

---

## Artículo original

---

2

M.I. Ríos Risquez<sup>a</sup>,  
C. Godoy Fernández<sup>b</sup>,  
F. Peñalver Hernández<sup>c</sup>,  
A.R. Alonso Tovar<sup>d</sup>,  
F. López Alcaraz<sup>d</sup>,  
A. López Romera<sup>d</sup>,  
S. Garnés González<sup>d</sup>,  
E. Salmerón Saura<sup>d</sup>,  
M.D. López Real<sup>d</sup>,  
R. Ruiz Sánchez<sup>d</sup>,  
P. Simón Domingo<sup>d</sup>,  
J.L. Manzanera Nicolás<sup>d</sup>,  
M.A. Menchón Almagro<sup>d</sup>  
y R. Liébanas Bellón<sup>d</sup>

### Estudio comparativo del *burnout* en personal de enfermería de Cuidados Intensivos y Urgencias

<sup>a</sup>Licenciada en Psicología. Enfermera del Servicio de Urgencias. Hospital Morales Meseguer. Murcia.

<sup>b</sup>Profesora del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia. Murcia.

<sup>c</sup>Supervisor del Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Morales Meseguer. Murcia.

<sup>d</sup>Enfermeros del Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Morales Meseguer. Murcia.

Primer premio SEEIUC a la mejor comunicación presentada al XXXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias. Madrid 3-6 junio 2007  
Estudio financiado por la Fundación para la Investigación y Formación Sanitarias de la Región de Murcia y Caja Murcia. N.º de proyecto:  
FFIS-CM/12/07.

**Correspondencia:**

M.I. Ríos Risquez.  
C/ Carril de Ruipérez, 68, 1.º.  
30007 Murcia.  
Correo electrónico: maribelrios7@yahoo.es

### *Comparative study of burnout in Intensive Care and Emergency Care nursing staff*

**Objetivo.** Estimar y comparar el nivel de *burnout* existente en los Servicios de Cuidados Intensivos y Urgencias, y estudiar su asociación con las características sociodemográficas y laborales de los profesionales encuestados.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Emplazamiento.** Servicios de Urgencias y Cuidados Intensivos del Hospital Morales Meseguer (Murcia).

**Muestra.** Noventa y siete profesionales de enfermería, 55 pertenecientes al Servicio de Urgencias y 42 al Servicio de Cuidados Intensivos.

**Método.** Se emplearon dos instrumentos de evaluación: una encuesta de variables sociodemográficas y laborales, y el cuestionario *Maslach Burnout Inventory*, de 1986. Las variables cuantitativas se expresan como media ± desviación estándar comparadas con t de Student y las cualitativas se comparan con Chi<sup>2</sup>. El análisis de datos se realizó mediante el programa informático SPSS 12.0°.

**Resultados.** El análisis comparativo de las dimensiones que componen el *burnout* demuestra que los niveles de agotamiento emocional son

significativamente mayores en el Servicio de Cuidados Intensivos que en el de Urgencias ( $25,45 \pm 11,15$  frente a  $22,09 \pm 10,99$ )  $p < 0,05$ . El resto de dimensiones que componen el síndrome no ha demostrado diferencias significativas entre ambos servicios. El género masculino obtiene una mayor puntuación en la dimensión de despersonalización ( $10,12 \pm 5,38$ ) que el género femenino ( $6,7 \pm 5,21$ )  $p < 0,01$ . Existe una mayor vulnerabilidad al agotamiento emocional en el grupo de profesionales que llevan más de 15 años trabajando ( $F = 3,592$ ;  $p = 0,031$ ).

**Conclusiones.** Los niveles encontrados de *burnout* resultaron ser moderados-altos. El 5,15% de la muestra total estudiada puntuó alto en las tres dimensiones del síndrome, los profesionales de Cuidados Intensivos son los más vulnerables a padecer elevados niveles de agotamiento emocional y el género masculino es el más propenso a las actitudes de despersonalización.

**Palabras clave:** *burnout*, enfermería de Urgencias, enfermería de Cuidados Intensivos.

**Objective.** To assess and compare the burnout level between Intensive Care Unit and Emergency Unit, and study its association with the sociodemographic and work characteristics of the professionals surveyed.

**Description.** Cross-sectional, descriptive study.

**Emplacement.** Intensive Care Unit of the university hospital Morales Meseguer, Murcia-Spain.

**Studied sample.** 97 nursing professionals: 55 professionals belong to the Emergency Department, and 42 professionals belong to the Intensive Care Department.

**Method.** Two evaluation tools were used: a sociodemographic and work survey, and the Maslach Burnout Inventory, 1986. Quantitative variables expressed as mean  $\pm$  SD compared with the Student's T test and qualitative variables compared with the  $\chi^2$  test. Statistical analysis: SPSS 12.0<sup>®</sup>.

**Results.** The comparative analysis of the burnout dimensions shows that emotional exhaustion level is significantly higher in the intensive care service than in the emergency one ( $25,45 \pm 11,15$  vs  $22,09 \pm 10,99$ )  $p < 0,05$ . The rest of burnout dimensions do not show significant differences between both departments. The masculine gender obtains a higher score in the depersonalization dimension of burnout ( $10,12 \pm 5,38$ ) than female one ( $6,7 \pm 5,21$ )  $p < 0,01$ . There is greater vulnerability to emotional exhaustion among the professional group with more than 15 years of work experience ( $F = 3,592$ ;  $p = 0,031$ ).

**Conclusions.** The burnout levels are moderate to high among the nursing professionals studied. A total of 5,15% of the sample studied achieves a high score in the three dimensions of the burnout syndrome. The intensive care professionals are the most vulnerable to suffering high levels of emotional exhaustion, and the masculine gender is more susceptible to depersonalization attitudes.

