

Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería de atención hospitalaria

Francisco López-Soriano^a y Lucía Bernal^b

^aServicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital del Noroeste de Murcia. ^bDirección de Enfermería. Hospital del Noroeste de Murcia. Caravaca de la Cruz.

Correspondencia

Francisco López Soriano.

Servicio de Anestesiología.

Hospital del Noroeste de Murcia.

Miguel Espinosa, 1. 30400

Caravaca de la Cruz. Murcia.

Correo electrónico: flopez@hcnr.insalud.es

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia del síndrome de *burnout* en las enfermeras y auxiliares de un hospital comarcal de Murcia, así como su distribución según diferentes variables sociodemográficas y laborales. Además, comprobar la tridimensionalidad del síndrome.

Método: Estudio descriptivo transversal, dirigido a la totalidad (223) de los trabajadores dependientes de la dirección de enfermería, mediante cuestionario autoadministrado y anónimo, compuesto por el Maslach Burnout Inventory y variables sociodemográficas y laborales. Se relacionó cada dimensión del síndrome de *burnout* con las variables independientes.

Resultados: Contestó el cuestionario el 64,1% de los trabajadores. Presentó puntuaciones elevadas en agotamiento emocional el 26,5% (intervalo de confianza [IC] del 95%: 21,6-31,8), y en despersonalización el 30,0% (IC del 95%: 24,9-35,1). Puntuó bajo en falta de realización personal el 20,2% (IC del 95%: 15,4-25,1). Las puntuaciones en desrealización fueron menores en las enfermeras que en las auxiliares, en las jóvenes, y en las de menor antigüedad en la profesión. Las puntuaciones en despersonalización fueron menores en el personal interino. Las tres dimensiones se correlacionaron entre sí.

Conclusiones: Detectamos niveles de este síndrome preocupantemente elevados entre nuestra enfermería y similares a los encontrados en otras encuestas nacionales. Los equipos directivos deberían adoptar medidas correctoras en las dimensiones más afectadas.

Palabras clave: *Burnout*. Enfermería. Atención hospitalaria.

Summary

Objective: The main aim of this study was to determine the prevalence of burnout syndrome among nurses and nurses'-aides and the distribution of this syndrome according to social, demographic and occupational variables. A secondary aim was to determine the statistical correlation between the three subdomains of burnout.

Method: A descriptive cross-sectional study was performed in all the health workers (n = 223) in a hospital nursing department through an anonymous, self-administered questionnaire. The questionnaire was composed of the Maslach Burnout Inventory as well as items on social, demographic and occupational variables. The relationship between the three subdomains of burnout and the independent variables was analyzed.

Results: A total of 64.1% of the health workers completed the questionnaires. High levels of emotional exhaustion were found in 26.5% (95% CI = 21.6-31.8) and high levels of depersonalization were found in 30.07% (95% CI = 24.9-35.1) Low levels of personal accomplishment were found in 20.2% (95% CI = 15.4-25.1). Personal accomplishment scores were lower in nurses than in nurses-aides, in young workers and in workers with fewer years of service. Depersonalization scores were lower in temporary staff. The three subdomains of burnout showed internal correlation.

Conclusions: We detected worryingly high levels of this syndrome among our nursing staff, which were similar to those of other surveys in Spain. Management teams should implement corrective organizational measures in the most affected domains.

Key words: Burnout. Nursery. Hospital care.

Introducción

Los trabajadores de los servicios de salud se enfrentan a diario a factores que producen estrés propios del trato con los pacientes y del tratamiento de la enfermedad. Esta situación se afronta con diferentes estrategias cuya eficacia no siempre garantiza su control. Si el estrés laboral crónico desborda los mecanismos de compensación, acaba conduciendo al síndrome de *burnout*. Éste se caracteriza por presentar una tríada

de dimensiones que explican el fenómeno de *burnout* o desgaste profesional, y consiste en agotamiento emocional ("no puedo más"), falta de realización personal ("no valgo"), y despersonalización o cinismo ("no me importa")¹.

