

ORIGINAL

## Síndrome de *burnout* en distintas Unidades de Cuidados Intensivos

M.J. Frade Mera<sup>a,\*</sup>, R. Vinagre Gaspar<sup>b</sup>, I. Zaragoza García<sup>c</sup>, S. Viñas Sánchez<sup>a</sup>, E. Antúnez Melero<sup>d</sup>, S. Álvarez González<sup>d</sup> y P. Malpartida Martín<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Intensiva. UCI Polivalente del Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

<sup>b</sup>Servicio de Medicina Intensiva. UCI de Trauma y Emergencias. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

<sup>c</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Unidad Cardiaca Postquirúrgica del Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

<sup>d</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Unidad Coronaria. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Aceptado para su publicación el 9 de diciembre de 2008.

### PALABRAS CLAVE

Desgaste profesional;  
*Burnout*;  
Cuidados intensivos

### Resumen

**Objetivos.** Determinar la prevalencia del síndrome de desgaste profesional (*burnout*) en el personal sanitario de distintas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Conocer la asociación entre el *burnout*, sus dimensiones y variables sociodemográficas-laborales. Comparar dimensiones del *burnout*, características del personal y de los pacientes de distintas UCI.

**Material y métodos.** Estudio analítico comparativo transversal, realizado en UCI de un hospital terciario, en noviembre de 2006. La muestra fue 289 profesionales. Se entregó el cuestionario *Maslach Burnout Inventory* y variables sociodemográficas-laborales. Se valoró en UCI: *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS), *Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score* (NEMS), mortalidad, estancia, aislamientos y desplazamientos terciarios. Se empleó la prueba de la  $\chi^2$ , Fischer, Kruskall-Wallis y análisis multivariable de regresión logística.

**Resultados.** Contestaron el 73% de los trabajadores, edad  $37 \pm 9$  y un 81% eran mujeres. Prevalencia de *burnout* 14%, afectados el 16% de enfermeros, 14% de residentes, 13% de médicos y 10% de auxiliares. El *burnout* se asoció a satisfacción profesional baja, relación con compañeros regular, reconocimiento laboral bajo, y tiempo trabajado y experiencia en UCI a un cansancio emocional elevado, con una  $p < 0,05$ . En la UCI Polivalente se obtuvieron valores más elevados de: TISS  $42 \pm 11$ , NEMS  $35 \pm 10$ , mortalidad 18%, estancia  $5 \pm 9$ , aislamientos 21%, síndrome *burnout* 17%, cansancio emocional elevado 49%, despersonalización elevada 63% y realización profesional baja 44%.

**Conclusiones.** La prevalencia del síndrome de *burnout* en nuestra muestra fue del 14% siendo los profesionales de enfermería los más afectados. Detectamos niveles elevados de despersonalización y niveles medios de cansancio emocional y de realización profesional. Las variables relacionadas con el síndrome de desgaste profesional fueron satisfacción profesional baja, relación con compañeros regular, reconocimiento laboral bajo y un cansancio emocional elevado en el personal más experto. La UCI con mayor prevalencia de *burnout*, durante el mes estudiado, atendió a pacientes con mayor: TISS, NEMS, mortalidad, estancia y aislamientos.

© 2008 Elsevier España, S.L. y SEEIUC. Todos los derechos reservados.

\*Autor para correspondencia

Correo electrónico: mariajesusfrade@yahoo.es (M. J. Frade Mera)

**KEYWORDS**

**Professional burnout;**  
**Burnout;**  
**Intensive care**

**Burnout syndrome in different Intensive Care Units****Abstract**

**Objectives.** To determine the prevalence of the professional burnout syndrome in health care personnel of different Intensive Care Units (ICUs). To know the association between burnout, its dimensions and sociodemographic-laboral variables. To compare the dimensions of burnout, characteristics of the personnel and of the patients of the different ICUs.

**Material and methods.** Analytic, comparative, cross-sectional study performed in the ICU of a tertiary hospital in November 2006 performed in a sample of 289 professionals. The Maslach Burnout Inventory questionnaire and sociodemographic-laboral variables were provided. The following were evaluated in the ICUs: Therapeutic Intervention Scoring System (TISS), Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score (NEMS), mortality, stay, isolations and travel of third parties. The  $\chi^2$  test, Fischer test, Kruskall-Wallis test and multivariate logistic regression analysis were used.

**Results.** A total of 73% of the workers answered. Ages ranged from 37 ± 9 and 81% were women. The prevalence of burnout was 14% this affecting 16% of the nurses, 14% of residents, 13% physicians and 10% auxiliary workers. Burnout was associated to low professional satisfactions, relationship with regular colleagues, low work recognition and time worked and experience in the ICU to high emotional tiredness, with a  $p < 0.05$ . In a polyvalent ICU, higher values of the following were obtained: TISS  $42 \pm 11$ , NEMS  $35 \pm 10$ , mortality 18%, stay  $5 \pm 9$ , isolation 21%, burnout syndrome 17%, elevated emotional tiredness 49%, elevated depersonalization 63% and low professional performance 44%.

**Conclusions.** The prevalence of the burnout syndrome in our sample was 14% those being affected most being the nursing professionals. We detected elevated levels of depersonalization and middle levels of emotional tiredness and professional performance. The variables related with professional burnout syndrome were low professional satisfaction, relationship with regular colleagues, low work recognition, and elevated emotional tiredness in the more expert personnel. The ICU with the greatest prevalence of burnout during the month studied attended patients with greater TISS, NEMS, mortality, stay and isolations.