**Key words:** *burnout*, Emergency nursing professionals, Intensive Care nursing professionals.

## INTRODUCCIÓN

El concepto de estrés ha sido considerado durante siglos, pero es a partir de la década de los sesenta cuando comienza a conceptualizarse de forma más sistemática y se le reconoce como un aspecto inevitable de la vida, que contribuirá a marcar diferencias en el funcionamiento social e individual de las personas, según sea la forma en que cada uno lo afronte.

El concepto o constructo estrés abarca, pues, un amplio número de aspectos y variables a tener en cuenta en su estudio, y es dentro de este marco conceptual donde se ubica el síndrome de *burnout* o síndrome de «estar quemado por el trabajo», definido por la mayor parte de la literatura revisada como una respuesta al estrés laboral crónico. Desde un enfoque clínico, Freudberger (1974)<sup>1</sup> fue el primero en describir este síndrome. Este psiquiatra aludió a un pa-

4 trón conductual, actitudinal y afectivo bastante homogéneo por el que los profesionales o voluntarios que trabajan en contacto directo con personas en prestación de servicios se vuelven menos sensibles, poco comprensivos e incluso agresivos, manteniendo un trato distanciado y cínico hacia sus clientes/pacientes, todo ello como consecuencia de este contacto diario con su trabajo. Posteriormente, y ya desde una perspectiva psicosocial, Cristina Maslach (1976)<sup>2</sup> eligió también el mismo término para describir un conjunto de síntomas: «es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas». Complementariamente al modelo de Maslach (1980)<sup>3</sup> desarrolló un modelo evolutivo de tres fases que presenta el síndrome de *burnout* como el resultado de la exposición crónica al estrés. Destaca su conceptualización del síndrome como un proceso dinámico donde se enfatiza la pérdida de los elementos cognitivos que valoran el trabajo. Dentro de un contexto más próximo, destacan las aportaciones de numerosos investigadores. Entre ellos, Gil-Monte y Peiró (1997)<sup>4</sup> definen este síndrome como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.

Desde sus orígenes se ha vinculado el síndrome de *burnout* a las profesionales asistenciales. El estrés laboral que se da en el contexto laboral sanitario es reconocido en numerosas referencias bibliográficas<sup>5-7</sup>. En todos estos estudios se justifica la elevada presencia del estrés y sus consecuencias aludiendo a las características específicas de las profesiones sanitarias: atender el dolor, la muerte, la enfermedad terminal, las situaciones de urgencia vital, las demandas y presiones laborales, los conflictos de rol, los pacientes problemáticos y un largo etcétera. Las consecuencias negativas del estrés sobre los sujetos pueden agruparse en varias categorías: diversas enfermedades y patologías físicas, problemas psicosomáticos, alteraciones psicológicas y comportamentales, y problemas organizativos<sup>8</sup>. Los datos procedentes de numerosos estudios evidencian los efectos que el estrés tiene sobre la salud física y psicológica<sup>9-14</sup>. Por otro lado, y a nivel organizacional, el estrés laboral y el síndrome de «que-

marse por el trabajo» ocupan un lugar destacado dentro de los riesgos laborales de carácter psicosocial, pues constituyen una de las principales causas del deterioro de las condiciones del trabajo y una fuente de accidentabilidad y absentismo<sup>8</sup>.

Dadas las consecuencias del estrés laboral crónico, son muchos los estudios que se han desarrollado con el fin tanto de investigar el perfil epidemiológico del síndrome de *burnout* como de determinar la prevalencia de éste en distintos contextos laborales; para ello se han analizado diferentes colectivos sanitarios. Entre los diversos contextos analizados, las Unidades de Cuidados Intensivos han sido especialmente analizadas<sup>15-17</sup> por estar presentes en ellas numerosas fuentes de estrés: tecnificación del ambiente laboral, eventos críticos, gravedad de los pacientes a atender, contacto estrecho con la muerte, etc.<sup>5</sup>. Más escasos son los estudios que analizan las Unidades de Urgencias de atención especializada. Por lo que respecta a la prevalencia de este problema en el contexto sanitario, la mayoría de los estudios consultados refieren obtener unos niveles moderados de *burnout* en las muestras estudiadas<sup>10,18-20</sup>. Si nos centramos en el personal sanitario de enfermería, existen datos de una prevalencia importante del síndrome. Así, según datos de un reciente estudio, el 43,7% de las enfermeras se sitúa en la primera fase del síndrome de desgaste profesional<sup>21</sup>. No obstante, hay que matizar que los porcentajes que presentan una puntuación alta en este síndrome son variables, teniendo en cuenta las tres dimensiones que configuran el síndrome.

Dada la prevalencia de este síndrome en el contexto de las organizaciones de la salud y la importancia de las consecuencias que puede conllevar tanto para la organización como para la salud física y psíquica de los trabajadores, resultan necesarios los estudios que, como paso previo a la intervención y/o prevención de este problema, traten de identificar los niveles del mismo existentes en las distintas unidades de trabajo. Asimismo, estos estudios nos servirán para incrementar nuestro conocimiento sobre las relaciones estrés-*burnout*-salud y detectar si existen perfiles diferentes del síndrome según los distintos contextos laborales y/o poblaciones ocupacionales específicas.

