

M.I. Ríos Rísquez<sup>a</sup>,  
F. Peñalver Hernández<sup>b</sup>  
y C. Godoy Fernández<sup>c</sup>

### *Burnout* y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos

<sup>a</sup>Licenciada en Psicología. Enfermera de la Unidad de Urgencias. Hospital Morales Meseguer. Murcia. España.

<sup>b</sup>Supervisor Servicio de Cuidados Intensivos. Hospital Morales Meseguer. Murcia. España.

<sup>c</sup>Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia. España.

Proyecto financiado por la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia y la Fundación Caja Murcia. N.º de proyecto: FFIS-CM/12/07.

**Correspondencia:**

M.I. Ríos Rísquez.

Servicio de Urgencias. Hospital Morales Meseguer

C/Marqués de los Vélez s/n

30008 Murcia. España.

Correo electrónico: maribelrios7@yahoo.es

### *Burnout and perceived health in Critical Care nursing professionals*

**Objetivo.** Estimar la prevalencia del síndrome de estar quemado por el trabajo (*burnout* o desgaste laboral) en una muestra de profesionales de enfermería intensiva, y analizar su relación con el nivel de salud percibida y otras variables sociodemográficas y laborales.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Emplazamiento.** Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Morales Meseguer ubicado en Murcia capital.

**Método.** Se emplearon tres instrumentos de evaluación: una encuesta de variables sociodemográficas y laborales, y los cuestionarios validados *Maslach Burnout Inventory* (MBI) y *General Health Questionnaire* (GHQ-28) de Goldberg, para la evaluación del *burnout* y el estado general de salud percibido, respectivamente.

**Resultados.** De un total de 56 cuestionarios administrados, se obtuvieron 42 válidos, lo que

supone una tasa de respuesta del 75%. Destaca la puntuación media obtenida en la dimensión de agotamiento emocional ( $25,45 \pm 11,15$ ). El 42,9% de la muestra presentó síntomas psíquicos o físicos de origen psicológico que podrían requerir atención especializada. Resultó significativa la asociación *burnout*-salud general percibida ( $r = 0,536$ ;  $p < 0,001$ ), destacando sobre todo la asociación agotamiento emocional-escala B de síntomas de ansiedad ( $r = 0,648$ ;  $p = 0,000$ ). Los niveles encontrados de desgaste profesional resultaron ser moderados-altos. El 11,9% de la muestra estudiada puntuó alto en las tres dimensiones del síndrome de *burnout*: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo.

**Conclusiones.** Los niveles de *burnout* y salud encontrados nos indican una elevada vulnerabilidad en la muestra estudiada y la necesidad de instaurar programas de prevención/intervención dentro de este contexto laboral.

170 **Palabras clave:** *burnout*, MBI, estrés, enfermería, salud, Unidad de Cuidados Intensivos.

**Objective.** *To assess the level of burnout syndrome in a sample of critical care nursing professionals and analyze its relation with the perception of general health and other sociodemographic and work characteristics.*

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

**Site.** *Intensive Care Unit of the University Hospital Morales Meseguer, Murcia-Spain.*

**Method.** *Three evaluation tools were used. These included a sociodemographic and work survey, the validated Maslach Burnout Inventory (MBI) questionnaires and the General Health Questionnaire (GHQ-28) in order to assess professional burnout and the general health condition perceived, respectively.*

**Results.** *Only 42 out of the 56 questionnaires included in the study were valid. This means an answering rate of 75%. The mean score obtained on the emotional tiredness dimension ( $25.45 \pm 11.15$ ) stands out. About 42.9% of the sample presented psychological or psychosomatic symptoms that could require specialized care. Correlation between burnout and general health perception was statistically significant ( $r = 0.536$ ;  $p < 0.001$ ), this highlighting, above all, the association between the emotional level of tiredness and the B-scale of anxiety symptoms ( $r = 0.648$ ;  $p = 0.000$ ). The emotional level of professional burnout found was moderate to high among critical care nursing professionals. A total of 11.9% of the studied sample had a high score in the 3 dimensions of the burnout syndrome: emotional tiredness, depersonalization, and lack of personal job performance.*

**Conclusions.** *Burnout and health levels found indicate high vulnerability in the sample studied and the need to establish prevention/intervention programs in this work context.*

**Key words:** *burnout, MBI, stress, Nursing staff, health, Intensive Care Unit.*

## INTRODUCCIÓN

Desde sus orígenes se ha vinculado el síndrome de *burnout* a las profesiones asistenciales. El estrés laboral que se da en el contexto profesional sanitario es reconocido en numerosas publicaciones<sup>1-4</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, a la muerte, a la enfermedad terminal, situaciones de urgencia vital, las demandas y presiones laborales, conflictos de rol, los pacientes problemáticos y un largo etcétera.