© 2008 Elsevier España, S.L. and SEEIUC. All rights reserved.

**Introducción**

El estrés se encuentra presente muy a menudo en la sociedad en la que vivimos y afecta a la salud de los individuos y a su rendimiento profesional<sup>1</sup>. En el ámbito de la salud laboral surge un nuevo proceso denominado síndrome de *burnout* o “síndrome de desgaste profesional”, de gran relevancia y repercusión social, hasta el punto de llegar a plantearse su reconocimiento como enfermedad profesional<sup>2,3</sup>. En los últimos años se han generado un gran número de investigaciones relacionadas con este síndrome<sup>4</sup>.

El síndrome de *burnout* aparece fundamentalmente en personas que tienen profesiones de ayuda que implican contacto directo y continuo con personas que sufren, donde el profesional se involucra emocionalmente. En diversas investigaciones se ha confirmado que el síndrome de *burnout* afecta especialmente al personal sanitario<sup>5</sup>, encontrándose mayor riesgo de desarrollarlo en profesionales que atienden a pacientes críticos y terminales<sup>4,6</sup>.

Freudenberger<sup>7</sup>, psiquiatra que trabajaba en una clínica de Nueva York como asistente para toxicómanos, describe originalmente el síndrome en 1974, definiéndolo como “estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación, pero no produce el esperado refuerzo<sup>6,8,9</sup>.

Cristina Maslach en 1977 dio a conocer el síndrome, entre un colectivo de psicólogos, utilizándolo públicamente y adquirió gran importancia en 1978. La definición más conocida es la propuesta por Maslach y Jackson en 1981, considerando el *burnout* como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”. Para medir el grado de *burnout*, se desarrolló el cuestionario *Maslach Burnout Inventory* (MBI), que incluye tres subescalas<sup>10-13</sup>:

1. *Cansancio emocional (CE)*: valora la pérdida progresiva de energía, sensación de sobreesfuerzo físico, que se produce como consecuencia del contacto con las personas a las que se atiende.
2. *Despersonalización (DP)*: estima la falta de sentimientos e insensibilidad hacia los demás.
3. *Realización personal (RP)*: evalúa los sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo.

Existen una gran cantidad de factores relacionados con el síndrome, que se pueden clasificar en<sup>14-19</sup>:

1. *Factores profesionales*: posibilidad de cometer errores con graves consecuencias, contacto directo con el sufrimiento, dolor y la muerte, miedo al contagio de enfer-

- medades, ambigüedad y conflicto del rol, tareas poco gratificantes, acontecimientos desvalorizadores, escasa autonomía en la toma de decisiones...
2. *Factores institucionales*: falta de recursos materiales y humanos, bajos sueldos, turnos de trabajo, sobrecarga cuantitativa y cualitativa del trabajo, falta de conocimientos, excesiva burocracia, falta de compañerismo, conflictos interpersonales, espacio inadecuado, baja promoción interna, contratos eventuales, plantillas flotantes...
  3. *Factores personales*: sentimiento de impotencia y soledad, factores que componen la personalidad del individuo (valores, creencias, deseos...), falta de reconocimiento social y profesional, desmotivación, personalidad "tipo A" (personas activas, competitivas, buscan el éxito profesional).

Los síntomas del *burnout* aparecen en cuatro etapas: entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía<sup>6</sup>. Asociados al *burnout* se han descrito distintos síntomas de tipo psicosomático (gastrointestinales, disminución del peso, fatiga, cefaleas, trastornos de sueño, ansiedad), conductuales (cinismo, rabia, ira, agresividad, rigidez de criterios, cambio de hábitos, conductas de riesgo, abuso de sustancias, absentismo laboral), emocionales (irritabilidad, depresión, sentimientos de despersonalización, disminución de la autoestima o de la concentración) y defensivos (negación de emociones, ironía, disminución de la atención)<sup>20,21</sup>. Las consecuencias derivadas del síndrome de *burnout* inciden considerablemente sobre el profesional, provocando alteraciones del estado de salud y del comportamiento como: alteraciones cardíacas, tensión emocional, deterioro de la vida social y familiar, agotamiento mental, angustia, disfunción sexual, colon irritable, dispepsias, mialgia, apatía... Pero también inciden directamente sobre el usuario, que ve mermada la calidad de la atención que recibe y sobre la institución, donde crece el absentismo, disminuye la productividad y aumentan la rotación y traslados de los profesionales. Todo ello puede constituir problemas graves, que conllevan un importante coste económico y social<sup>6,22</sup>.

En España se han realizado investigaciones en distintos ámbitos, a nivel de Atención Primaria y atención especializada, en diferentes servicios<sup>3,4,6,12,16,17,23-25</sup> y categorías profesionales<sup>1,2,15,26-28</sup>.

Reflexionando sobre las consecuencias del síndrome de *burnout*, decidimos plantearnos los siguientes objetivos en nuestro estudio:

1. Determinar la prevalencia del síndrome de *burnout* en el personal sanitario de distintas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital terciario universitario.
2. Conocer la asociación entre el perfil de *burnout*, sus dimensiones y variables sociodemográficas-laborales.
3. Comparar dimensiones del *burnout*, características del personal y de los pacientes de distintas UCI.