Atendiendo a lo anteriormente argumentado, y dado que en nuestro contexto laboral es escaso el número de

trabajos comparativos entre las diferentes Unidades de Cuidados que aborden esta problemática, el presente estudio pretende como objetivo principal estimar la prevalencia del síndrome de *burnout* comparando dos muestras de personal de enfermería ubicadas en Servicios o Unidades asociadas a numerosas e importantes fuentes de estrés: Urgencias y Cuidados Intensivos. Como objetivos específicos nos planteamos:

1. Estimar el grado de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo que experimentan los profesionales de ambas Unidades de Cuidados, analizando la existencia de diferencias significativas en los resultados obtenidos.
2. Analizar la existencia de asociación entre la presencia de *burnout* y las variables sociodemográficas y laborales valoradas en la encuesta.
3. Analizar la existencia de diferencias significativas en la influencia de las variables sociodemográficas y laborales sobre las dimensiones del síndrome al comparar ambas Unidades.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Diseño

El tipo de diseño es descriptivo de corte transversal. Para conseguir los objetivos planteados se utilizaron dos instrumentos de evaluación autoadministrados que se presentaron en sobre cerrado al personal de enfermería que participó de forma voluntaria en la investigación. En todo momento se aseguró el anonimato y la confidencialidad de los datos recogidos. Cada sobre iba asignado con un número y se entregaba de forma aleatoria a cada participante. La recogida de cuestionarios fue llevada a cabo a través de la colaboración de los supervisores de ambas Unidades (Cuidados Intensivos y Urgencias) durante los meses de marzo-abril de 2006.

### Población objeto de estudio

La población objeto de estudio está formada por 125 profesionales de enfermería que se subdividen en

dos subpoblaciones correspondientes a los dos servicios mencionados: 69 profesionales del Servicio de Urgencias y 56 del Servicio de Cuidados Intensivos. Los profesionales que formaron parte del estudio pertenecen a dos categorías profesionales: auxiliar de enfermería y enfermería. Fueron candidatos a participar en la investigación todos los profesionales de enfermería de ambas Unidades, con el único criterio de exclusión de los profesionales que pertenecían al equipo volante externo a ambos Servicios, que trabajan en los mismos de forma esporádica. Se recogieron un total de 97 cuestionarios correctamente cumplimentados, lo que supone una tasa global de respuesta del 77,6%. Por Servicios, la tasa de respuesta de Cuidados Intensivos fue del 75% y la del Servicio de Urgencias del 79,7%.

### Instrumentos de evaluación

Se utilizaron dos instrumentos de evaluación: una encuesta de variables sociodemográficas y laborales diseñada *ad hoc* para el desarrollo de este estudio, que fue elaborada teniendo en cuenta las variables estudiadas en la literatura previa con el fin de establecer un perfil epidemiológico del síndrome de *burnout*; y un segundo instrumento validado, el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (1986)<sup>22</sup>, para la evaluación de la prevalencia del mencionado síndrome. A continuación se describen las características y variables evaluadas a través de ambos instrumentos:

#### *Encuesta de variables sociodemográficas y laborales*

Recoge 12 variables relevantes que se han estudiado con relación a la vulnerabilidad de desarrollar el síndrome de *burnout* en numerosos estudios previos. Las variables sociodemográficas recogidas son 6: edad, sexo, estado civil, hijos, estudios y si el sujeto vive solo o convive con más personas. Las variables laborales recogidas son 6: categoría profesional, años de experiencia profesional, tipo de turno, tipo de contrato, si el profesional estudia o desarrolla formación extra a su jornada laboral y si el profesional desempeña jor-

- 6 nadas o trabajos adicionales a su desempeño laboral en la Unidad de Cuidados Intensivos.

#### Maslach Burnout Inventory

Se utilizó el MBI (1986)<sup>22</sup> en su versión comercial adaptada a la población española. Este cuestionario es el más utilizado para evaluar la frecuencia e intensidad del síndrome de «estar quemado por el trabajo» dentro del contexto laboral sanitario. De las distintas versiones del MBI, se ha administrado la versión clásica para profesionales de «servicios humanos» (MBI-HSS, 1986), teniendo en cuenta para su corrección los diferentes baremos establecidos por sexo. El instrumento consta de 22 ítems, y en él se pueden diferenciar tres subescalas que miden, a su vez, las tres dimensiones que conforman el síndrome:

1. Agotamiento emocional. Esta subescala está formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo.
2. Despersonalización. Esta subescala está formada por 5 ítems que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención o servicio.
3. Realización personal en el trabajo. Subescala compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás.

Estos 22 ítems se valoran con una escala tipo *likert*, en la que el sujeto puntuá la frecuencia con la que experimenta los sentimientos que configuran el síndrome. El rango de frecuencia está formado por 7 adjetivos que van desde «nunca» (0) a «todos los días» (6). De acuerdo con la versión comercial española del cuestionario, se establecen los siguientes valores medios de referencia para interpretar cada una de las dimensiones:

1. Agotamiento emocional: 20,86.
2. Despersonalización: 7,62.
3. Realización personal en el trabajo: 35,71.

Además de estas puntuaciones medias, el manual establece los puntos de corte anteriormente citados (alto, medio y bajo) para cada una de las dimensiones. La relación entre la puntuación obtenida y el grado de *burnout* es dimensional, por lo que no existe un pun-

to de corte que indique si existe o no tal entidad. Lo que se ha hecho es distribuir los rangos de las puntuaciones totales de cada dimensión o subescala en tres tramos que definen un nivel de *burnout* experimentado como bajo, medio o alto. Estos tramos se han elaborado mediante una distribución normativa de las puntuaciones obtenidas en grupos de sujetos pertenecientes a diversas profesiones y/o poblaciones.

#### Análisis de datos

El análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS en su versión 12.0.