Afecta a personas que trabajan con personas, es decir a trabajadores del sector servicios, como respuesta a una situación laboral intolerable². Conduce a alteraciones indeseables del estado de salud y del comportamiento, y a alteraciones de la actitud hacia los clientes y hacia la organización³. Fue

descrito en 1974 por Freudenberg⁴ y Maslach⁵, y en 1981 se crea la herramienta de medida (Maslach Burnout Inventory [MBI])⁶, con 22 ítems. Puntuaciones elevadas en los ítems de agotamiento emocional, y en despersonalización, y bajas en falta de realización personal se asocian con elevados grados de *burnout*⁷. Esta psicopatología está fuertemente asociada a las nuevas normas de relación laboral de los últimos años, y últimamente ha ido en aumento, y se ha llegado a plantear su reconocimiento como enfermedad laboral.

Factores individuales (alrededor de los 30 años, idealistas y con nivel educativo medio-alto), factores externos (ambigüedad de rol, poca participación en decisiones) y factores socioculturales interactúan a lo largo del tiempo (estrés crónico) dando como resultado la aparición del síndrome³.

Este síndrome que asocia siempre la citada tríada, se manifiesta con diferente equilibrio entre las tres dimensiones para las diferentes profesiones, países, sexos, y aun entre los diferentes aspectos de cuidados y la mayor o menor implicación con el enfermo^{1,8-10}.

En España se ha estudiado en varias provincias, tanto en atención primaria como hospitalaria^{7,11,12}, en diferentes especialidades médicas¹³ y en diferentes trabajos de enfermería¹⁴⁻¹⁶. Igualmente ha sido evaluado en todo tipo de trabajadores de servicios sanitarios de múltiples países^{17,18}. Es un síndrome con alta prevalencia (en aumento en los últimos años)¹⁷ entre trabajadores de la salud, como es el colectivo de enfermería, tanto en asistencia ambulatoria como hospitalaria. Por otro lado, un estudio reciente sobre satisfacción laboral en nuestro hospital detectó grados medianos de satisfacción con el trabajo que desempeñan, con altas puntuaciones en exceso de trabajo y acusando falta de promoción profesional¹⁹.

Nuestro objetivo es conocer los grados de *burnout* en general y de cada una de sus dimensiones o componentes, mediante el cuestionario MBI, en la enfermería del Hospital del Noroeste de Murcia, así como analizar su relación con otras variables sociodemográficas y laborales.

Método

Estudio descriptivo transversal en el que se analizan las tendencias de respuesta de los diferentes colectivos de trabajadores, dependientes de la dirección de enfermería (enfermeros, fisioterapeutas, matronas, auxiliares de clínica y técnicos de laboratorio) del Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia situado en Caravaca de la Cruz.

Contexto

Nuestro hospital, de carácter comarcal, es de referencia para el Área IV del Servicio Murciano de Salud, da cobertura especializada y hospitalaria a una población de casi 70.000 habitantes, y su hospital de apoyo está a 75 km de distancia. Fue inaugurado en 1986 y cuenta con 105 camas, y en la actualidad está en obras de ampliación. La creciente movilidad del personal genera falta de identificación con el mismo: se pertenece a él, pero no existe sentimiento de integración; la plantilla es relativamente joven.

Marco muestral

Como criterios de selección se consideraron: la dependencia funcional de la dirección de enfermería, estar en activo, con plaza en propiedad o contrato de al menos 6 meses antes de la fecha del estudio. Fueron excluidos los estudiantes de enfermería y/o formación profesional en prácticas, así como los trabajadores que estaban en baja laboral en ese momento. En el momento del corte transversal (primera quincena de diciembre de 2001), la población de estudio fue de 223 trabajadores, a los que se les entregó personalmente un cuestionario anónimo para su autocumplimentación, reclamando su entrega transcurridos 15 días. Como el sistema informático del hospital estaba adaptándose a los cambios de la informatización del mismo, nos fue imposible conocer las características sociodemográficas de los no respondedores, aunque sí se nos facilitó las características de edad y sexo de todo el colectivo (respondedores y no respondedores), lo que nos permite saber si el perfil de los respondedores difiere de la población de estudio o no.