## Material y métodos

Se realizó un estudio analítico comparativo transversal durante el mes de noviembre de 2006. El ámbito de estudio

fueron las UCI de adultos de un hospital terciario de Madrid, el Hospital Universitario 12 de Octubre, que cuenta con cuatro UCI: la Unidad Cardiaca Postquirúrgica (UCP), la Unidad Coronaria (UC), la UCI de Trauma y Emergencia (UCI-TE) y la UCI Polivalente (UCI-P). La población objeto de estudio fue el personal sanitario: enfermeras, auxiliares de enfermería, médicos y médicos internos residentes.

La obtención de datos se llevó a cabo mediante la entrega y recogida personalizada de un cuestionario de elaboración propia, que incluía el MBI y variables sociodemográficas-laborales. El cuestionario se presentó como una encuesta sobre las actitudes de los profesionales en su trabajo, procurando no utilizar términos como estrés laboral, para minimizar sesgos de las respuestas<sup>4,9-11</sup>, asegurando el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas. Se solicitó la autorización de las supervisoras de enfermería previamente a la entrega de los cuestionarios. Se eliminaron del análisis las encuestas que no estaban contestadas en su totalidad.

Las variables sociodemográficas-laborales estudiadas fueron: edad, sexo, categoría profesional, unidad de trabajo, estado civil, presencia o no de carga familiar, número de hijos, años de ejercicio profesional, años trabajados en UCI, años de antigüedad en el servicio, situación laboral y turno. Se realizaron cuatro preguntas para conocer el ambiente laboral, todas ellas con tres opciones de respuesta (anexo 1).

Se utilizó el cuestionario MBI en su versión traducida al castellano por Seisdedos<sup>11</sup>(1997). Éste consta de 22 ítems, que valoran las tres dimensiones del síndrome de *burnout*. La escala CE tiene 9 ítems (preguntas 1,2,3,6,8,13,14,16,20 del cuestionario), la DP tiene 5 ítems (preguntas 5,10,11,15,22) y la RP 8 ítems (preguntas 4,7,9,12,17,18,19,21) (anexo 2).

Las respuestas se reflejan en una escala tipo Likert que va de 0 (nunca) a 6 (cada día). Una puntuación alta de CE y DP y una puntuación baja de RP se consideran un perfil de *burnout*.

Las tres subescalas se categorizaron en tres niveles (alto, medio y bajo), utilizando los puntos de corte incluidos en el manual de uso del cuestionario<sup>11</sup>. Los puntos de corte para CE se sitúan en 15 y 24 (es bajo si la puntuación es inferior a 15 y alto si es superior a 24), para DP en 4 y 9, y para RP en 33 y 39.

Las variables cualitativas o no numéricas se describieron mediante su distribución de frecuencias y porcentajes, tanto de forma global como en los grupos considerados de interés. Las variables numéricas o cuantitativas se resumieron mediante sus medidas de tendencia central (media o mediana), acompañadas de una medida de dispersión (desviación estándar o rango). Se presentaron también datos descriptivos dentro de cada grupo de interés.

Para valorar los distintos factores de riesgo asociados al síndrome de *burnout* y sus dimensiones, se realizó un análisis bivariante mediante técnica de regresión logística. Las odds ratio se calcularon y se presentaron junto con sus intervalos de confianza de Wald al 95%. Para conocer la relación entre variables categóricas se utilizó la prueba de  $\chi^2$  o la de Fisher y la prueba Anova o prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, según la muestra. Para el tratamiento de los datos se utilizó el paquete informático S.A.S ENTERPRISE GUIDE

## Resultados

El cuestionario se entregó a un total de 289 profesionales sanitarios, con una tasa de respuesta del 73%. La categoría profesional que más contestó fueron los diplomados universitarios en enfermería (DUE) con un 58% (123 encuestados), seguido de auxiliares de enfermería (AE) 27% (58 encuestados), médicos 7% (16 encuestados) y residentes 6% (14 encuestados). La participación por unidad fue: UCI-P 81%, UCI-TE 74%, UC 60% y UCP 56%.

La edad media del total de los encuestados fue de  $37 \pm 9$  (rango 65-22), de los cuales el 81% eran mujeres. El estado civil fue: 60% (127) casados o emparejados, 33% (70) solteros, 4% (8) viudos y 3% (6) separados o divorciados. El 42% (89) de los profesionales tenían hijos y el número medio de éstos fue de  $2 \pm 1$  (rango 4-1). La experiencia laboral media fue de  $12,4 \pm 8,3$  años (rango 38-1), el tiempo medio trabajado en UCI fue de  $8,9 \pm 8,2$  (rango 35-0,1) y la antigüedad media en la unidad fue de  $7,8 \pm 7,9$  (rango 35-0,1). La situación laboral de los profesionales incluidos en el estudio fue: 26% (54) estatutario, 37% (79) interino, 28% (60) laboral temporal y 9% (18) laboral fijo.