Se calculó la media, el máximo, el mínimo y la desviación típica para cada una de las variables, y los intervalos de confianza al 95%. Se usaron medidas de frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Se consideraron como variables dependientes las dimensiones del *burnout*, mientras que se tomaron como variables independientes las referidas a los datos sociodemográficos y laborales. Para el análisis bivariante se utilizó la prueba de Chi<sup>2</sup> para variables cualitativas y correlaciones para las cuantitativas. Se realizó, en primer lugar, un contraste para las variables sociodemográficas y laborales entre las muestras de ambos servicios con el fin de asegurar la homogeneidad de las muestras comparadas para los posteriores análisis. Para una variable cualitativa y otra cuantitativa se empleó la t de Student si la variable cualitativa era dicotómica y el ANOVA cuando ésta era polítómica. Además, se realizaron contrastes t para una muestra, con el fin de comparar las medias obtenidas en las dimensiones de *burnout* de cada Unidad con las puntuaciones medias normativas de referencia establecidas por la versión comercial del MBI y el estudio realizado por Gil-Monte y Peiró<sup>23</sup> con una muestra ocupacional específica de personal de enfermería.

## RESULTADOS

### Estadística descriptiva

La media de edad de la muestra total ha sido de 36,13 ± 7,98 años, y existe un predominio del sexo fe-

**Tabla 1. Perfil sociodemográfico de los profesionales encuestados**

	<i>Recuento</i>	<i>% del N válido de tabla</i>
<b>Edad</b>		
20-35	61	62,90%
35-50	31	32,00%
50-65	5	5,20%
<b>Sexo</b>		
Varón	25	25,80%
Mujer	72	74,20%
<b>Estado civil</b>		
Solteros	38	39,20%
Casados, parejas	52	53,60%
Viudos	2	2,10%
Separados, divorciados	5	5,20%
<b>Estudios</b>		
Primarios	0	0,00%
Bachiller, FP	20	20,60%
Diplomaturas	70	72,20%
Licenciados	7	7,20%
<b>Convivencia</b>		
Domicilio familiar	50	51,50%
Compartido, pareja	31	32,00%
Solo	16	16,50%
<b>Hijos</b>		
1	17	17,50%
2	18	18,60%
3	4	4,10%
5	1	1,00%
0	57	58,80%
¿Trabaja el cónyuge?	34	35,10%
Sí	61	62,90%
No	2	2,10%

FP: Formación Profesional.

menino (74,2%) sobre el masculino (25,8%). En la tabla 1 se puede observar el perfil sociodemográfico de los profesionales que han participado en el estudio.

Si tenemos en cuenta las variables laborales, el 56,7% de la muestra está constituida por profesionales de Urgencias y el 43,3% por profesionales de Cuidados Intensivos. En la distribución por categorías profesionales se registraron 25 auxiliares de enfermería (25,8%), frente a 72 enfermeras (74,2%). El tiempo medio en el desempeño del empleo dentro de su actual Unidad de trabajo fue de  $4,75 \pm 2,82$ . En la tabla 2 se puede observar el perfil laboral de los profesionales encuestados.

**Tabla 2. Perfil laboral de los profesionales encuestados**

	<i>Recuento</i>	<i>% del N válido de tabla</i>
<b>Unidad</b>		
Urgencias	55	56,70%
UCI	42	43,30%
<b>Categoría profesional</b>		
Auxiliar de enfermería	25	25,80%
Enfermería	72	74,20%
<b>Experiencia profesional</b>		
0-5	14	14,40%
5-15	72	74,20%
15-40	11	11,30%
<b>Tipo de contrato</b>		
Plantilla	24	24,70%
Interino	45	46,40%
Contratado	28	28,90%
<b>Tipo de turno</b>		
Fijo	18	18,60%
Rodado con noches	77	79,40%
Rodado sin noches	2	2,10%
<b>Trabajo o jornada adicional</b>		
Sí	26	26,80%
No	71	73,20%
<b>Estudios o formación extra</b>		
Sí	60	61,90%
No	37	38,10%

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

Los datos estadísticos descriptivos obtenidos en ambas Unidades de Cuidados, para cada una de las dimensiones del síndrome, pueden observarse en la tabla 3. Si tenemos en cuenta los puntos de corte que a nivel estadístico refleja la versión comercial española del MBI para designar diferentes grados o niveles del síndrome, podemos observar que un elevado porcentaje de la muestra presenta un nivel alto en la dimensión de agotamiento emocional: un 41,2% de los sujetos encuestados. Cuando consideramos ambas Unidades de Cuidados de forma independiente, se obtiene que un 54,8% de los profesionales de Cuidados Intensivos refieren niveles altos de agotamiento emocional frente a un 30,9% de los profesionales del Servicio de Urgencias. Se pueden observar los porcentajes obtenidos en los dos Servicios para cada una de las dimensiones que configuran el síndrome en las figuras 1, 2 y 3. Si tenemos en cuenta las tres dimensio-

Tabla 3. Comparación de dimensiones del síndrome de *burnout* según la Unidad

	Media	Mínimo	Máximo	Desviación típica
Unidad de Urgencias				
MBI-cansancio emocional	22,09*	1	54	10,99
MBI-despersonalización	7,3	0	21	5,59
MBI-realización personal	36,67	16	48	8,62
Unidad de Cuidados Intensivos				
MBI-cansancio emocional	25,45*	5	49	11,15
MBI-despersonalización	8,1	0	21	5,27
MBI-realización personal	36,88	21	48	6,42

\*Diferencias significativas p < 0,05. MBI: *Maslach Burnout Inventory*.

