

## Síndrome de Burnout en Urgencias.

### *Burnout Syndrome in Emergency Service.*

---

Barquín Rodríguez F.I.\* y Gomis Coloma, A. M.\*\*

\* *Universidad CEU San Pablo*

\*\**Universidad Miguel Hernández de Elche.*

---

#### Resumen

**Marco teórico:** Este trabajo parte del objetivo de identificar la existencia del síndrome de Burnout en los profesionales sanitarios en los servicios de Urgencias y relacionarlos con las variables sociodemográficas. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal y descriptivo utilizando el cuestionario Maslach Burnout Inventory que mide el desgaste profesional, en conjunto con unas variables sociodemográficas y laborales, administrado a diferentes profesionales sanitarios de los servicios de Urgencias de Madrid y Las Palmas. **Resultados:** El 10,6% de los participantes refiere niveles altos de Burnout en las tres subescalas del Burnout (*Agotamiento Emocional, Realización Profesional y Despersonalización*). Los niveles medios-altos componen el 31,8% de los participantes, resultando que el 42,4% de los participantes padecen Burnout en alguna de sus variantes. **Conclusiones:** Las medias independientes de las subescalas mostraron valores bajos- medios en contraste con otros estudios que mostraron niveles altos y medios. A diferencia de otros trabajos la *Despersonalización* fue la más baja de todas. En similitud con otros estudios nuestra muestra denota resultados parecidos de alta tridimensionalidad. No se evidencia relación entre el Burnout y el sexo como ocurre en otros trabajos. Sin embargo, se observa que en discrepancia con otros trabajos es el estado civil soltero donde el Burnout es más tangible. Un 42,4% de la muestra tiene algún tipo de relación con el Burnout, presentando nivel alto de Burnout un 10,6% y medio-alto un 31,8%. No hay diferencias para sexo, elección de trabajo o turno. Donde más incidencia existe es en SAMUR-PC. Nuevamente son los Enfermeros y los TES los que más Burnout presentan.

**Palabras clave:** Burnout, Enfermería, Urgencias, MBI.

#### Abstract

**Theoretical Framework:** To identify the Burnout's existence in health professionals in Emergency services and relate them to socio-demographic variables. **Methods:** A cross sectional, descriptive study was performed using the Maslach Burnout Inventory, which measures the burnout, together with socio-demographic and labour variables. The survey was undertaken by different health professionals from Emergency services in Madrid and Las Palmas. **Results:** 10.6% of participants refer high Burnout levels in the three Burnout's sub-scales: emotional exhaustion, professional realisation and depersonalisation. Medium-high levels represent 31.8% of the sample, showing that 42.4% of participants suffer Burnout in one form or another. **Conclusions:** Independent averages from sub-scales showed low-medium levels, in contrast with a number of similar studies that showed high-medium levels. Unlike other research projects, depersonalization represented the lowest score of all within this study. On the other hand, our sample denoted similar results of high three-dimensionality, as it did in similar studies. There did not seem to be a relation between Burnout and sex as it did in other research. Amongst all variables, burnout appeared to be more tangible in single, in contrast with other studies. 42.4% of the sample had a significant linkage with Burnout, with 10.6% of participants suffering high Burnout levels and 31.8% medium-high levels. There did not seem to be significant differences with regards to sex, career choice or working shift. The strongest incidence was identified within SAMUR-PC. Once again, Nurses and TES showed the highest levels of Burnout.

**Key words:** Burnout, Nursing, Emergency, MBI

## INTRODUCCIÓN

Si nos preguntamos por qué las empresas deben cuidar a sus trabajadores, la respuesta inmediata es muy simple, porque la salud, el bienestar y la felicidad de las personas son muy importantes, también en el ámbito laboral. Además, es que es rentable, un empleado sano y feliz rinde más y sufre menos bajas laborales. La preocupación por la salud de los trabajadores se ha vuelto importante desde mediados del Siglo XX.