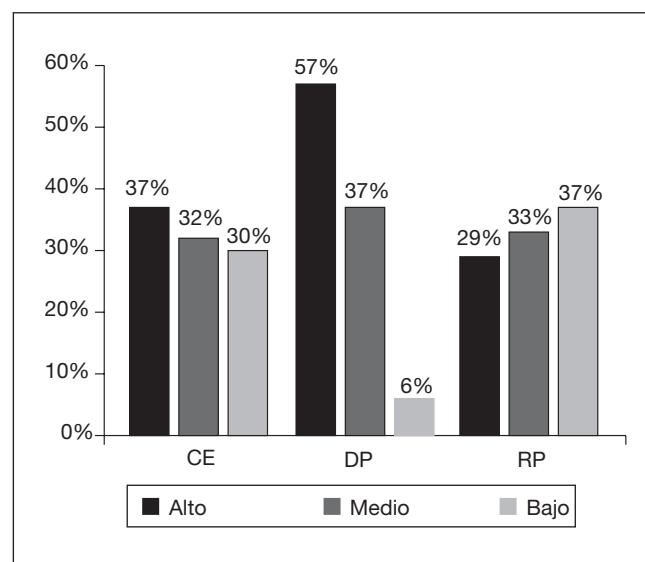
En estas UCI se encuentra instaurado el turno rotatorio, que incluye noches con mañanas o tardes; por ello el 92,89% (196) de los profesionales que participaron tenía dicho turno, sólo el 6,64% (14) tenía turno de noche y el 0,47% (1) turno de tarde. El 90% (189) indicaron tener una buena relación con sus compañeros, el 56% (119) un nivel de satisfacción profesional medio, el 60% (126) un reconocimiento medio de su trabajo y el 47% (100) un buen trabajo en equipo.

Los niveles medios de las distintas subescalas del MBI fueron: CE  $21 \pm 11$  (rango 52-2), DP  $10 \pm 4$  (rango 24-1), RP  $35 \pm 8$  (48-2). De los encuestados, mostraron un nivel de CE y DP elevado el 37% (79) y 57% (121) respectivamente y el 37% (79) un nivel de RP bajo (fig. 1).

La prevalencia de síndrome de *burnout* entre el total de los profesionales incluidos en la muestra fue del 14% (30). Según la categoría profesional fue del 16% en DUE, 14% en residentes, 13% en médicos y 10% en AE. En las diferentes UCI fue: 17% en la UCI-P, 15% en la UCI-TE, 14% en la UCP y 11% en la UC, sin encontrarse diferencias significativas entre ellas. La tabla 1 muestra las características de todos los profesionales que participaron en el estudio de las distintas UCI.

Las variables que presentaron asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) con los componentes del *burnout* se muestran en la tabla 2. El síndrome de *burnout* (CE elevado, DP elevado y RP bajo) se asoció a: baja satisfacción profesional, relación con compañeros regular y bajo reconocimiento laboral por parte de los pacientes (tabla 3). Además se encontraron diferencias significativas entre la UCI-P y la UCI-TE para los valores de CE ( $25 \pm 12$ / $19 \pm 11$ ) *Bonferroni test*  $p < 0,05$  y entre la UCI-P y la UC para los valores de RP ( $33 \pm 9$ / $37 \pm 7$ ) *Bonferroni test*  $p < 0,05$ . No se halló asociación estadísticamente significativa con el resto de variables.

Las características de los pacientes que ingresaron en las UCI se reflejan en la tabla 4. En los pacientes de la UCI-TE también se midió al ingreso la escala de gravedad ISS (*Injury Severity Score*) específica del enfermo traumático, obteniéndose una media de  $16 \pm 14$  y se cuantificó el tiempo medio dedicado a la atención del box vital que fue de  $111 \pm 51$  minutos.



**Figura 1** Dimensiones del *burnout*. CE: cansancio emocional; DP: despersonalización; RP: realización personal.

## Discusión

La tasa de respuesta obtenida fue del 73% siendo aceptable y similar a la que aparece en otros estudios relacionados con el síndrome de *burnout*<sup>1-3,5,6</sup>, lo que muestra un gran interés de los profesionales sanitarios por el tema, dado que el cuestionario se entregó y recogió de forma personalizada, presentándose como una encuesta sobre las actitudes de los profesionales en el trabajo.

La edad media del personal sanitario estudiado fue similar a la de investigaciones publicadas anteriormente, como en: DUE y AE del Hospital San Carlos de Madrid, DUE de UCI de Cataluña y Alicante, y distintas categorías profesionales del Hospital noreste de Murcia<sup>2-4,6</sup>.

Los valores medios de los componentes del *burnout* también son parecidos a los reflejados por estudios realizados en los profesionales sanitarios que trabajan en servicios de hospitalización de Murcia<sup>3</sup>, Granada<sup>5</sup>, Girona<sup>24</sup>, Barcelona<sup>21</sup> y Madrid<sup>29</sup>, aunque nuestra muestra refleja valores de DP superiores a todos, coincidiendo con los estudios de Cash<sup>30</sup> que refieren una mayor puntuación en DP entre las enfermeras de intensivos<sup>4</sup>. Sin embargo, el grado medio en CE y RP y elevado en DP, no sólo aparece en estudios realizados sobre personal de UCI<sup>13</sup>, sino también en otros ámbitos sanitarios<sup>31-33</sup>.

En la población analizada se observó que el porcentaje mayoritario de profesionales presentaron CE elevado (37%), DP elevada (57%) y RP baja (37%), como muestra la figura 1. Por ello, aunque la prevalencia del síndrome no fue excesivamente alta (14%), los porcentajes mayoritarios de los niveles de las tres dimensiones del síndrome coincidían con el perfil de *burnout* (CE y DP elevada y RP baja). Con respecto a otras publicaciones existentes sobre este tema, nuestra muestra incluyó un mayor porcentaje de personas con DP elevada y similares porcentajes con CE elevado y RP baja<sup>5,6,24</sup>.