Respecto a la delimitación conceptual de este síndrome, se ha de comentar que no existe una definición unánimemente aceptada. Un reciente estudio de revisión conceptual realizado por Gil-Monte (2003)<sup>5</sup> confirma esta diversidad de definiciones y la confusión existente como consecuencia, a la hora de tratar sobre este constructo como objeto de conocimiento. A pesar de ello, existe consenso en considerar que este síndrome aparece en el individuo como una respuesta al estrés laboral crónico. Desde un enfoque clínico, Freudenberg (1974)<sup>6</sup> fue el primero en describir este síndrome. Posteriormente, y ya desde una perspectiva psicosocial, Cristina Maslach (1976)<sup>7</sup> eligió también el mismo término para describir un proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico que se daba entre los profesionales de servicio o ayuda a personas. De esta manera, dio lugar a la definición más conocida del síndrome: "Es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas".

El estudio del estrés en el entorno sanitario abarca los distintos estamentos o categorías profesionales, así como diversas unidades o servicios de cuidados. De entre estas últimas, las unidades de Cuidados Intensivos (UCI) han sido especialmente analizadas<sup>8-10</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. Los datos procedentes de numerosos estudios evidencian los efectos que el estrés tiene sobre la salud física y psicológica<sup>11-15</sup>. Parece ser que existe una mayor susceptibilidad a la cirrosis, suicidio, adicción al alcohol y abuso de drogas. Así mismo, los estudios tam-

bién parecen indicar niveles altos de síntomas psicológicos (ansiedad, síntomas depresivos, etc.).

Por otro lado, los costes económicos para la organización son igualmente importantes. Dentro de las consecuencias que podríamos denominar de carácter organizativo, destacan la disminución del rendimiento, el incremento de la accidentalidad, la rotación y el absentismo. Concretamente, del 50 al 60% del absentismo ha sido relacionado con el estrés laboral, cifrándose el coste anual para la Unión Europea en torno a los 20.000 millones de euros<sup>16</sup>.

Dentro de este marco, el informe sobre la salud elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000 está dedicado a evaluar la calidad de los sistemas de salud y cómo proceder a su mejora (OMS, 2000)<sup>17</sup>. Dicho informe recomienda cuidar los recursos humanos de las organizaciones sanitarias, pues si no se cuidan, se deterioran fácilmente. Este informe recomienda, además, realizar una buena gestión, que debe considerar aspectos relevantes como la satisfacción con el trabajo, el desarrollo de la carrera profesional y las condiciones laborales de los profesionales de la salud.

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>18,19</sup>. Los porcentajes que presentan una puntuación alta en este síndrome son variables, entre un 6%<sup>19</sup> y un 21,6%<sup>20</sup>, si bien hay que matizar que en algunas muestras se encuentran niveles bastante elevados en alguna de las tres dimensiones que configuran el síndrome. Así, destacan sobre todo los niveles elevados en agotamiento emocional de algunos estudios: un 54,3% obtenido por Rodríguez et al<sup>21</sup> o un 62,3% que obtienen Jiménez et al<sup>19</sup>, y en la dimensión de despersonalización: un 80% en el estudio de Jiménez et al y un 54,3% en el estudio de Rodríguez et al. Por otro lado, si concretamos y nos centramos en el personal sanitario de enfermería, existen datos de una prevalencia importante del síndrome. Así, según los datos de un reciente estudio, el 43,7% de las enfermeras se sitúa en las primeras fases del desgaste profesional<sup>22</sup>.

La prevalencia de este síndrome y la importancia de las consecuencias que este conlleva justifican la necesidad de estudios que, como paso previo a la interven-

ción y/o prevención de las consecuencias del estrés laboral, traten de identificar los niveles de *burnout* existentes en los distintos contextos laborales y organizaciones de la salud. Asimismo, el estudio de las variables asociadas nos permitirá una mejor comprensión de este constructo y poder intervenir de manera más eficaz sobre las variables relacionadas con el estrés laboral.