Hoy en día la sociedad nos enseña que debemos tener una buena formación, para tener un buen trabajo con el que podamos realizar nuestra vida de una manera medianamente cómoda y suficiente para vivir de una manera tranquila. Sin embargo, esto se puede convertir en un arma de doble filo, en el sentido de que, en un futuro, después de haber recibido una formación para un puesto de trabajo determinado y trabajar en éste, cosas como que no cumpla nuestras expectativas, o por el contrario, que te despidan porque no eres el mejor para esa labor, entre otras muchas, pueden generar un estrés y una no realización personal del individuo. Se ha observado que si esta situación se prolonga de manera crónica, el sujeto podría llegar incluso a enfermar. Este contexto sociolaboral al que pertenecemos nos genera la necesidad de enfrentar a diario diversas exigencias que nos llevan a cambiar nuestro estilo de vida, dificultando nuestra adaptación y por tanto generándonos reacciones y emociones que impiden la realización óptima de nuestro trabajo.

En la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo de 2011 el 86,4% de los trabajadores señaló que el problema de salud que les aquejaba había sido agravado o producido por el trabajo; fundamentalmente se trataban de problemas como el *cansancio* o *agotamiento*, los trastornos musculoesqueléticos en general y el *estrés*, *ansiedad* o *nerviosismo*.

El estrés forma parte de nuestra vida, hasta tal punto que puede afectar tanto a nuestra salud como a nuestro bienestar personal relacionado con la satisfacción laboral y colectiva (Albadalejo et al., 2004). En muchos lugares de trabajo, el estrés y la ansiedad están presentes en el día a día, por esto, profesionales que empezaron estudiando la carrera con ilusión y entusiasmo, con el paso del tiempo pueden desarrollar un agotamiento emocional y frustración (Manzano, 2001).

Donde más se encuentran presentes es en el ámbito sociosanitario, donde los profesionales como médicos, asistentes sociales, y especialmente la rama de la enfermería están más expuestos debido a la interacción directa y constantes con los pacientes y familiares en el sentido más crítico del cuidado de ambos grupos (Nuñez et al., 2010). Estudios realizados a nivel de enfermería en varios países identifican como factores estresantes: la carga de trabajo, la falta de tiempo, preparación inadecuada para el trabajo a desempeñar, etc (Hay y Oken, 1972).

En esta línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), recomendó realizar una buena gestión de los sistemas de salud, teniendo en cuenta aspectos como la satisfacción en el trabajo, el desarrollo de la carrera profesional y las condiciones laborales de los profesionales de la salud. Apuntó que, si los recursos humanos de las organizaciones sanitarias no se atienden, se dañan fácilmente.

Todo esto puede manifestar lo que actualmente y desde el siglo pasado se conoce como el Síndrome del Burnout, el Síndrome del Trabajador Quemado (*SQT*), o como el Síndrome del desgaste profesional (*SDP*). El término Burnout proviene del anglosajón y se traduce al español como “estar quemado”. Se utiliza para hacer alusión a un tipo de estrés laboral crónico, prolongado en el tiempo, influido por variables personales, sociales y organizacionales, que se produce mayormente en aquellos colectivos que trabajan con

personas, lo que les obliga a tener una respuesta emocional continua, entrega e implicación (Soto y Santamaría, 2005). Uno de los problemas es que este cansancio emocional puede dar lugar como mecanismo de defensa del sujeto a una indiferencia, pasividad o falta de colaboración, o incluso llevarle a sentimientos de inadecuación o fracaso. Se le culpa como probable responsable del absentismo laboral y la desmotivación de los trabajadores en su centro laboral (Casa, Rincón y Vila, 2012).