**Tabla 1** Variables analizadas en profesionales de distintas Unidades de Cuidados Intensivos

	<b>UCI-P n = 70</b>	<b>UCP n = 28</b>	<b>UC n = 66</b>	<b>UCI-TE n = 47</b>
Edad (años)	34 ± 9	39 ± 11	35 ± 8	39 ± 10
Experiencia laboral (años)	7,8 ± 7,2	12,3 ± 9	9,5 ± 6,5	10,7 ± 9,6
Tiempo trabajado UCI (años)	4,8 ± 6,6	5,2 ± 9,6	5,5 ± 6,1	6,1 ± 9,9
Antigüedad en servicio (años)	4,2 ± 6,7	4,1 ± 8,1	4,2 ± 6,1	5,2 ± 9,7
CE	25 ± 13	20 ± 9	20 ± 10	18 ± 10
DP	11 ± 4	10 ± 5	10 ± 4	11 ± 5
RP	33 ± 9	33 ± 9	37 ± 7	35 ± 7
Nivel CE (% frecuencia absoluta)				
Alto	49 (34)	36 (10)	30 (20)	32 (15)
Medio	28 (20)	39 (11)	38 (25)	25 (12)
Bajo	23 (16)	25 (7)	32 (21)	43 (20)
Nivel DP (% frecuencia absoluta)				
Alto	63 (44)	50 (14)	50 (33)	64 (30)
Medio	33 (23)	36 (10)	45 (30)	32 (15)
Bajo	4 (3)	14 (4)	5 (3)	4 (2)
Nivel RP (% frecuencia absoluta)				
Alto	24 (17)	18 (5)	41 (27)	28 (13)
Medio	32 (22)	43 (12)	35 (23)	27 (13)
Bajo	44 (31)	39 (11)	24 (16)	45 (21)
Profesionales con hijos (% freq.)	33 (23)	60 (17)	47 (31)	38 (18)
Estado civil (% frecuencia absoluta)				
Soltero	37 (26)	36 (10)	29 (19)	32 (15)
Casado/ emparejado	57 (40)	53 (15)	64 (42)	62 (29)
Viudo	3 (2)	0 (0)	4 (3)	6 (3)
Separado/ divorciado	3 (2)	11 (3)	3 (2)	0 (0)
Situación laboral (% freq.)				
Estatutario	20 (14)	36 (10)	30 (20)	21 (10)
Interino	43 (30)	18 (5)	32 (21)	49 (23)
Laboral fijo	6 (4)	14 (4)	9 (6)	9 (4)
Laboral temporal	31 (22)	32 (9)	29 (19)	21 (10)
Satisfacción profesional (% freq.)				
Elevada	33 (23)	28 (8)	53 (35)	30 (14)
Media	53 (7)	68 (19)	45 (30)	70 (30)
Baja	14 (10)	4 (1)	2 (1)	0 (0)
Relación con compañeros (% freq.)				
Buena	84 (59)	93 (26)	95 (63)	87 (41)
Regular	16 (11)	7 (2)	3 (2)	11 (5)
Mala	0 (0)	0 (0)	2 (1)	2 (1)
Reconocimiento laboral (% freq.)				
Elevado	29 (20)	25 (7)	30 (20)	32 (15)
Medio	58 (40)	61 (17)	67 (44)	51 (24)
Bajo	16 (10)	14 (4)	3 (2)	17 (8)
Trabajo en equipo (% freq.)				
Buena	32 (23)	57 (16)	56 (37)	51 (24)
Regular	49 (34)	36 (10)	38 (25)	45 (21)
Mala	19 (13)	7 (2)	6 (4)	4 (2)

CE: cansancio emocional; DP: despersonalización; RP: realización personal; UC: Unidad Coronaria; UCI-P: Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente; UCI-TE: Unidad de Cuidados Intensivos de Trauma y Emergencias; UCP: Unidad Cardiaca Postquirúrgica.

En nuestro estudio no encontramos asociación entre el perfil de *burnout*, sus tres dimensiones por separado y las variables sociodemográficas-laborales estudiadas, salvo entre el nivel de CE elevado con un mayor tiempo de experiencia laboral y trabajado en UCI, como se refleja en inves-

tigaciones previas<sup>4,6,34</sup>. Diferentes autores han indicado que tras 10 años de ejercicio profesional puede existir un periodo de sensibilización a partir del cual la persona sería especialmente vulnerable<sup>35</sup>. Tras esta etapa el profesional se plantea si ha alcanzado sus expectativas, viendo que las

**Tabla 2** Asociación estadística significativa de componentes de *burnout* y variables estudiadas

	Bajo	Medio	Alto	p
Cansancio emocional				
Satisfacción profesional grado medio (%)	45	50	71	0,0001
Relación compañeros regular (%)	2	7	18	0,0041
Reconocimiento laboral bajo (%)	6	4	23	0,0001
Mayor experiencia laboral meses (media, desviación)	148 ± 111	132 ± 96	165 ± 63	0,049
Mayor experiencia laboral en UCI meses (media, desviación)	104 ± 110	92 ± 94	124 ± 93	0,031
Realización profesional				
Reconocimiento laboral elevado (%)	23	24	40	0,0446

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

recompensas profesionales, personales y económicas no son ni las prometidas ni las esperadas.

