de J. C. Atance⁸ que define un perfil de mayor incidencia epidemiológica a una mujer sin pareja estable, de más de 19 años de antigüedad y 11 en atención especializada. Tampoco encontramos relación estadísticamente significativa entre el tipo contrato y la puntuación obtenida en nuestra escala, pero M. Ángeles Caballero¹⁰ señala puntuaciones más elevadas en agotamiento emocional para el

personal fijo y en despersonalización en el estudio de López Soriano y Bernal¹² para dicho tipo de personal.

Al analizar los resultados observamos que es el personal más joven el que presenta puntuaciones más altas para la escala total de burnout como señala A. Ochomago y E Quinto⁹ pero con importantes discrepancias en nuestro caso entre las distintas subescalas ya que en la mayoría de los casos las puntuaciones son mayores por este orden: realización personal, agotamiento emocional y despersonalización, que en un análisis multivariante en nuestro estudio, se detectan relaciones entre sí como señala López Soriano y Bernal¹², siendo una relación inversa en el caso de realización personal con agotamiento emocional y despersonalización.

Nosotros hemos obtenido puntuaciones altas en el 47.3% de los casos en la escala global, 23.6% en agotamiento emocional, 45.5 % en despersonalización y 40% en realización personal pero sin una distribución significativa respecto a las demás variables estudiadas. No han existido puntuaciones bajas en la escala total del MBI, pero en un gran número de los casos es la puntuación de la escala de logro o realización personal la que eleva esa puntuación, cuando ésta mide el aspecto positivo del trabajo frente a la consecución de los objetivos del profesional.

Varios de los estudios consultados reflejan diferencias en la distribución de las puntuaciones o la incidencia de burnout y el sexo como es el caso de M Ángeles Caballero et al¹⁰ siendo mayor en hombres el agotamiento emocional y la despersonalización al contrario que en el estudio de Ibáñez Martínez et al¹¹ que señala menor riesgo en hombres. Esta discrepancia respecto a nuestro estudio podría deberse a la gran diferencia de tamaño de ambos grupos, hombres y mujeres.

No hemos podido concluir la relación existente entre el estado civil y el burnout que ya señalaban algunos autores como Abigail Fernández et al¹³ que detecta mayor puntuación en mujeres divorciadas o Ibáñez Martínez et al¹¹ que señalan menor riesgo de padecer el síndrome en enfermeros no casados.

En nuestros resultados no hemos detectado relación estadísticamente significativa alguna en el estudio adscrito entre la antigüedad y la aparición de este

síndrome, mientras que Abigail Fernández et al¹³ señala más despersonalización en áreas de cuidados críticos, urgencias, quirófano y UCI y más puntuación de agotamiento emocional y menor logro a mayor antigüedad igualmente señalado por Ibáñez Martínez et al¹¹ que refiere que a más años trabajados menor realización personal, lo que nosotros no hemos podido constatar en nuestro estudio creyendo en parte que esto se debe a la falta de homogeneidad de la muestra.

Respecto a las limitaciones encontradas en este trabajo se han basado en:

El tamaño muestral: pequeño.

Dificultad en la obtención de encuestas completamente contestadas.

El análisis de las puntuaciones obtenidas ha sido controvertido, ya que las subescalas están relacionadas entre sí, por lo que hemos obtenido puntuaciones altas de burnout en componentes de la muestra con alta puntuación en realización personal, lo cual es positivo.

Muestra de predominio femenino debido a que como ya hemos dicho la población enfermera es mayoritariamente femenina.

8 –CONCLUSIÓN.

Con el estudio de investigación realizada, basándonos en los objetivos propuestos, se ha podido llegar a las siguientes conclusiones:

De los objetivos generales

- Todos los componentes de la muestra han obtenido puntuaciones medias y altas, lo que indica la presencia de síndrome de burnout.
- No ha habido diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en la escala total o en las subescalas con el servicio donde trabajan
- No ha habido diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en la escala total o en las subescalas con el tipo de contrato.
- No hemos establecido relación significativa entre las características sociodemográficas estudiadas y la puntuación obtenida en el MBI.