Esta enfermedad, no está reconocida por la legislación laboral española como patología, pero si existe jurisprudencia al respecto, en concreto una sentencia de 12/2000 del Tribunal Supremo. Nuñez et al. (2010) afirman que “tenemos que luchar para que esta enfermedad aparezca lo menos posible y que no se convierta en una de las enfermedades profesionales del siglo XXI”. La Ley General de la Seguridad Social considera accidente de trabajo 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 éste, por lo que el Burnout es reconocido como accidente laboral.

El estudio del Burnout no es una cuestión de caprichos ni de unos cuantos, sino una necesidad social enfocada a optimizar la salud y la calidad de vida de las personas como afirma la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995 de 8 de Noviembre.)

Es importante diferenciar el Burnout del estrés laboral, pues el primero consiste en una experiencia subjetiva que tiene emociones y actitudes, negativas para el sujeto puesto que genera alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nada positivas para la persona y por tanto, para la empresa para la que trabaja.

La primera persona en darle una definición al Burnout fue el psiquiatra Herbert

Freudenberger. Este trabajaba en una clínica de toxicómanos en Nueva York. Se dio cuenta que después de un año de estar trabajando con los voluntarios, estos sufrían una pérdida de energía que les llevó al agotamiento, síntomas de ansiedad, depresión y desmotivación en su trabajo, además de actitudes poco comprensivas y agresivas, e incluso distantes con los pacientes. Según él se trataba de “un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo” (Freudenberger, 1974).

Posteriormente, la que es considerada la pionera en el estudio del Burnout, Christina Maslach junto con Susan Jackson aportaron la que parece la definición más aceptada por los investigadores, que lo conceptualizaron como “el cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso” (Maslach y Jackson, 1981). Así pues, definieron tres dimensiones que se daban en aquella persona que sufría dicho Síndrome:

1. *Agotamiento emocional:* disminución y pérdida progresiva de energía, agotamiento, desgaste, fatiga, vacío de recursos emocionales y físicos...
2. *Despersonalización:* conjunto de actitudes que nacen para defenderse del agotamiento emocional; distanciamiento de los compañeros de trabajo y pacientes que dan lugar a una deshumanización de las relaciones, llegando a culpar a los propios pacientes de los problemas del profesional.
3. *Baja realización personal:* El profesional puede sentir que su capacidad es menor que la demanda laboral, llevando a una autoevaluación negativa y a una insatisfacción con sus logros personales.

Además, Christina Maslach creó una herramienta que incluía todos estos síntomas

para facilitar el estudio del Burnout, el MBI (*Maslach Burnout Inventory*) (Maslach y Jackson, 1986). Este instrumento ha sido usado con mucha frecuencia para evaluar el síndrome del Burnout en España y en otros países (Manzano, 2010). Dicho cuestionario fue adaptado al español (Maslach y Jackson, 1997) y fue validado en varias muestras en un estudio donde se aplicó a 559 profesionales de diferentes sectores ocupacionales (Gil-Monte y Peiró, 1999). Realizaron un análisis factorial de las tres dimensiones y llegaron a la conclusión de que el cuestionario adaptado era válido y fiable.

Schaufeli y Enzmann (1998) postularon una definición más sintética del Burnout: “estado mental, persistente, negativo y relacionado con el trabajo, en individuos normales que se caracteriza principalmente por agotamiento, que se acompaña de malestar, un sentimiento de reducida competencia y motivación y el desarrollo de actitudes disfuncionales en el trabajo”. Mantuvieron las tres dimensiones del Burnout pero relacionadas en general con el trabajo que uno realiza, de tal manera que son: 1) *agotamiento* (fatiga producida por los excesivos esfuerzos psicológicos que se realizan en el trabajo sin importar si la causa son las relaciones con las personas, 2) *cinismo* (indiferencia y actitudes distantes respecto a los objetivos o utilidad del trabajo) y 3) *falta de eficacia profesional* (disminución de las creencias de eficacia para realizar su trabajo y tendencia a devaluar el propio trabajo).