Cuestionario

Como herramienta de medida se ha utilizado el cuestionario diseñado por Maslach, MBI, y adaptado a la versión española por Garcés y Nieto²⁰. Este cuestionario ha sido utilizado tanto para trabajadores de enfermería de atención primaria como hospitalaria. Consta de 22 ítems que se agrupan en tres dimensiones: agotamiento emocional, desrealización personal y despersonalización. La subescala agotamiento emocional tiene 9 ítems y valora la saturación emocional por el trabajo; la subescala falta de realización personal tiene 8 ítems y valora la competencia y los logros en el trabajo, y la subescala de despersonalización tiene 5 ítems y valora la falta de sentimientos y la respuesta interpersonal hacia los pacientes. Estas subescalas son valoradas cada una mediante una escala Likert 0-6 para la frecuencia con que el trabajador percibe el enunciado de cada ítem (desde 0 para nunca hasta 6 para todos los días). Así, el síndrome de *burnout* se entiende como una variable continua que ordena a los individuos en tres niveles según su puntuación: medio, bajo o alto.

Puntuaciones altas en agotamiento (≥ 27) y despersonalización (≥ 13) y bajas en desrealización (≤ 31) se correlacionan con un mayor nivel de *burnout*⁶.

El MBI es una herramienta de medida para evaluación grupal, que está validado internacionalmente, con una alta consistencia interna (0,80) y una fiabilidad de 0,90 para el agotamiento emocional, 0,71 para la reducida realización personal, y 0,79 para la despersonalización²¹, lo que viene a respaldar su uso en este trabajo.

Además del MBI, el cuestionario incluía variables universales (edad, sexo), antigüedad en el hospital, tipo de servicio asistencial (médico, quirúrgico o central), y otras variables presumiblemente relacionadas con el hecho de "quemarse" en el trabajo: tipo de contrato (interino o propietario), antigüedad en la profesión y categoría profesional (enfermeras o auxiliares). Acompañó al cuestionario una carta de presentación en la que se garantizaba la confidencialidad de la respuesta, justificando su interés en la ausencia de estudios si-

milares para nuestra comunidad, e invitando a responder, garantizando su difusión por la dirección de enfermería, una vez concluido el estudio. Se acompañó de un sobre para el reenvío del cuestionario a la dirección, a través de los buzones de sugerencias distribuidos por todas las dependencias del hospital; el plazo de remisión fue de 15 días, tras los cuales se volvió a requerir la devolución del mismo pasados 7 días más.

Análisis estadístico

Después de depurar los datos crudos y comprobar su ajuste a la distribución normal, se calculó la media, desviación típica, mediana, proporciones e intervalos de confianza (IC) del 95%, de cada una de las dimensiones de la escala, para el global de la muestra. Los contrastes entre variables cualitativas se realizaron mediante el test de la χ^2 . Los contrastes entre variables cuantitativas se realizaron con técnicas de correlación. Los contrastes entre variables cualitativas y cuantitativas se realizaron mediante análisis de la variancia. Se aceptaron como significativos valores de $p < 0,05$. Los datos se procesaron con el paquete informático SPSS v10.

Resultados

Estadística descriptiva

De las 223 personas que recibieron el cuestionario, lo contestaron un total de 143 (64,1%). El porcentaje de respuesta para las categorías enfermeros-matronas-fisioterapeutas (enfermeros) y auxiliares-técnicos (auxiliares) fue similar ($p = 0,342$). El perfil de los que respondieron fue en el sexo femenino el 82,5%, y el 70,6% en el masculino. Tenían en propiedad su puesto de trabajo 75 personas (52,4%). El 49,6% desarrollaba su trabajo en servicios centrales.