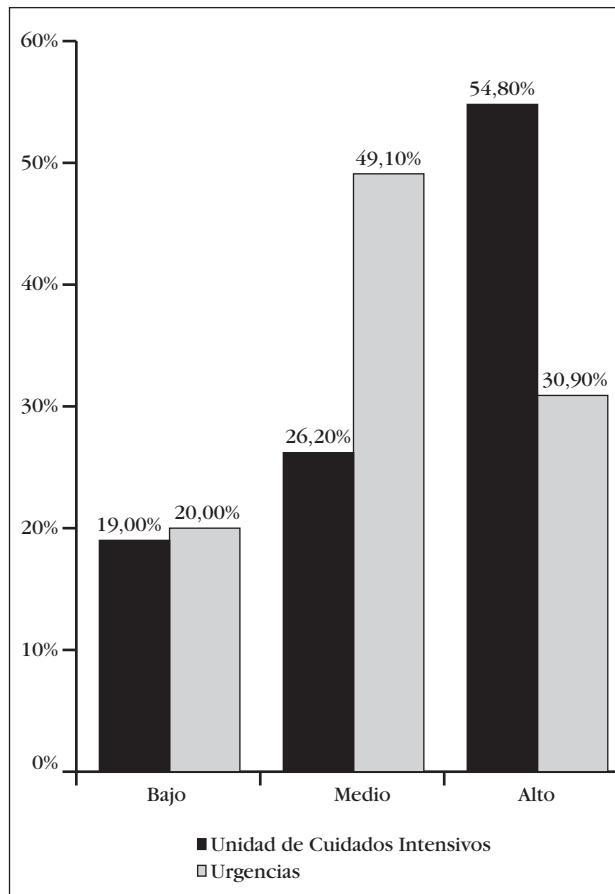


Figura 1. Agotamiento emocional según la Unidad de trabajo.

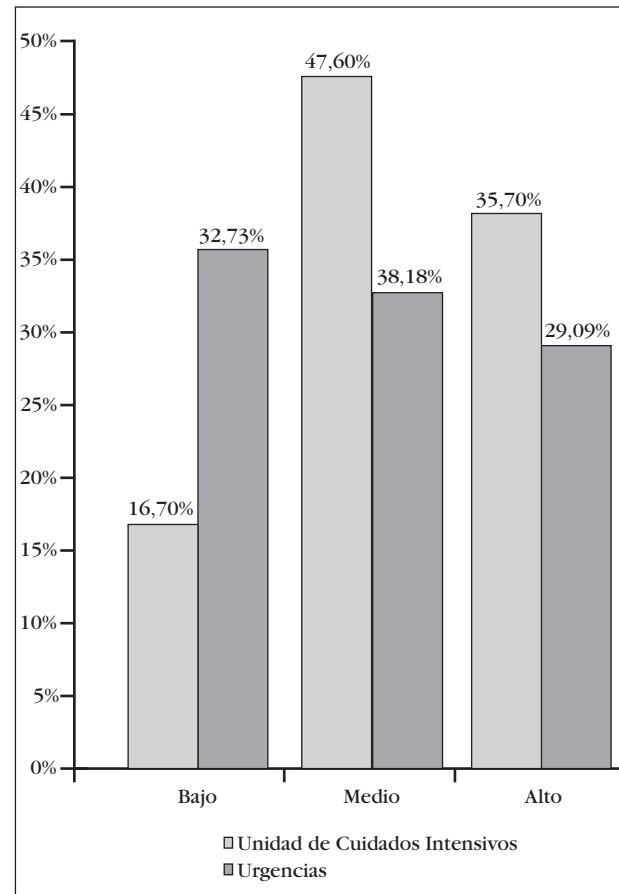
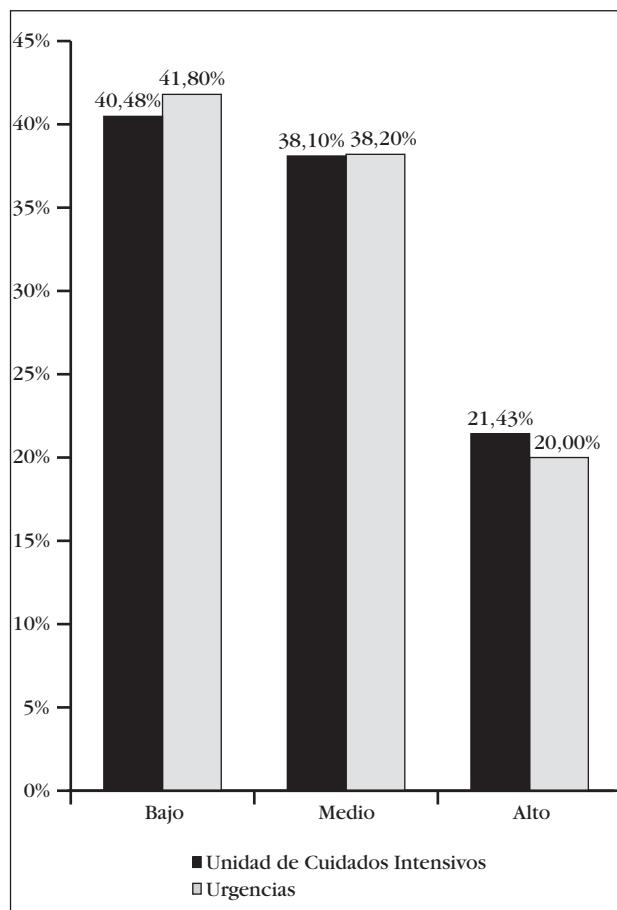


Figura 2. Despersonalización según la Unidad de trabajo.



**Figura 3.** Falta de realización personal en el trabajo.

nes simultáneamente, se obtiene que un 5,15% de la muestra total de profesionales puntúa de forma elevada en las mismas.

#### Estadística inferencial

En primer lugar, se hizo una comparación entre ambas Unidades para las distintas variables sociodemográficas y laborales consideradas con el fin de analizar si las muestras eran homogéneas y descartar posteriores sesgos en los análisis estadísticos. Dicha comparación dio como resultado la ausencia de dife-

rencias significativas para las variables consideradas, a excepción de la variable «tipo de turno», que sí refleja diferencias entre ambos Servicios al ser más frecuente el turno fijo en el Servicio de Urgencias que en el de Cuidados Intensivos.