De los objetivos específicos:

- Existe síndrome de burnout en los enfermeros con contratos inestables, pero sin diferencias significativas con los enfermeros de contrato estable.
- No existen en nuestro estudio diferencias en la distribución de las puntuaciones totales del MBI entre ambos grupos.
- No existen en nuestro estudio diferencias en la distribución de las puntuaciones de las subescalas del MBI entre ambos grupos.

El porcentaje de puntuaciones elevadas mayor de las subescalas, lo hemos encontrado en la subescala de despersonalización seguida del logro y el agotamiento emocional.

La relación entre las subescalas de despersonalización y agotamiento emocional respecto del logro es inversa, a mayor puntuación de las primeras, menor de la segunda.

Para terminar, podemos decir que no hemos detectado relación estadísticamente significativa entre la presencia de síndrome de burnout y las variables estudiadas, pero nuestro estudio sí nos ha permitido comprobar el comportamiento de la puntuación de la escala total y las tres subescala del MBI en nuestra muestra.

9-BIBLIOGRAFÍA:

- 1 Deckard G, Meterko M, Field D. Physician burnout: an examination of personal, professional and organizational relationships, *Med Care* 1994; 32: 745-54.
- 2 Heuven E, Bakker AB. Emocional dissonance and burnout among cabin attendants. *Eur. J Work Organ. Psychol.* 2003; 12:81-100.
- 3 Mtas.es [internet]. España: Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2009 [actualizado año 2010; citado 25 de Mayo 2013]. Disponible en <http://www.mtas.es/estadísticas/ECNT/index.htm>.
- 4 Cary L. Cooper, Paine R. *Stress at Work*. Phoenix: 1. Chichester.1978.
- 5 Schaufeli W.B, Enzmann D, Girault N. Measurement of burnout: a review. *JAN.*1998; p 199-215.
- 6 López Fernández JA. Validación de la “Escala de Estrés en Enfermería” (NSS), de Gray-Toft y Anderson [tesis]. La Laguna: Universidad de La Laguna. Facultad de Psicología; 2002.
- 7 Gray-toft P, Anderson J.G. Stress among Nursing staff: its causes and effects. *Soc Sci Med.*1981 15A:639-647.
- 8 Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Rev. esp. Salud Pública.*1997; 71(3): 293-303.
- 9 Ochomago Gutiérrez HA, Quinto Barrera E. Prevalencia del síndrome de burnout, o síndrome de desgaste laboral, en personal del Hospital Nacional de Salud Mental de Guatemala. *Rev. Latinoam Psiquiatría* 2011; 10(1): 11-17.

- 10 Caballero Martín MA Bermejo Fernández F, Nieto Gómez R, Caballero Martínez F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Aten Primaria*.2001; 27(5): 313-317.
- 11 Ibáñez Martínez N, Vilaregut Puigdesens A, Abio Roig A. Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enf Clin*. 2004; 14(3): 142-51.
- 12 López Soriano F, Bernal L. Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermeros de atención hospitalaria. *Rev. Ca Asis*. 2002; 17(4): 201-205.
- 13 Fernández Sánchez A, Juárez García A, Arias Galicia F, González Zermeño ME. Agotamiento profesional en personal de enfermería, su relación con variables demográficas y laborales. *Rev. Enfer Inst Mex Seguridad Soc*.2010;18(1):15-21.
- 14 Del Río Moro O, Perezagua García MC, Vidal Gómez B. El síndrome de burnout en los enfermeros del Hospital Virgen de la Salud de Toledo, *Enf en Card*.2003; 28(1):24-29.
- 15 Solano Ruiz MC, Hernández Vidal P, Vizcaya Moreno MF, Reig Ferrer A. Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enf Int*.2002; 13(1):9-16.
- 16 Freudemberger HJ. Staff burn-out. *J Soc Issues*.1974;30(1):159-165.
- 17 Maslach C, Jackson SE. Burnout in health professions: a social psychological analysis. En G.Sanders y J.Suls (eds). Hillsdale, NJ: Erlbaum;1982.
- 18 Burke RJ. Burnout in police work: An examination of the Cherniss model. *Group Organ ST [internet]* 1987 [citado 30 de Junio 2012] 12: 174-188.
- 19 Shirom A. *Handbook of occupational health psychology*. New York. James Campbell Quick and Louis E. Tetrick.2002.