Este estudio pretende como objetivo principal estimar la prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout* o desgaste laboral) en el personal de enfermería estudiado. Como objetivos específicos nos planteamos:

1. Determinar el grado de cansancio emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo, que experimentan los profesionales encuestados.
2. Determinar el grado de salud general percibida, así como los síntomas de vulnerabilidad psíquica más frecuentes en la población a estudio.
3. Analizar la existencia de asociación entre *burnout*, estado de salud general percibido y las variables sociodemográficas y laborales valoradas en la encuesta.

## MATERIAL Y MÉTODO

El tipo de diseño es descriptivo de corte transversal. El estudio fue realizado en una unidad de intensivos polivalente de 18 camas, ubicada en un hospital de tercer nivel de la región de Murcia. Dicha unidad contaba con una *ratio* enfermera-paciente de 1:3.

Para conseguir los objetivos planteados, se utilizaron tres 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 con la colaboración del supervisor de la UCI durante los meses de marzo y abril de 2006.

Para lograr nuestros objetivos, los instrumentos de evaluación fueron:

## 172 Encuesta de variables sociodemográficas y laborales

Fue diseñada *ad-hoc* para el desarrollo del presente estudio. 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 jornadas o trabajos adicionales a su desempeño laboral en la UCI.

### *Maslach Burnout Inventory* (1986)

Se utilizó en su versión comercial adaptada a la población española. Este cuestionario<sup>23</sup> es el más utilizado para evaluar la frecuencia e intensidad del síndrome de estar quemado por el trabajo, dentro del contexto laboral sanitario. 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 (AE). Esta subescala está formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo.
2. Despersonalización (DP). 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 (RP). 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 puntúa la frecuencia con la que experimenta los sentimientos que configuran el síndrome. El rango de frecuencia está formado por 7 adjetivos que van de “nunca” (0) a “todos los días” (6). La relación entre la puntuación obtenida y el grado de *burnout* es dimensional, por tanto, no existe un punto

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. De las distintas versiones del *Maslach Burnout Inventory* (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 de acuerdo con la versión comercial española del test, que establece los siguientes valores medios de referencia para interpretar cada una de las dimensiones: AE: 20,86; DP: 7,62, y RP: 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.

### *General Health Questionnaire* (Goldberg, 1970)

Este cuestionario<sup>24</sup> general de salud fue concebido como método de identificación de pacientes con trastornos psíquicos en el ámbito clínico de los no especialistas en Psiquiatría. En su formato original constaba de 93 ítems. A partir de esta, se han ido generando versiones más cortas. Entre ellas, la más difundida en nuestro país ha sido el *General Health Questionnaire* (GHQ)-28, adaptado y validado por Lobo et al (1986).

El GHQ-28 consta de 28 ítems agrupados en 4 subescalas de 7 ítems cada una:

1. Subescala A: síntomas somáticos de origen psicológico, como cansancio, fatiga, dolores de cabeza, malestar general, etc.
2. Subescala B: síntomas relacionados con la ansiedad, tales como problemas para conciliar el sueño, despertares frecuentes, irritabilidad, tensión psíquica, etc.
3. Subescala C: síntomas relacionados con la “disfunción social”, tales como incapacidad para tomar decisiones, para el desarrollo organizado del trabajo, etc.
4. Subescala D: síntomas que se relacionan con el estado de ánimo, evaluando de esta manera ras-

Tabla 1. Variables sociodemográficas

		Recuento	% del N válido de tabla
Sexo	Varón	12	28,6
	Mujer	30	71,4
Estado civil	Solteros	18	42,9
	Casados, parejas	20	47,6
	Viudos	1	2,4
	Separados, divorciados	3	7,1
Estudios	Primarios	0	0
	Bachiller, FP	6	14,3
	Diplomaturas	34	81,0
	Licenciaturas	2	4,8
Convivencia	Domicilio familiar	19	45,2
	Compartido, pareja	17	40,5
	Solo	6	14,3
Hijos	1	7	16,7
	2	5	11,9
	3	2	4,8
	0	28	66,7

Tabla 2. Variables laborales

		Recuento	% del N válido de tabla
Categoría	Auxiliar de Enfermería	9	21,4
	profesional Enfermería	33	78,6
Experiencia profesional	0-5 años	8	19,0
	5-15 años	32	76,2
Tipo de contrato	15-40 años	2	4,8
	Plantilla	9	21,4
Tipo de turno	Interino	15	35,7
	Contratado	18	42,9
Tipo de turno	Fijo	0	0
	Rodado con noches	40	95,2
Trabajo adicional	Rodado sin noches	2	4,8
	Sí	14	33,3
Estudios o formación extra	No	28	66,7
	Sí	30	71,4
	No	12	28,6

gos depresivos. Se trata de una escala que pregunta sobre distintos síntomas depresivos graves que incluyen hasta la ideación suicida.