La comparación entre Unidades de las puntuaciones de las tres dimensiones que configuran el síndrome de *burnout* tomadas como variables dependientes nos indica que existen diferencias significativas para la dimensión de agotamiento emocional ( $t = -2,080$ ;  $p = 0,04$ ), que obtiene puntuaciones más elevadas en el Servicio de Cuidados Intensivos que en el de Urgencias.

Por otro lado, si analizamos la influencia de las variables sociodemográficas y laborales tomadas como variables independientes sobre las puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones del síndrome tomadas como variables dependientes, obtenemos los siguientes resultados:

1. Cuando consideramos la globalidad de la muestra, la única influencia estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas corresponde a la variable de «género», que da como resultado una vulnerabilidad mayor de los varones a adoptar actitudes de despersonalización ( $t = 2,796$ ;  $p = 0,006$ ). El resto de variables sociodemográficas valoradas (edad, convivencia, hijos, estado civil, etc.) no resultan estadísticamente significativas tomadas como variables independientes. Al considerar las variables laborales como variables independientes, nos encontramos con dos resultados estadísticamente significativos: la variable «experiencia profesional» y la variable «jornada/trabajo adicional». Concretamente, el grupo de profesionales de más de 15 años de experiencia laboral es el que más agotamiento emocional refiere ( $F = 3,592$ ;  $p = 0,031$ ). También son más propensos al agotamiento emocional aquellos profesionales que no desarrollan otro trabajo/jornada adicional ( $t = -2,571$ ;  $p = 0,012$ ) aparte del que desempeñan habitualmente en la Unidad a la que pertenecen. Por otro lado, cuando correlacionamos las puntuaciones medias obtenidas para cada dimensión del síndrome con las variables de «edad» y «antigüedad laboral en el servicio», no se obtienen asociaciones estadísticamente significativas.

10

2. Cuando consideramos ambas Unidades de Cuidados como submuestras independientes con el objetivo de compararlas, el análisis bivariante realizado al tomar las variables sociodemográficas y laborales como variables independientes sobre las puntuaciones del *burnout* da como resultado las siguientes influencias significativas:
- a) Para la muestra de Cuidados Intensivos dos variables resultan estadísticamente relevantes: la variable «hijos» y la variable «tipo de contrato». Con respecto a la primera, los datos reflejan el hecho de que los sujetos que no tienen hijos refieren niveles más altos de agotamiento emocional ( $F = 4,016$ ;  $p = 0,014$ ). Al considerar la segunda, encontramos que los sujetos con plaza en propiedad refieren menores puntuaciones en realización personal en el trabajo que los sujetos interinos y contratados ( $F = 3,962$ ;  $p = 0,027$ ). Tampoco se obtienen correlaciones estadísticamente significativas entre las variables «edad» y «antigüedad laboral» con las dimensiones del síndrome en esta submuestra de profesionales.
  - b) Para la muestra de Urgencias dos variables resultan estadísticamente relevantes: la variable «género» y la variable «experiencia profesional». Con respecto a la primera, se encuentra la tendencia, anteriormente comentada para la muestra total, de referir más actitudes de despersonalización el género masculino que el género femenino ( $t = 3,081$ ;  $p = 0,003$ ). Y en cuanto a la variable «experiencia profesional», también se encuentra la tendencia comentada para la totalidad de la muestra, ya que se observa una mayor vulnerabilidad al agotamiento emocional en aquellos profesionales que cuentan con más de 15 años de experiencia laboral ( $F = 3,808$ ;  $p = 0,029$ ). En esta submuestra tampoco se obtienen correlaciones significativas entre las dimensiones del MBI y las variables «edad» y «antigüedad laboral en el Servicio».

Por otro lado, al comparar las puntuaciones medias obtenidas para cada una de las dimensiones del síndrome con las puntuaciones normativas de referencia para la población española ofrecidas por el manual del MBI y las puntuaciones de referencia de un estudio realizado por Gil-Monte et al (2000)<sup>23</sup> con la

población ocupacional específica de enfermería, obtenemos los siguientes resultados:

1. Si tenemos en cuenta la globalidad de la muestra, se obtienen diferencias significativas para la dimensión de agotamiento emocional ( $t = 2,38$ ;  $p = 0,019$ ), ya que se encuentran puntuaciones más elevadas en nuestra muestra con respecto al baremo de la población general española; y para la dimensión de despersonalización ( $t = 2,73$ ;  $p = 0,008$ ), en la que encontramos puntuaciones más elevadas en nuestra muestra con respecto a la muestra de enfermería estudiada por Gil-Monte et al (2000).
2. Cuando analizamos cada Unidad por separado como submuestras independientes, si nos centramos en la muestra del Servicio de Urgencias no obtenemos diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las dimensiones del síndrome con respecto a las puntuaciones normativas de referencia; en cambio, sí que obtenemos diferencias significativas al estudiar la muestra de Cuidados Intensivos, ya que aparecen puntuaciones más elevadas en este Servicio con respecto a las puntuaciones normativas de referencia: mayores puntuaciones en agotamiento emocional con respecto al baremo de la población española ( $t = 2,67$ ;  $p = 0,011$ ) y mayores puntuaciones medias en la dimensión de despersonalización con respecto a las ofrecidas por Gil-Monte et al para enfermería ( $t = 2,48$ ;  $p = 0,017$ ).

## DISCUSIÓN

Al analizar el porcentaje de participación observamos una tasa de respuesta similar en ambos Servicios (el 75% en Cuidados Intensivos y el 79,7% en Urgencias), lo que permite comparar de forma fiable los resultados obtenidos. Esta tasa de participación, bastante elevada, nos permite asimismo considerar la representatividad de las poblaciones diana que se pretendían analizar. Estos índices de participación son también comparables a los obtenidos por otros estudios previos<sup>16,20</sup>.