La edad media \pm desviación estándar (DE) era de $35,0 \pm 8,8$ años, la antigüedad media en el ejercicio de la profesión era de $12,2 \pm 7,1$ años, y la antigüedad media en nuestro hospital de $5,7 \pm 4,8$ años (tabla 1).

Los respondedores no se diferenciaron en edad o sexo de la media o frecuencia de la población de estudio ($37,4 \pm 7,2$ años y 79,9% mujeres). La puntuación media en agotamiento emocional fue de $19,8 \pm 11,1$ (límites, 4-46), en despersonalización fue de $9,0 \pm 6,4$ (límites, 0-23), y en desrealización fue de $32,3 \pm 8,0$ (límites, 10-46). De los que respondieron, el 26,5% (IC del 95%: 21,2-31,8%) presentó puntuaciones de agotamiento emocional elevadas, con una mediana de 19. El 20,2% (IC del 95%: 15,4-25,1%) puntuó bajo en falta de realización personal, con una mediana de 33. Por último, el 30,0% (IC del 95%: 24,9-35,1%) puntuó alto en despersonalización, con una mediana de 8.

Estadística inferencial

Los contrastes estadísticos pusieron de manifiesto que las tres dimensiones del *burnout* están efectivamente relacionadas entre sí (agotamiento frente a despersonalización: CC: + 0,771; agotamiento frente a desrealización: CC: -0,375, y

Tabla 1. Perfil de los profesionales que responden el Malsach Burnout Inventory

Demografía	Frecuencia	%
Sexo		
Varón	25	17,4
Mujer	118	82,5
Categoría		
Enfermeras-matronas-fisioterapeutas	101	70,6
Auxiliares-técnicos	42	29,3
Contrato		
Interino	68	47,5
Propietario	75	52,4
Servicio		
Médico	24	16,7
Quirúrgico	48	33,5
Central	71	49,6
	Media	Desviación típica
Edad (años)	35,0	8,8
Antigüedad (años)		
Profesional	12,2	7,1
En el hospital	5,7	4,8

despersonalización frente a desrealización: CC: -0,403). La dimensión agotamiento no se relacionó significativamente con ninguna variable sociodemográfica. La desrealización se relacionó significativamente con la edad (CC: +0,436) y con la antigüedad en la profesión (CC: +0,365). La despersonalización se asoció con la pertenencia al grupo de trabajadores con plaza en propiedad ($p < 0,05$). El grupo de auxiliares puntuó más alto que el de enfermeras en desrealización ($35,5 \pm 6,8$ frente a $30,8 \pm 8,2$) ($p = 0,03$). El sexo y el desempeño de servicio (central, médico o quirúrgico) no se asociaron significativamente con mayores o menores puntuaciones en las tres subescalas.

Discusión

En diciembre de 2000, la Sala de lo Social del Tribunal Supremo deja firme un precedente del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco que declaró que el síndrome de *burnout* es accidente laboral; este tribunal recordó que la Ley General de la Seguridad Social considera accidente laboral la enfermedad que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo lugar por causa exclusiva de la ejecución de éste²².

El MBI es una herramienta validada internacionalmente, que evalúa a grupos de trabajadores, no desarrollada para la evaluación individual. Esta herramienta es muy útil para comparaciones que exceden el ámbito nacional. Por otro lado, hay una consideración que sigue sin estar universalmente aceptada: ¿cuáles son los puntos de corte, si es que hay que

establecerlos, para determinar a partir de qué niveles se considera que existe *burnout*?²³

Nuestra tasa de respuesta al cuestionario se sitúa entre las referidas por estudios publicados en España²³. En cuanto a la edad media de los encuestados, es comparable con las publicadas para el País Vasco¹⁴, Guadalajara²⁴ y León²³. La participación por sexos es comparable con la publicada para estudios similares en enfermería¹⁴, pero superior a la publicada para estudios sobre trabajadores sanitarios en general^{23,24}.