Cada ítem tiene 4 posibles respuestas que evalúan la frecuencia con que el sujeto experimenta los síntomas referidos en cada escala. El sujeto debe subrayar la respuesta elegida, siendo esencial que se limite a su situación de salud en las últimas semanas y no en su pasado.

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

### Muestra

La población objeto de estudio está formada por 56 profesionales de enfermería, que se distribuyen en dos categorías profesionales: auxiliar de enfermería y enfermería. Fueron candidatos a participar en el estudio todos los profesionales de enfermería de la UCI, con el único criterio de exclusión de los profesionales que pertenecían al equipo volante externo a la unidad, que trabajan en la misma de forma esporádica. Se recogieron un total de 42 cuestionarios válidos, lo que supone una tasa de respuesta del 75%.

## RESULTADOS

### Estadística descriptiva

La media de edad de la muestra ha sido de  $35,31 \pm 8,06$ , con predominio del sexo femenino (71,4%) frente al masculino (28,6%). La media de hijos no llega a ser de uno por persona (0,55) y destaca que un 66,7% de la muestra no tiene ninguno (tabla 1).

Por lo que respecta a las variables laborales, se registraron un 78,6% de enfermeras/os y un 21,4% de auxiliares de enfermería. Si consideramos los años de experiencia profesional, destaca el hecho de que al tratarse de una muestra relativamente joven, un 95,2% de los sujetos encuestados posee menos de 15 años de experiencia profesional. Al analizar el tiempo medio en el desempeño del empleo dentro de su actual unidad de trabajo, obtenemos que este es de  $5,08 \pm 3,11$  años (tabla 2).

En la tabla 3 se pueden observar los valores estadísticos descriptivos para cada una de las dimensiones del síndrome. Teniendo en cuenta los puntos de corte que, a nivel estadístico, designan diferentes grados o niveles del síndrome, podemos observar que un elevado porcentaje de la muestra puntúa alto sobre

**Tabla 3. Estadísticos descriptivos. Dimensiones del burnout**

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
MBI-agotamiento emocional	42	5	49	25,45	11,151
MBI-despersonalización	42	0	21	8,10	5,268
MBI-realización personal	42	21	48	36,88	6,425
N válido (según lista)	42				

MBI: *Maslach Burnout Inventory* (1986).

**Tabla 4. Estadísticos descriptivos. Estado general de salud**

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
GHQ	42	0	25	6,38	6,648
GHQA	42	0	7	2,33	2,375
GHQB	42	0	7	2,05	2,368
GHQC	42	0	7	1,48	1,890
GHQD	42	0	7	0,52	1,518
N válido (según lista)	42				

GHQ: puntuación media global en bienestar psíquico; GHQA: síntomas somáticos; GHQB: síntomas de ansiedad; GHQC: síntomas de disfunción social; GHQD: síntomas depresivos.

todo para la dimensión de AE: un 54,8% de los sujetos encuestados. Por otro lado, también se obtienen puntuaciones elevadas para la dimensión de DP en un 35,7% de los sujetos, y para la dimensión de falta de RP en el trabajo en un 21,4% de los sujetos (fig. 1). Si tenemos en cuenta las tres dimensiones simultáneamente, se obtiene que un 11,90% de la muestra puntúa alto en las mismas.

Por lo que respecta a la evaluación del grado de bienestar o salud percibido, se obtuvo una media de  $6,38 \pm 6,65$ , y para cada una de las subescalas se pueden observar los estadísticos en la tabla 4.