La prevalencia del síndrome de «estar quemado por el trabajo» en la muestra total estudiada nos reve-

la un nivel medio de moderado a elevado, donde destaca de forma relevante la alta tasa de agotamiento emocional que afecta al 41,2% de la totalidad de profesionales encuestados. A esto hay que añadir las diferencias estadísticamente significativas que se obtienen entre ambas Unidades de Cuidados para esta dimensión del síndrome, que afecta de forma diferencial al 54,8% de los profesionales de Cuidados Intensivos y al 30,9% de los profesionales del Servicio de Urgencias (fig. 1). De manera coincidente con estudios previos realizados con personal sanitario, es esta dimensión del síndrome la que mayor peso o incidencia presenta entre las tres que configuran el cuadro sintomático del *burnout* y nuestra muestra refleja puntuaciones similares o algo superiores a las ofrecidas por estas investigaciones previas<sup>18-20</sup>. Por otro lado, destaca la importancia de los índices de despersonalización y falta de realización personal en el trabajo obtenidos (figs. 2 y 3), si bien para estas dimensiones no existen diferencias significativas entre ambos Servicios.

La comparación de las puntuaciones medias obtenidas en nuestra media con respecto a las puntuaciones normativas de referencia ofrecidas por la versión del MBI adaptada para la población española y por el estudio realizado con la población ocupacional de enfermería de Gil-Monte et al (2000)<sup>23</sup>, nos permite situar a nuestra muestra en unos niveles medios-altos para las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, destacando el hecho de que existe una prevalencia diferencial del síndrome teniendo en cuenta la Unidad de Cuidados analizada. Concretamente, la Unidad de Cuidados Intensivos sería la que mostraría unos niveles más altos en estas dimensiones, tal y como ha demostrado el análisis realizado. En este sentido, nuestros resultados no se desvían del marco teórico propuesto por la literatura previa<sup>4,16,17</sup>, ya que una elevada vulnerabilidad hacia el síndrome podría justificarse y estar relacionada con las condiciones laborales y las características específicas de la Unidad asistencial que consideremos. Dentro de este marco conceptual y empírico, se podría destacar el reciente modelo propuesto por Ortega et al (2004)<sup>24</sup> para el *burnout* en los profesionales sanitarios, centrado en el análisis de conducta. En este modelo, los autores proponen que diferentes condiciones en interacción: a) condiciones personales; b) características

generales del trabajo (horario irregular, conflicto de rol, clima organizacional, etc.); c) características específicas de la Unidad o área de cuidados (contacto con el dolor, la muerte, el sufrimiento, etc.), y d) ausencia de apoyo social y psicológico, unidas a la larga exposición en el tiempo (cronicidad), pueden dar diferentes estrategias de afrontamiento: de adaptación o de evitación. La adopción de las segundas llevaría a la aparición de consecuencias físicas, psicológicas y conductuales tales como una menor implicación en el trabajo, comportamientos en contra de la labor asistencial, distanciamiento emocional, inadecuada comunicación, etc., y, en última instancia, absentismo laboral y/o baja laboral. Cuando dicho patrón de comportamiento aparece en el contexto laboral es cuando se habría de *burnout*. Si las condiciones laborales adversas permanecen, es más probable que se den problemas de salud asociados al estrés, además de problemas de organización (absentismo, bajas laborales, accidentabilidad, etc.).

Por otro lado, cuando se trata de analizar el perfil epidemiológico del síndrome de *burnout*, nuestros resultados reflejan la falta de consenso existente en cuanto a las variables de tipo sociodemográfico y laboral que pueden ir asociadas al desarrollo de este cuadro sintomático como variables facilitadoras. Así, en la literatura no parece, pues, existir un acuerdo unánime en la definición epidemiológica del síndrome, y se encuentran resultados contradictorios para prácticamente la totalidad de las variables sociodemográficas y laborales analizadas. Nosotros, no obstante, queremos destacar dos variables que resultan ser relevantes tanto en la muestra total de profesionales estudiados como en la submuestra del Servicio de Urgencias, que es el que registra un tamaño muestral más grande; estas variables son las de «género» y «experiencia profesional». En cuanto a la primera de ellas, son muchos los estudios que reflejan un mayor nivel de agotamiento emocional en las mujeres<sup>25-27</sup>, pero nuestros resultados no reflejan dicha tendencia, sino la tendencia de encontrar unos mayores niveles de despersonalización en los hombres, coincidiendo con otras referencias bibliográficas<sup>4,23</sup>. Concretamente, algunos autores, como Gil-Monte y Peiró (1997, 2000)<sup>4,23</sup> justifican las diferencias encontradas basándose en los diferentes patrones de socialización que

12 reciben hombres y mujeres. Cuando analizamos la variable «experiencia profesional» volvemos a encontrar una gran variabilidad de resultados en la literatura previa; nuestros datos coinciden con la tendencia reflejada en algunos de estos estudios previos<sup>25,28</sup> de una mayor vulnerabilidad hacia el síndrome de *burnout* a medida que la experiencia profesional del sujeto es mayor. Consideradas estas variables, no obstante, no podemos olvidar las que han resultado significativas para la muestra de Cuidados Intensivos: la variable «hijos» y «tipo de contrato», que reflejan claramente las diferencias en el perfil epidemiológico que pueden encontrarse entre diferentes Unidades de cuidados. A pesar de estas conclusiones, deberíamos tener en cuenta que el establecimiento de relaciones estadísticamente significativas podría verse limitado por la asimetría en el tamaño muestral para algunas variables (sexo, categoría profesional, edad, etc.), lo que podría influir sobre los resultados obtenidos y la comparabilidad con otros estudios cuyas características sociodemográficas y laborales (edad, antigüedad laboral, experiencia profesional, categoría profesional, etc.) son diferentes a las de nuestra muestra. Se necesitarían realizar estudios comparativos ampliando el tamaño muestral y lograr una mayor simetría en el mismo para las diferentes variables valoradas, con el fin de incrementar la fiabilidad de los resultados y confirmar los diferentes perfiles epidemiológicos encontrados en la comparación de distintas Unidades de Cuidados.