Nuestras puntuaciones medias en agotamiento emocional son similares a las enfermeras canadienses¹⁸, pero son significativamente superiores a las de la enfermería de Atención Especializada de Guadalajara²⁴, e inferiores a las de la enfermería hospitalaria de Vizcaya¹⁴ o Madrid¹⁵. A su vez, varios autores sugieren que son estas altas puntuaciones en agotamiento emocional, entre otras (sobrecarga, responsabilidad y retribuciones económicas), las que harían que la enfermería de hospital emigrara hacia la atención primaria de salud²⁴. Tenemos similares puntuaciones en desrealización que la enfermería hospitalaria española²⁴, pero superiores a las canadienses. Este último dato podría explicarse por la estructura organizacional de la asistencia sanitaria de nuestro país, que adolece claramente de falta de reconocimientos y escasa promoción³.

El agotamiento emocional no se correlacionó con ninguna variable sociodemográfica, estos datos concuerdan con otros autores²³. La desrealización se correlacionó de forma positiva con la edad y con la antigüedad en la profesión, resultados similares a los publicados por Atance²⁴. La madurez y la experiencia parecen ayudar a soportar los niveles de estrés que provoca el trabajo en sanidad. La despersonalización sólo se correlacionó positivamente con la pertenencia a la plantilla del hospital; estos datos difieren de los publicados por Manzano y Ramos¹⁴. Ramos et al²³ encuentran, en cambio, mayores grados de agotamiento emocional relacionados con la pertenencia a la fijeza en el puesto de trabajo que con la interinidad en el mismo. La significativa correlación entre las puntuaciones de las tres subescalas entre sí corrobora la tridimensionalidad de este síndrome¹⁴.

La mayor puntuación de las auxiliares en desrealización (menor desrealización) podría explicarse por una mejor definición de su rol, o por estar más satisfechas con su trabajo¹⁹. Estos datos son concordantes con los publicados para Valencia, donde las enfermeras tienen mayores puntuaciones de estrés laboral que las auxiliares²⁵. En nuestro estudio el predominio de la despersonalización puede deberse a la mayor proporción de mujeres¹ o a la falta de especialidad y especificidad del trabajo¹⁴.

¿Cómo podemos afrontar esta enfermedad desde las direcciones de enfermería?: las medidas educacionales no han demostrado ser eficaces para disminuir la despersonalización ni para la desrealización. Las medidas preventivas deberían ir encaminadas a actuar sobre los factores condicionantes, actuando sobre la insatisfacción laboral, definiendo claramente el papel de los trabajadores (protocolización), integrando a la enfermería en la toma de decisiones, y mejorando la actualmente deteriorada relación enfermo-cuidador. Por último, las medidas encaminadas a producir cambios organizacionales

deben incidir en un equilibrio de cargas de trabajo, en el refuerzo de la autoridad sobre el trabajo que se desempeña, en una adecuada política de recompensas, en la mejora del clima laboral, en la resolución de conflictos de valores, y en una adecuada política de apoyos en el trabajo. Estas últimas seis medidas parecen ser las más adecuadas para conseguir un descenso en la prevalencia de este síndrome, siempre que se actúe sobre todas ellas a la vez, pues parece ser que interactúan entre sí¹.

Como limitaciones del estudio, nuestros datos han sido comparados con enfermería de atención especializada en situaciones asistenciales diferentes, entre las que no se han publicado datos de hospitales de nivel asistencial como el nuestro (comarcal). Las diferencias en el diseño y el método del estudio pueden confundir los resultados. La especial situación de nuestro hospital (actualmente en obras) también podría afectar a los resultados, respecto a una situación asistencial más normalizada.