- 20 Pines A. Professional Burnout: Recent developments in theory and research. Washington Dc: Taylor and Francis;1993.
- 21 De las Cuevas C, González Rivera JA, De la Fuente JA, Alviani M, Ruiz Benítez A. Burnout y reactividad al estrés. Rev Med Univ Navarra.1997;41:10-18.
- 22 Hombrados MI. Estrés y Salud. Valencia: Promolibro;1997.
- 23 Farber BA. Stress and Burnout in the human service professions. Pergamon. General Psychology Press. New York;1983.
- 24 Buendía J, Ramos F. Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide;2000.
- 25 Selye H. The Stress of life.3º ed.New York: McGraw-Hill.1956.
- 26 Mason JW. A historical view of the stress field. I J Hum Stress; 1:6-12.1975.
- 27 Selye H. Stress and disease. Science. 7.Vol 122 (3171):625-631.1955.
- 28 Kahn RL,Wolfe D, QuinnRP, SnoekJD, Rosenthal RD.Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity.New York: Wiley;1964.
- 29 Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company Inc;1984.
- 30 Mansilla Izquierdo F, García Micó JC, Gamero Merino C, Congosto Gonzalo A. Influencia de la insatisfacción laboral en las demandas de cambio de puesto de trabajo por motivos de salud. Med. segur. trab. 56 (219).
- 31 Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet] [consultada 1 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/estres/c3/a9s>.

- 32 Lazarus R, Folkman S. Estrés y procesos cognoscitivos. 2º ed. Barcelona: Ed. Martínez Roca;1986.
- 33 Derogatis L R, Coons H L. Self-report measures of stress. 2º ed. L.Godberger y Sbeznitz editors. New York: The free Press;1993.
- 34 Santamaria Ramiro M T, López Fernández J A, Hernández Díaz M D. ¿Quién cuida al que cuida? Sobre el estrés y el burnout. 1º ed. Santa Cruz de Tenerife: Adeslas;2001.
- 35 Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, INSHT. V Encuesta Nacional de Condiciones del trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. [Internet]. 5º ed. España. [citado 1 de Junio 2013]. Disponible en: <http://www.mats.es/insht/statistics/ect05.result.htm>
- 36 Ribera Domene D, Cartagena de la Peña E, Reig Ferrer A, Romá Ferri M T, Sana Quintero M I, Caruana Vañó A. Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería: estudio empírico en la provincia de Alicante. 2º ed. Universidad de Alicante, editor. Alicante: Secretariado de Publicaciones; 1993.
- 37 Karasek R A. Job demands, job decision latitude and mental Straits: Implication for job redesing. Vol 24. Administrative Sciencie Quartely;1979.
- 38 Sutherland V J, Cooper C L. Understanding stress: A psychological perspective for health professionals.2º ed. Londres: Chapman and Hall; 1990.
- 39 Matteson M T, Ivancevich Jonh M. Controlling Work stress: Effective human resource and management strategies. San Francisco, California: Josey-Bass;1987.
- 40 Meza Benavides M A. Estrés laboral en profesionales de enfermería: estudio sobre evaluación cognoscitiva y afrontamiento. Rev Enf C R, [Internet].2006 [citado 15 de Mayo de 2012]; 27(1):10-15. Disponible en: <http://www.revista.enfermería.cr/sites/default/files/27-1-2006.pdf>.