Si se consideran las puntuaciones totales de los sujetos en el cuestionario GHQ-28, podemos clasificar a estos en “sujetos normales” y “sujetos con probables problemas psíquicos”, tomando como punto de corte la puntuación 6/7 (6 = no caso y 7 = caso) por su mayor especificidad de clasificación, tal y como proponen Lobo et al (1986). Los resultados obtenidos señalan que un 42,9% de la muestra presenta malestar psíquico, siendo las escalas de síntomas somáticos de

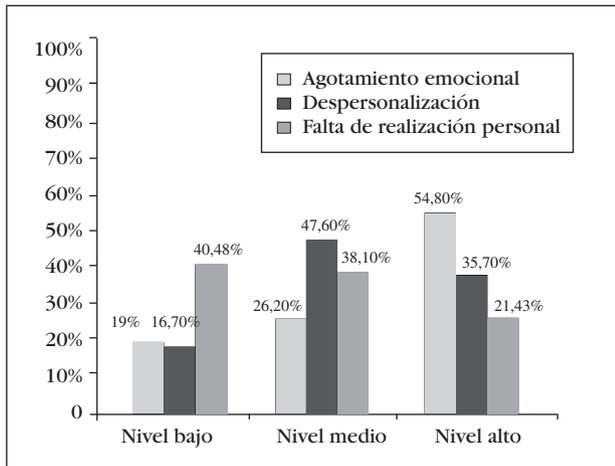
origen psicológico y de ansiedad (escalas A y B) las que muestran mayor incidencia, mientras que la escala de síntomas depresivos (escala D) resulta ser la que menor incidencia refleja.

### Estadística inferencial

Para el análisis bivariante se ha utilizado la prueba de la Chi cuadrado para variables dicotómicas y correlaciones para las cuantitativas. Para una variable dicotómica y otra continua se ha empleado la “t” de Student si la variable independiente o predictora era dicotómica y el ANOVA cuando esta era politómica.

Del análisis bivariante realizado entre las variables sociodemográficas y laborales, y las medidas de *burnout* y salud, se desprenden los siguientes resultados:

1. No se han encontrado diferencias significativas en *burnout* al considerar como variables independientes las variables sociodemográficas de edad, género, estudios y estado civil.



**Figura 1.** Porcentaje de profesionales en cada dimensión del Maslach Burnout Inventory (MBI).

- Un resultado significativo lo ha supuesto la variable “hijos”, en cuanto que los sujetos que no tienen hijos resultan referir niveles más altos de agotamiento emocional:  $F = 4,016$  ( $p = 0,014$ ).
- Encontramos diferencias significativas en los niveles de salud percibida al considerar como variables independientes las variables sociodemográficas de edad y convivencia. Respecto a la primera variable, parece existir una mayor vulnerabilidad a los síntomas depresivos (escala D) en los sujetos de más edad ( $F = 5,773$ ;  $p = 0,006$ ). Por lo que respecta a la variable convivencia, los datos indican que los sujetos que viven solos refieren un peor estado de salud general ( $F = 5,952$ ;  $p = 0,06$ ) y, en concreto, una mayor vulnerabilidad a síntomas de disfunción social ( $F = 6,882$ ;  $p = 0,003$ ) y a los síntomas depresivos ( $F = 4,112$ ;  $p = 0,024$ ).
- Si nos centramos en las variables laborales (categoría profesional, experiencia profesional, tipo de contrato, tipo de turno, etc.), encontramos una única diferencia estadísticamente significativa en relación a la variable tipo de contrato. En concreto, los sujetos con plaza en propiedad refieren puntuaciones menores en RP en el trabajo que los sujetos interinos y contratados

( $F = 3,962$ ;  $p = 0,027$ ). Por otro lado, se observa la tendencia de a mayor experiencia laboral, mayores puntuaciones en el síndrome de *burnout*, pero esta tendencia no ha resultado ser estadísticamente significativa.

Se han correlacionado las puntuaciones totales de cada una de las variables principales (puntuaciones del MBI y del GHQ-28) entre sí. También se han correlacionado dichas puntuaciones con las variables de edad y antigüedad laboral en la unidad. Los resultados obtenidos nos indican que el síndrome de *burnout* se relaciona de forma significativa con el malestar psíquico, si bien hay que matizar que son las dimensiones de AE ( $r = 0,555$ ;  $p = 0,000$ ) y DP ( $r = 0,405$ ;  $p = 0,008$ ) las que obtienen correlaciones significativas con la mayor parte de las escalas que constituyen el GHQ-28, quedando la dimensión de RP en el trabajo al margen de dicha asociación. Teniendo en cuenta las diferentes escalas de síntomas del GHQ-28, la correlación más alta la encontramos entre la dimensión de AE-síntomas de ansiedad (escala B):  $r = 0,648$ ;  $p = 0,000$ . Por otro lado, también encontramos una tendencia estadísticamente significativa con la variable edad, en cuanto a que a más edad, mayor propensión de los sujetos a manifestar síntomas de ansiedad ( $r = 0,394$ ;  $p = 0,010$ ). Sin embargo, esta variable no muestra correlaciones significativas con ninguna de las dimensiones del *burnout*. Tampoco la variable antigüedad laboral obtiene correlaciones estadísticamente significativas con las escalas del GHQ-28 y las dimensiones del MBI. En la tabla 5 se pueden observar las correlaciones estadísticamente significativas encontradas en nuestro estudio.