En resumen, nuestro estudio refleja que un 5,15% de la muestra total de profesionales estudiados puntuó alto en las tres dimensiones del síndrome de *burnout*, siendo los profesionales de Cuidados Intensivos los que más vulnerabilidad presentan a padecer niveles elevados de agotamiento emocional. Este resultado, junto con el hecho de encontrar un perfil epidemiológico distinto para cada Unidad de trabajo, nos hace destacar la variabilidad y especificidad con la que se puede desarrollar el síndrome de *burnout* en los distintos contextos laborales. Los diferentes niveles de prevalencia encontrados deben atribuirse también a las distintas condiciones y características específicas de las Unidades de trabajo, que entran en interacción con otros factores como las condiciones personales, la ausencia de apoyo social, emocional y psicológico, etc., tal y como proponen Ortega y López

pez<sup>24</sup> en su modelo. Todos estos aspectos deberían tenerse en cuenta a la hora de desarrollar programas específicos de prevención/tratamiento de las consecuencias del estrés laboral crónico en el contexto sanitario, adaptados a las circunstancias y características específicas de cada Unidad considerada; programas cuyo punto de partida se fundamenta en la necesidad de estudios que, como el presente, traten de evaluar la prevalencia del síndrome y el perfil específico que éste presenta en las distintas áreas laborales.

## AGRADECIMIENTOS

Quisiéramos agradecer la colaboración de los profesionales de enfermería que de forma voluntaria y desinteresada han participado en este estudio. Asimismo, agradecer el apoyo prestado por los supervisores de ambas Unidades de Cuidados al colaborar en la recogida de los cuestionarios.

Por último, nuestro agradecimiento al apoyo y los medios ofrecidos por la Fundación para la Investigación y Formación Sanitarias de la Región de Murcia que, junto con Caja Murcia, financia nuestra investigación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Freudenberg HJ. Staff *burnout*. J Soc Issues. 1974;30:159-65.
2. Maslach C. Burned out. Hum Behav. 1976;59:16-22.
3. Cherniss C. Staff *burnout*: job stress in the human services. Beverly Hills (California): Sage Publications; 1980.
4. Gil-Monte P, Peiró JM. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis, S.A.; 1997.
5. Moreno B, Peñacoba C. El estrés asistencial en los servicios de salud. En: Simon MA, editor. Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones. Madrid: Biblioteca Nueva, S.L.; 1999. p. 739-59.
6. Sebastián O. Los riesgos psicosociales y su prevención: *mobbing*, estrés y otros problemas. Ponencia presentada en la Jornada Técnica de Actualización de «Los riesgos psicosociales y su prevención: *mobbing*, estrés y otros problemas». Madrid, 10 de diciembre de 2002.
7. Rout U. Estrés laboral en profesionales de la salud. En: Buendía J, Ramos F, editores. Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide; 2002. p. 93-108.

8. García Izquierdo M. Estrés laboral. En: García Izquierdo M, coordinador. *Psicología del trabajo y de las organizaciones*. Murcia: Diego Marín; 1999. p. 229-49.
9. Boada i Grau J, Agulló E, De Diego R. El *burnout* y las manifestaciones psicosomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*. 2004;16:125-31.
10. Fernández O. Estudio de la satisfacción laboral y el síndrome de *burnout* entre los profesionales sanitarios de un hospital general. Tesis doctoral, 1998. Universidad de Zaragoza.
11. García M. *Burnout* en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*. 1991;7:3-12.
12. García Izquierdo M, Sáez Navarro MC, Llor Esteban B. *Burnout*, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*. 2000;16:215-28.
13. Gil-Monte P. La incidencia del síndrome de *burnout* sobre la salud: un estudio correlacional en profesionales de enfermería. *Psiquis*. 1996;16:37-42.
14. Golembiewski RT, Muzenrider RF, Stevenson JG. *Stress in organizations: toward a phase model of burnout*. New York: Praeger; 1986.
15. Boyle PH, Grap MJ, Younger J, Thornby D. Personality hardness, ways of coping, social support and *burnout* in critical care nurses. *J Adv Nurs*. 1991;16:850-7.
16. Solano MC, Hernández P, Vizcaya MF, Reig A. Síndrome de *Burnout* en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enferm Intensiva*. 2002;13:9-16.
17. Topf M. Personality hardness, occupational stress, and *burnout* in critical care nurses. *Res Nurs Health*. 1989;12:174-86.
18. 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. *Enferm Clínica*. 2004;14:142-51.
19. Jiménez C, Morales JL, Martínez C. Estudio del síndrome de «*Burnout*» en cirujanos pediatras españoles. *Cir Pediatría*. 2002;15:73-8.
20. Máximo J, Avalos F, Jiménez I. *Burnout* en enfermería de atención hospitalaria. *Enferm Clin*. 2005;15(5):275-82.
21. Da Silva H, Vega ED, Pérez A. Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general. *Actas Esp Psiquiatr*. 1999;27:310-20.
22. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory*. En: Seisdedos N, editor. *Manual del Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del «quemado» por estrés laboral asistencial*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.; 1997. p. 5-28.
23. Gil-Monte PR, Peiró J. Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) según el MBI-HSS en España. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*. 2000;16:135-49.
24. Ortega C, López F. El *burnout* o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2004;4:137-60.
25. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de *burnout* en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública*. 1997;71:293-303.
26. Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gac Sanit*. 2002;16:480-6.
27. 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. *Enferm Clin*. 2004;14:142-51.
28. Sos P, Sobrequés J, Segura J, Manzano E, Rodríguez C, García M, et al. Desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona. *Medifam*. 2002;12:513-9.