Distintos autores han estudiado la relación entre variables sociodemográficas-laborales, el síndrome de *burnout* y sus tres dimensiones. La mayoría de los estudios, incluido el nuestro, evidencian la escasa o nula relación entre las características sociodemográficas-laborales y el síndrome de *burnout*<sup>1,3,6,16,20</sup>. Sin embargo, algunos han encontrado asociación entre CE elevado y sexo femenino<sup>2,4,36-38</sup>, nivel de DP y RP elevado y sexo masculino<sup>5,11,39,40</sup>, menor *burnout* en casados o emparejados<sup>8,23,26</sup>, menor *burnout* en profesionales con hijos<sup>8,20,23</sup>, mayor CE en personal fijo<sup>2-5,41</sup>, mayor DP en eventuales<sup>5</sup> y RP bajo junto con DP alto en profesionales del turno de noche<sup>4,6</sup>. La asociación entre el síndrome de *burnout* y la edad es un tema muy controvertido; algunos autores refieren una relación inversa<sup>16,23,42</sup>, y otros una relación directa<sup>5,33,35,43</sup>.

Las variables sociodemográficas tiene un efecto modulador muy pequeño sobre el *burnout*, pero las variables de tipo motivacional y el ambiente laboral inciden más directamente sobre el estrés laboral<sup>16</sup>. En nuestro estudio se encontró relación entre el síndrome de *burnout*, satisfacción profesional baja, relación con los compañeros regular y bajo reconocimiento laboral; también se detectó asociación entre la dimensión CE y RP y estas variables, lo que coincide con resultados ya publicados<sup>2,11,26,30,37</sup>.

Al igual que otros estudios realizados sobre cómo el síndrome de *burnout* afecta a las distintas categorías profesionales<sup>2,3,13,23,44,45</sup>, en el nuestro, el personal de enfermería fue el colectivo con mayor prevalencia (16%). Probablemente esta situación se deba a que el rol de la enfermera esté peor definido y tenga poco reconocimiento social.

Asimismo, fue en la UCI-P donde el porcentaje mayoritario de los profesionales presentó un CE (49%) y DP (63%) elevado y una RP baja (44%), con mayor prevalencia del síndrome de *burnout* (17%) con respecto al resto de UCI. En los profesionales que trabajaban en esta unidad se observó: menor edad, menor experiencia laboral, menor porcentaje de interinos y mayor porcentaje de solteros. Los pacientes que ingresaron en la UCI-P, durante el mes de estudio, presentaron mayor: *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS), *Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score* (NEMS), *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* (APACHE) II, estancia en UCI, mortalidad y aislamientos.

**Tabla 3** Asociación entre *burnout* y baja satisfacción profesional, relación con compañeros regular y bajo reconocimiento laboral

	Odds ratio (95%IC)	p
Satisfacción profesional		
Elevada	1	
Media	3,83 (1,25/ 11,69)	0,018
Baja	19 (4,18/ 86,33)	0,0001
Relación con compañeros		
Buena	1	
Regular	2,94 (1,03/ 8,40)	0,043
Reconocimiento laboral		
Elevada	1	
Media	2,48 (0,80/ 7,66)	0,1129
Baja	5,44 (1,42/ 20,75)	0,0131

La sobrecarga de trabajo de los profesionales de las UCI constituye un factor que incide directamente sobre el desarrollo del síndrome de *burnout* según diversos estudios<sup>13-16</sup>; otros, también lo asocian a un mayor número de pacientes atendidos<sup>4,18,46</sup>. Una adecuada distribución de los recursos humanos puede ayudar a prevenir el desgaste profesional. Consideramos que la carga de trabajo no se puede valorar teniendo en cuenta sólo la ratio y analizamos otras variables como TISS, NEMS y APACHE II al ingreso, la estancia, mortalidad, aislamientos y traslados terciarios (porcentaje de pacientes que los precisaron, tiempo medio dedicado y número medio de éstos por cada paciente). En nuestra muestra, las UCI que tienen mejor ratio enfermera-paciente fueron las más afectadas por este síndrome. Intentando identificar qué factores han podido influir en que la UCI-P y la UCI-TE presentaran más prevalencia, observamos que los pacientes de la UCI-P arrastraban un brote epidémico desde hacía meses, que incrementó en gran medida el número de aislamientos y por tanto la carga asistencial. En el caso de la UCI-TE, además de sus camas, atiende otras áreas de recepción de pacientes (box vital, helisuperficie) y tiene un elevado número de traslados terciarios, lo que cambia la ratio con frecuencia y hace que su personal se enfrente a situaciones de mucho estrés.

**Tabla 4** Características de pacientes de distintas Unidades de Cuidados Intensivos

	UCI-P	UCP	UC	UCI-TE
TISS(media)	42 ± 11	41 ± 5	24 ± 11	40 ± 13
NEMS (media)	35 ± 10	33 ± 5	26 ± 10	34 ± 9
APACHE II (media)	18 ± 10	18 ± 3	12 ± 6	13 ± 7
ESTANCIA(media días)	5 ± 9	3 ± 2	4 ± 4	4 ± 6
Aislamientos (%)	21	9	2	3
Mortalidad (%)	18	7	6	13
Traslados terciarios				
% Pacientes	41	4	21	83
Tiempo(minutos)	83 ± 71	17 ± 4	60 ± 49	96 ± 117
Número por paciente	2 ± 2	1	1	2 ± 1
Ratio enfermera: paciente	1:1,57	1:2	1:2,38	1:1,34

APACHE II: *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II*; NEMS: *Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score*; TISS: *Therapeutic Intervention Scoring System*; UC: Unidad Coronaria; UCI-P: Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente; UCI-TE: Unidad de Cuidados Intensivos de Trauma y Emergencias; UCP: Unidad Cardiaca Postquirúrgica.

Encontramos dificultad para comparar la gravedad de los enfermos de las distintas UCI, ya que son muy heterogéneos y el APACHE II, aunque es una escala de gravedad de difusión universal, no valora correctamente al paciente traumático y al coronario.