Por otro lado, se ha realizado un contraste de medias entre las puntuaciones obtenidas en nuestra muestra y las que aportan los baremos del MBI en su versión adaptada a la población general española, y también las puntuaciones referidas por Gil-Monte et al (2000) para la población ocupacional específica de enfermería. Estos contrastes dan como resultado unas diferencias significativas de la dimensión de AE, superior en nuestra muestra con respecto a la población general ( $t = 2,67$ ; gl 41;  $p = 0,011$ ), y si tenemos en cuenta los datos referidos a la población específica de enfermería, la dimensión que resulta estadísticamente significativa es la de DP ( $t = 2,48$ ; gl 41;  $p = 0,017$ ).

Tabla 5. Matriz de correlaciones

<i>GHQ-28/MBI</i>	<i>AE</i>	<i>DP</i>	<i>RP</i>	<i>Edad</i>	<i>Antigüedad laboral en el servicio</i>
GHQ	0,555**	0,405**	NS	NS	NS
GHQA	0,479**	0,426**	NS	NS	NS
GHQB	0,648**	NS	NS	0,394*	NS
GHQC	0,363*	0,341*	NS	NS	NS
GHQD	NS	0,317*	NS	NS	NS
Número de sujetos	42				

AE: agotamiento emocional; DP: despersonalización; MBI: *Maslach Burnout Inventory*; GHQ-28: *General Health Questionnaire*; GHQ: puntuación media global en bienestar psíquico; GHQA: síntomas somáticos; GHQB: síntomas de ansiedad; GHQC: síntomas de disfunción social; GHQD: síntomas depresivos; NS: correlaciones no significativas; RP: realización personal en el trabajo. \*\*p < 0,01; \*p < 0,05.

## DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta la tasa de respuesta obtenida (75%), podemos considerar que la muestra resultante es representativa de la población diana que se pretendía analizar, dado el elevado índice de participación, que es comparable al obtenido por otros estudios similares<sup>9,18</sup>.

La prevalencia del síndrome de *burnout* obtenida en la muestra estudiada nos muestra un nivel moderado-alto, siendo especialmente relevante la alta tasa de AE, que refiere un 54,8% de los encuestados, tal y como se observa en la figura 1. También destaca el nivel alto de DP, que refiere el 35,7% de la muestra. Estos resultados vienen a ser similares o algo superiores a los obtenidos por algunos estudios que analizan el síndrome de estar quemado por el trabajo en el personal sanitario<sup>18,19,25</sup> y, de manera coincidente con estos estudios previos, es la dimensión de AE la que aglutina un peso más relevante entre las tres dimensiones que configuran el cuadro sintomático del *burnout*.

Si se comparan los resultados obtenidos con la versión comercial del MBI en España<sup>23</sup> y con los datos normativos ofrecidos por Gil-Monte et al (2000)<sup>26</sup> para la población ocupacional específica de enfermería, observamos que nuestra muestra se sitúa por encima de los valores promedio para cada una de las dimensiones del síndrome de *burnout*, excepto para la de RP en el trabajo, cuya puntuación no muestra diferen-

cias significativas con respecto a las puntuaciones de referencia. Estos resultados nos indican una elevada vulnerabilidad hacia el síndrome de *burnout* en la muestra estudiada, que puede estar relacionada con las condiciones laborales y características específicas de la unidad asistencial considerada, tal y como ponen de relieve numerosas referencias<sup>3,9,10</sup>.