Concluimos que entre el 20-30% de la enfermería presenta grados elevados de síndrome de *burnout* en alguna de sus tres dimensiones. La dimensión predominante en este colectivo es la despersonalización. La falta de realización personal es menos acusada en auxiliares-técnicos que en el resto de la enfermería. No existen diferencias de puntuación para edad y tipo de servicio asistencial. La mayor edad y la antigüedad profesional se asociaron con menores puntuaciones en desrealización. Los trabajadores con plaza en propiedad presentaron mayores índices de despersonalización que los interinos. En general, nuestras cifras de *burnout* para este colectivo son comparables con las del resto del país.

Bibliografía

1. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter M. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;52:397-422.
2. Daniel E, Pérez A. El síndrome de burnout en el médico. Madrid: Smithkline Beecham, 1995.
3. Saturno P. Master en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud. Murcia: UD de Medicina Preventiva y Salud Pública. Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Universidad de Murcia, 2001.
4. Freudenberger HL. Staffburnout. *J Soc Issues* 1974;30:159-65.
5. Maslach C. Burned-out. *Hum Behav* 1976;5:16-22.
6. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 1981;2:99-113.
7. De Pablo González R, Suberviola González JF. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1998;22:580-4.
8. Schaufeli WB, Enzmann D. The burnout companion to study and practice: a critical analysis. Philadelphia: Taylor and Francis, 1998.
9. Gámez Perales M, Santano Magariño A, Matías Benayas S, Roca Sánchez S, Tomey Soria MJ. Estudio del clima laboral en cuatro unidades de críticos de un hospital. *Enferm Intensiva* 1999;10:120-8.

10. Florez Lozano JA. El síndrome de burn-out en médicos y enfermeras que atienden a pacientes oncológicos (I). *Med Integral* 2000;36:405-11.
11. Olivar Castrillón C, González Morán S, Martínez Suárez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria* 1999;24:352-9.
12. Cebriá J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, et al. Rasgos de personalidad en médicos de familia. *Aten Primaria* 2001;27:459-68.
13. Belloch García SL, Renovell Farré V, Calabuig Alborch JR, Gómez Salinas L. Síndrome de agotamiento profesional en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. *An Med Interna (Madrid)* 2000;17:118-22.
14. Manzano García G, Ramos Campos F. La despersonalización: clave para identificar el síndrome de burnout en personal de enfermería. *Enfermería Científica* 1999;206-207:69-78.
15. Segarra Cañamares ML, Garrido Santiago J. La supervisión de enfermería y el burnout: un estudio sobre factores laborales y psicológicos. *Gestión Hospitalaria* 2000;11:165-9.
16. Garret DK, McDaniel AM. A new look at nurse burnout. The effects of environmental uncertainty and social climate. *JONA* 2001;31:91-6.
17. Lye Chng Ch, Eaddy S. Sensation seeking as it relates to burnout among emergency medical personnel: a Texas study. *Prehosp Disaster Med* 1999;14:241-4.
18. Jamal M, Baba V. Job stress an burnout among canadian managers and nurses: an empirical examination. *Rev Can Santé Publique* 2000;91:454-8.
19. López-Soriano F, Bernal L, Cánovas A. Satisfacción laboral de los profesionales en un Hospital Comarcal de Murcia. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:164-8.
20. Garcés de los Fayos Ruiz EJ, Nieto García G. Estrés profesional y salud laboral. Murcia: Capítulo tres editores, 1977.
21. Maslach C, Jackson SE. MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual research edition. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press, 1986.
22. El Tribunal Supremo confirma que el "burn-out" es accidente laboral. *Diario Médico*, 15 de diciembre de 2000.
23. Ramos F, De Castro R, Galindo A, Fernández Valladares MJ. Desgaste profesional (burnout) en los trabajadores del Hospital de León: resultados preliminares (influencia de los factores demográficos y laborales). *Mapfre Medicina* 1998;9:237-45.
24. Atance Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71:293-303.
25. Escriba Agüir V, Mas Pons R, Cárdenas Echegaray M, Burguete Ramos D, Fernández Sánchez R. Factores relacionados con el estrés laboral y la estabilidad psicológica de las enfermeras de hospital. *Rev Enferm* 2000;23:506-11.