Nuestro estudio presentó la limitación de ser transversal, sobre todo al valorar las características de los pacientes, puesto que hay UCI que tienen picos y valles en la ocupación de sus camas.

Creemos necesaria la realización de estudios longitudinales para intentar clarificar cuáles son los factores desencadenantes y etiológicos del síndrome de *burnout*, poder prevenirlo y evitar las importantes consecuencias que éste tiene. Sería interesante instaurar áreas de mejora como la creación de grupos de trabajo y manejo de conflictos para fomentar la motivación de la plantilla, las buenas relaciones y el trabajo en equipo.

## Conclusiones

- La prevalencia del síndrome de *burnout* en nuestra muestra fue del 14% siendo los profesionales de enfermería los más afectados.
- Detectamos niveles elevados de despersonalización y niveles medios de cansancio emocional y de realización profesional.
- Las variables relacionadas con el síndrome de desgaste profesional fueron satisfacción profesional baja, relación con compañeros regular, reconocimiento laboral bajo y un cansancio emocional elevado en el personal más expuesto.
- La UCI con más prevalencia de *burnout*, durante el mes estudiado, atendió a pacientes con mayor TISS, NEMS, mortalidad, estancia y aislamientos.

## Agradecimientos

Agradecemos la colaboración desinteresada de las Supervisoras de Enfermería de las UCI estudiadas: Guadalupe Fontán Vinagre, Celia de Lucas Bodas, Elena de la Vera Arias y Manuela Cuenca Solanas; de la doctora Mercedes Catalán González (médico adjunto del Servicio de Medicina Intensiva UCI Polivalente); de Wigberta Martín Roncero (directora de la Biblioteca del Hospital 12 de Octubre); del Servicio de Investigación y Desarrollo del Hospital 12 de Octubre y de todo el personal sanitario que llenó el cuestionario y permitió la realización de este estudio.

## Bibliografía

- Martínez de la Casa A, del Castillo Comas C, Magaña Loarte E, Bru Espino I, Franco Moreno A, Segura Fragozo A. Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del área sanitaria de Talavera de la Reina. Aten Primaria. 2003;32(6):343-8.
- Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Rev Esp Salud Pública. 2004;78(4):505-16.
- López-Soriano F, Bernal L. Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en la enfermería de atención hospitalaria. Rev Calid Asist. 2002;17(4):201-5.
- Solano MC, Hernández P, Vizcaya MF, Reig A. Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. Enferm Intensiva. 2002;13(1):9-16.
- Molina JM, Ábalos F, Jiménez I. Burnout en enfermería y atención hospitalaria. Enferm Clin. 2005;15(5):275-82.
- García N, Roca A, Carmona A, Olona M. Síndrome de burnout en los equipos de enfermería de cuidados intensivos de Cataluña. Metas de Enfermería. 2004;7(2):6-12.
- Freudenberger HJ. Staff Burnout. J Soc Issues. 1974;30:159-65.
- Freudenberger HJ. Staff Burnout Syndrome in alternative Institutions Psychotherapy theory. Research and Practice. 1975;12(1):73-8.
- Mingote JC, Moreno B, Gálvez N, Garrosa E. Síndrome de desgaste profesional. Tiempos Médicos. 2005;617: 31-42.
- Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout inventory manual. Palo Alto (California): Consulting Psychologist Pres; 1981.
- Maslach C, Jackson SE. MBI. Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial. Madrid: Editor TEA. Manual; 1997.
- Seisdedos N. Adaptación española del MBI, Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial. Madrid: Editor TEA. Manual;1997.
- Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavir. 1981;2: 99-113.
- Cano MA, García C, García E, López M, Parera N. ¿Está quemada la enfermería? síndrome de burn-out. Enferm Intensiva. 1996;7(4):138-46.
- Pades A, Homar C. Estrés laboral y burnout en enfermería. Metas de Enfermería. 2006;9(3):67-72.
- Manzano G. El síndrome de burnout. Rev Rol Enferm. 2003;26 (11):783-6.
- Carmona FJ, Sanz LJ, Marín D. Relaciones entre el síndrome de burnout en profesionales de enfermería. Factores sociodemográficos y reactividad al estrés. Enferm Clin. 2002;238-239:33-9.
- Boyle PH, Grap MJ, Jounger J, Thornby D. Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. J Adv Nurs. 1991;16:850-7.
- Topf M. Personality hardiness, occupational stress and critical care nurses. Res Nurs Health. 1989;12:174-86.