Por lo que respecta al análisis del perfil epidemiológico del síndrome de estar quemado por el trabajo, coincidimos con multitud de estudios que expresan la falta de consenso a la hora de configurar el perfil de riesgo para padecer este cuadro sintomático<sup>1,27</sup>, debido a la gran disparidad de resultados obtenidos en cuanto al análisis de las principales variables sociodemográficas y laborales. Por otro lado, una de las limitaciones de nuestro estudio, un tamaño muestral relativamente reducido, unido a características muestrales tales como una antigüedad profesional relativamente corta y una distribución asimétrica por sexos y por categorías profesionales, podría contribuir a limitar el establecimiento de relaciones estadísticamente significativas entre los diferentes subgrupos, influyendo de esta manera sobre las conclusiones obtenidas. No obstante, queremos destacar dos variables de tipo sociodemográfico y laboral que sí que resultan significativas en nuestro estudio: la variable "hijos" y la variable "tipo de contrato". Con respecto a la variable "hijos", se observa una mayor vulnerabilidad al agotamiento emocional en sujetos que no tienen, coincidiendo con otras referencias<sup>3,26</sup> que justifican este

resultado al aludir a la mayor estabilidad y madurez emocional de las personas que tienen hijos y al hecho de que las personas que no tienen hijos podrían usar el trabajo como fuente de vida social y, como consecuencia, una mayor implicación con el trabajo llevaría aparejado un mayor riesgo de sufrir síndrome de *burnout*. Por lo que respecta a las variables laborales, coincidimos con otros estudios previos<sup>14,28</sup> sobre la relevancia de la variable “tipo de contrato” en cuanto a encontrar una mayor vulnerabilidad al síndrome de *burnout* en aquellos sujetos que poseen plaza en propiedad. En nuestra muestra, esta variable incide concretamente sobre la dimensión de RP en el trabajo, de tal manera que los sujetos interinos y contratados refieren una mayor realización que aquellos que poseen plaza en propiedad.

Si analizamos los valores obtenidos en la evaluación de la salud percibida mediante el GHQ-28, se puede observar que los resultados son superiores a los que obtienen otros estudios con personal sanitario<sup>14,18,29</sup>; nuestro estudio, en concreto, obtiene que un 42,9% de los sujetos encuestados presenta malestar psíquico, con una mayor incidencia de los síntomas somáticos de origen psicológico y de los síntomas de ansiedad e insomnio (escalas A y B). Estas cifras de prevalencia superan las ofrecidas por otros estudios previos, como el de Ibáñez et al<sup>18</sup> o Lomeña et al<sup>29</sup> (17,14% y 31%, respectivamente). Al considerar las correlaciones entre el síndrome de *burnout* y el grado de bienestar o salud percibido, nuestros resultados van en la línea de otros estudios previos<sup>11-15</sup>, en el sentido de encontrar una relación significativa entre el síndrome de estar quemado por el trabajo y la falta de salud o bienestar. Coincidimos con estos estudios previos<sup>12,14</sup> en encontrar una asociación significativa entre la mayoría de las escalas del GHQ-28 y cada una de las dimensiones que configuran el síndrome de *burnout*, con excepción de la dimensión de RP en el trabajo, que en nuestro estudio no demuestra ser relevante. Es posible que un tamaño muestral inferior al de estos estudios pueda explicar en parte estas diferencias encontradas. No obstante concluimos, como otros autores<sup>12,15</sup>, que es la dimensión de AE la que muestra correlaciones más intensas con la falta de salud o bienestar, y más concretamente con la frecuencia

de síntomas de ansiedad. De ello se puede deducir el papel relevante que toman las emociones en el contexto laboral, como variable a tener en cuenta en el desarrollo del síndrome de estar quemado por el trabajo y sus potenciales consecuencias sobre la salud o bienestar de los profesionales. Además, habría que añadir la posible influencia de variables sociodemográficas tales como la “edad” y la “convivencia”, que resultan asociarse de forma significativa a la percepción del estado de salud general.

En síntesis, este estudio pone de manifiesto que un 11,9% de los profesionales encuestados puntúa alto en las tres dimensiones del síndrome de estar quemado por el trabajo, destacando la relevancia de la dimensión de AE, que afecta a un 54,8% de la muestra. A ello hay que añadir el hecho de que un 42,9% de los encuestados manifiesta un elevado nivel de malestar psíquico, malestar que se encuentra fuertemente asociado a la dimensión de AE, lo que concuerda con multitud de estudios previos<sup>11-14</sup>. De este análisis se desprende una prevalencia moderada-alta del síndrome de *burnout* en el colectivo de enfermería considerado, y dada la importancia de las consecuencias que este síndrome tiene tanto para la salud como para la organización<sup>3,4,16</sup>, se justifica la necesidad de estudios que traten de identificar los niveles de *burnout* existentes, como paso previo a la intervención y/o prevención de las consecuencias del estrés laboral en este contexto sanitario. La finalidad última de todo ello se podría traducir en obtener una mejor calidad y humanización de los sistemas de salud, contribuyendo a “cuidar a los cuidadores”, coincidiendo con las recomendaciones propuestas en el informe de la OMS (2000)<sup>17</sup>.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos su colaboración a todos los profesionales que han participado de forma voluntaria y desinteresada en el registro de los cuestionarios, que ha permitido la realización de este estudio.