- 41 Slipak O. Estrés laboral. Rev Arg Neur [Internet]. 1996[citado 15 mayo de 2012]; Vol. 5. Disponible en: http://www.alcmeon.cpm.ar/5/19/a19_03.htm.
- 42 Ortega Ruiz C, López Ríos F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. Int. J Clin Health Psychol. 2005.Vol. 4 (001): 137-160.
- 43 Paris L, Omar A. Predictores de satisfacción laboral en médicos y enfermeros. Estud Psicol. (natal) [Internet] 2008.[citado 22 de Mayo de 2012]; Vol 13 (3). Disponible en :http://www.scielo.br/scielo-php?pid=51413-294x2008000300006&script=sci_arttext
- 44 Vögele C, Steptoe A. Anger Inhibition and family history as modulators of cardiovascular responses to mental stress in adolescent boys. J Psy res.1993;Vol 37(5): 503-514.
- 45 McGraine E W, Lambert V A, Lambert C E Jr. Work stress, hardiness and burnout among hospital staff nurses. Nurs Res. 1987; Vol 36(6):374-378.
- 46 Cross D G, Kelly J G. Personality typing and anxiety for two groups of registered nurses. Aust J Adv Nurs. 1984; Vol2(1): 52-59.
- 47 Healy C M, McKay M F. Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. Aus J Adv Nurs.2000;Vol 31(3): 681-688.
- 48 Glass D C, Mcnight J D, Valdimorsdottir H. Depression burnout and perceptions of control in hospital nurses. J Consult Psychol. 1993; Vol 61:147-155.
- 49 Manzano García G. Estrés en personal de enfermería [tesis doctoral]. Bilbao: Univ Deusto;1997.

- 50 Orłowski J P, Gullede A D. Critical care stress and burnout. *Crit Care Clin.*1986; Vol 2: 173-181.
- 51 Florez J A. Signos de alarma para el burnout: una perspectiva integral para el autocontrol. 2002. *Actas del XXIV Congreso Nacional Semergen*:31-38.
- 52 Naisberg J L, Fenning S. Personality characteristics and propeness to burnout: a study among psychiatrists. *Stress Med* 1991; Vol 7 (4):201-205.
- 53 Gonzalez de Rivera J L, Morea A. La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquics*, 1983; Vol 4: 7-11.
- 54 Moncada L, Sánchez M A, Cruz Cubells J L, Atazcoz Lazcano L. Estrés y tensión laboral en enfermeras y auxiliares de clínica de hospital. *Archi Prev Riesgos Labor.* 1998; Vol 4: 151-160.
- 55 Cooper C L. *Theories of Organisational Stress*. New York: Oxford University Press.1998.
- 56 Quijano S, Navarro J. El ASH(Auditoria del sistema humano), los modelos de calidad y la evaluación organizativa. *Rev de Psic General y Aplicada.* 1998; Vol 14(2): 193-216.
- 57 Revicki D A, May H J, Whitley TH. Reliability and Validity of the work, related strain: Inventory among health professionals. *Behavioral Medicine.* 1991; Vol 17:11-120.
- 58 Maslach C, Jackson S E. *Maslach Burnout Inventory*. 2º ed. Palo Alto, C A: Consulting Psychologist Press.1986.

10-ANEXO.

Anexo 1.

ESCALA MASLACH

Edad: _____ Sexo: M/F

Servicio donde trabaja: _____

Tiempo en dicho servicio: _____

Tipo de contrato (estable o no): _____

Años de profesión: _____

Estado civil: _____

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= NUNCA.

1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS.

2= UNA VEZ AL MES O MENOS.

3= UNAS POCAS VECES AL MES.

4= UNA VEZ A LA SEMANA.

5= POCAS VECES A LA SEMANA.

6= TODOS LOS DÍAS.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	

14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	