20. Muñoz MJ, Pérez MI, Granero J. Inmunidad de enfermería a los efectos del Burnout. *Metas de Enfermería*. 2002;51:6-9.
21. Mesequer F, González R, Calatayud E. Enfermería, burnout y unidades de alto riesgo. *Enferm Clin*. 1996;6(6):21-6.
22. Alameda A. Los profesionales enfermeros son uno de los colectivos que presentan mayor riesgo de sufrir síndrome de burnout. *Metas de Enfermería*. 2006;9(6):28-32.
23. Martín C, Santiago I, Rodríguez F, Moreno MT, de Andrés P, Casadellá A, et al. Estrés relacionado con el trabajo y exposición laboral en enfermeras de Castilla y León. *Enferm Clin*. 2006; 16(3):119-26.
24. Moreno Jiménez B, González Gutiérrez JL, Garrosa Hernández E, Peñacoba Puente C. Desgaste profesional en hospitales, influencia de variables sociodemográficas. *Rev Rol Enferm*. 2002; 25(11):738-46.
25. Ibáñez Martínez N, Vilaregut Puigdesens A, Abio Rbig 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(3):142-51.
26. Lozano A, Montalbán M, Durán A. Diferencias en la percepción del burnout: Relaciones con las características del puesto y la salud mental ocupacional entre distintas categorías profesionales de un hospital público. *Todo Hospital*. 2003;199: 547-54.
27. Albar Marín MJ, Romero Hernández ME, González Moreno MD, Carbayo Pérez E, García Gámez A, Gutiérrez Martínez Y, et al. Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. *Enferm Clin*. 2004;14(5):281-5.
28. Grau A, Suñer R, García M. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*. 2005;19(6):463-70.
29. Carmona FJ, Sanz LJ, Marín D. Clima social laboral y síndrome de burnout en profesionales de enfermería. *Enferm Científica*. 2002; 244-245: 82-6.
30. Cash D. Levels of occupational Burnout, personality type, and doping processes: A comparison of intensive care and non intensive care registered nurses in primary-care hospital settings (dissertation). California: University of San Francisco, 1996.
31. Caballero MA, Bermejo F, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud. *Aten Primaria*. 2001;27(5):313-17.
32. Olmedo M, Moya AM, Santed MA. Evaluación del síndrome de burnout en personal de enfermería de empresa. *Asociación Española de Enfermería del Trabajo y Salud*. El termómetro. 2001;7:6-9.
33. Gil-Monte PR, Peiró JM, Valcárcel P, Grau R. La incidencia del síndrome de burnout sobre la salud: un estudio correlacional en profesionales de enfermería. *Psiquis*. 1996;17(4):190-5.
34. Matía AC, Cordero J, Mediavilla J, Pereda MJ. Prevalencia de burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria de Burgos. *Aten Primaria*. 2006;38(1):58-60.
35. Hillhouse JJ, Adler CM. Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: results of a cluster analysis. *Soc Sci Med*. 1997;45:1781-8.
36. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública*. 1997;71(3):293-303.
37. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loudou A, et al. High level of Burnout in intensivists prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;175(7): 686-92.
38. Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit JF, Pochard F, et al. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;175(7):698-704.
39. Gil-Monte PR, Peiró JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología*. 1999;15(2):261-8.
40. Manzano G, Ramos F. La despersonalización: clave para identificar el síndrome de Burnout en personal de enfermería. *Enferm Científica*. 1999;206-207:69-78.
41. Artiga A. La enfermería ante el síndrome burnout. Estudio comparativo entre Atención Primaria y Atención Especializada. *Enferm Científica*. 2000;220-1.
42. Beck D. Counselors burnout in family service agencies. *Social Casework*. 1987;68(1):3-15.
43. Prieto L, Robles E, Salazar LM, Daniel E. Burnout en médicos de Atención Primaria de la provincia de Cáceres. *Aten Primaria*. 2002;29:294-302.
44. Escribá V, Más R, Cárdenas M, Burguete D, Fernández R. Estresores laborales y bienestar psicológico. Impacto en la enfermería hospitalaria. *Rev Rol Enferm*. 2000;23:506-11.
45. Muñoz JC. Síndrome de burnout en unidades de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2007;18(1):1-2.
46. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002;288(16):1987-93.

**Anexo 1** Questionario para personal de Cuidados Intensivos**1. CATEGORÍA PROFESIONAL:**

↑ DUE  
↑ Auxiliar de enfermería

↑ Médico intensivista  
↑ Médico residente

**2. UCI EN LA QUE TRABAJA:**

↑ UCI-P  
↑ UCP

↑ Unidad Coronaria  
↑ UCI Trauma

**3. EDAD:** **4. SEXO:** ↑ Hombre

↑ Mujer

**5. ESTADO CIVIL:**

↑ Soltero  
↑ Viudo/ a

↑ Casado o pareja estable  
↑ Separado o divorciado

**6. HIJOS:**

↑ Sí                      ↑ No

Número: **7. AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL:** **8. AÑOS TRABAJADOS EN UCI:** **9. AÑOS DE ANTIGÜEDAD EN SERVICIO:** **10. SITUACIÓN LABORAL:**

↑ Estatutario  
↑ Interino

↑ Laboral fijo  
↑ Laboral temporal

**11. TURNO:**

↑ Mañana  
↑ Tarde

↑ Noche  
↑ Rotatorio

**12. ¿CÓMO ES LA RELACIÓN CON TUS COMPAÑEROS?**

↑ Buena                      ↑ Regular

↑ Mala

**13. ¿CUÁL ES TU GRADO DE SATISFACCIÓN PROFESIONAL?**

↑ Elevado                      ↑ Medio

↑ Bajo

**14. ¿CUÁL ES EL NIVEL DE RECONOCIMIENTO DE TU TRABAJO POR PARTE DE LOS PACIENTES?**

↑ Elevado                      ↑ Medio                      ↑ Bajo

**15. ¿CÓMO CONSIDERAS QUE ES EL TRABAJO EN EQUIPO DE TU UNIDAD?**

↑ Bueno                      ↑ Regular                      ↑ Malo

DUE: diplomado universitario en enfermería; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; UCI-P: Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente; UCP: Unidad Cardiaca Postquirúrgica.

**Anexo 2 Escala de burnout**

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

0 = nunca; 1 = pocas veces al año o menos; 2 = una vez al mes o menos; 3= pocas veces al mes o menos; 4 = una vez a la semana;  
5 = pocas veces a la semana; 6 = todos los días.