Así mismo, agradecemos el apoyo financiero y de medios ofrecido por la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia y Caja Murcia, en el desarrollo de nuestra investigación.

## 178 BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno B, Peñacoba C. El estrés asistencial en los servicios de salud. En: Manual de Psicología de la Salud: Fundamentos, metodología y aplicaciones. Cap. 24. Madrid: Biblioteca Nueva, SL; 1999. p. 739-59.
2. Rout U. Estrés laboral en profesionales de la salud. En: Buendía J, Ramos F, editores. Empleo, estrés y salud. Cap. 5. Madrid: Pirámide; 2002. p. 93-108.
3. Gil-Monte P, Peiró JM. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis, SA; 1997.
4. García Izquierdo M. Estrés laboral. En: Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Fundamentos del comportamiento en las Organizaciones. Murcia: Editorial Diego Marín; Cap. 13. 1999. p. 229-49.
5. Gil-Monte P. Burnout síndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? *Rev Psicol Trab Organ.* 2003;19(2):181-97.
6. Freudenberger HJ. Staff burnout. *J Soc Issues.* 1974;30:159-65.
7. Maslach C. Burned out. *Hum Behaviour.* 1976;59:16-22.
8. Boyle PH, Grap MJ, Younger J, Thornby D. Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. *J Adv Nurs.* 1991;16:850-7.
9. 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.
10. Topf M. Personality hardiness, occupational stress, and burnout in critical care nurses. *Res Nurs Health.* 1989;12:174-86.
11. Boada i Grau J, Agulló E, de Diego R. El burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema.* 2004;16(1):125-31.
12. Fernández O. Estudio de la satisfacción laboral y el síndrome de burnout entre los profesionales sanitarios de un hospital general. Universidad de Zaragoza. Tesis doctoral 1998.
13. García M. Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Rev Psicol Trab Organ.* 1991;7(18):3-12.
14. García Izquierdo M, Sáez Navarro MC, Llor Esteban B. Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Rev Psicol Trab Organ.* 2000;16(2):215-28.
15. Gil-Monte P. La incidencia del síndrome de burnout sobre la salud: un estudio correlacional en profesionales de enfermería. *Psiquis.* 1996;16(4):37-42.
16. 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, 2002.
17. OMS. The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance. 2000. Disponible en: <http://www.who.int/whr>
18. Ibáñez N, Vilaregut A, Abio 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(3):142-51.
19. Jiménez C, Morales JL, Martínez C. Estudio del síndrome de "Burnout" en cirujanos pediatras españoles. *Cir Pediatría.* 2002;15(2):73-8.
20. Matía AC, Cordero J, Mediavilla J, Pereda MJ. Prevalencia del burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria de Burgos. *Aten Primaria.* 2006;38(1):58-60.
21. Rodríguez FJ, Blanco MA, Pérez SI, Romero L, Ganoso P. Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. *Aten Primaria.* 2005;36(8):442-7.
22. Boletín Colegial Enfermería Región de Murcia. El 43,7% de las enfermeras estaría en la primera fase del síndrome de desgaste profesional. Boletín nº 6. Marzo, 2006.
23. 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, SA; 1997. p. 5-28.
24. Goldberg D, Williams P. Cuestionario de salud general GHQ. Guía para el usuario de las distintas versiones. Barcelona: Masson; 1996.
25. Máximo J, Avalos F, Jiménez I. Burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Enferm Clínica.* 2005;15(5):275-82.
26. 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. *Rev Psicol Trab Organ.* 2000;16(2):135-49.
27. Hidalgo I, Díaz RB. Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del INSALUD de Ávila. *Med Clín (Barc).* 1994;103:408-12.
28. López-Soriano F, Bernal L. Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Rev Calidad Asistencial.* 2002;17(4):201-5.
29. Lomeña JA, Martínez C, Negrillo M, Naranjo de la Cruz A. Malestar psíquico en profesionales de la salud: una aproximación a su estudio. *Aten Primaria.* 1991;8:549-54.