Por otro lado, el Burnout puede desembocar en a una sintomatología asociada, de tal manera que se divide en tres grupos (Garcés, 2004):

1. *Síntomas físicos*: con asiduidad son los primeros en aparecer e incluyen enfermedades cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria), cefaleas, alteraciones gastrointestinales, insomnio, pérdida de peso...

2. *Síntomas emocionales*: ansiedad generalizada enfocada al

trabajo, depresión, frustración, distanciamiento afectivo, falta desmotivación...

3. *Síntomas conductuales:* absentismo laboral, abuso de drogas (alcohol, tabaco, fármacos, café...), relaciones interpersonales frías, disminución del contacto con personas, menor calidad del servicio prestado...

También considera que algunas de las características de la personalidad pueden llevar más a una persona bajo estrés a desarrollar el Burnout, como por ejemplo, necesidad de otros, dedicación al trabajo, elevada autoexigencia... En ocasiones, el Burnout da lugar a entidades psicopatológicas bien definidas, depresión, ansiedad y trastornos de adaptación (Miret y Martínez, 2010).

En resumen, podemos explicar el Burnout a grosso modo como un estrés laboral que se prolonga en el tiempo, que produce en el sujeto síntomas de agotamiento emocional, despersonalización y de baja realización personal y que pueden provocar síntomas físicos, emocionales y conductuales que son perjudiciales para la persona y para quienes trabajan.

Por otro lado, Maslach (2009) afirma que el síndrome de Burnout es un problema que empezó en aquellos trabajos de servicio humano y cuidado, como el cuidado de la salud, salud mental, servicios sociales, educación... En este sentido coinciden Ortega y López (2004), quienes afirman nuevamente que son los profesionales de la salud los que se enfrentan constantemente a una tarea compleja en la que influyen diversas circunstancias, entre las que podemos señalar los estresores concretos de la profesión que suponen una alta implicación emocional y los que tienen que ver con el trabajo:

- *Exceso de estimulación aversiva:* Afrontan el sufrimiento y la muerte del paciente, y el dolor de los familiares y cercanos que pierden a un ser querido.

- *Continuo contacto con los enfermos que les obliga a establecer una relación de ayuda*
- *Frustración por no poder curar, para lo que han sido entrenados.*
- *Elevado número de enfermos a los que han de atender*
- *Escasez de entrenamiento del control de las propias emociones y la de terceros*
- *Horario de trabajo irregular*

Son las áreas de los servicios de Urgencias y Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), donde se detectan mayor incidencia del Burnout, éste, constituye una agresión continuada a la salud de los profesionales sanitarios que afecta a todos los profesionales, especialmente en los servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios (Bustanza et al., 2000). En estas áreas de trabajo existen pacientes con situaciones límite, de estado de emergencia e inestabilidad permanente, que requieren una rápida y efectiva actuación por parte de los profesionales de salud, los cuales deben trabajar en un ambiente opresivo, con múltiples ruidos de alarma, quejidos, problemas de espacio y tiempo y una consecuente sobrecarga laboral.

Todo esto genera un clima psicológico de ansiedad tanto en los trabajadores como en los pacientes y familiares, y en particular al personal de enfermería, que se encuentra en primera línea de ayuda (Gamonal, García y Silva, 2008). Se tratan de ámbitos especialmente generadores de estrés, presión asistencial, altos niveles de responsabilidad que están sometidos a las exigencias de los pacientes y los familiares, con excesivas horas de trabajo, falta de descanso, y por ello, se tratan de lugares de especial riesgo para

producir desgaste profesional. Además, si a todo esto añadimos la repercusión de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas, son los profesionales sanitarios, especialmente médicos y enfermeros, los que más síndrome de Burnout muestran en ambas profesiones, por estos factores ambientales por los que se ven condicionados (Deschamps et al., 2011).

En definitiva, es de vital importancia conocer cómo se desarrolla el síndrome para detectar la sintomatología y actuar en consecuencia con medidas preventivas y/o paliativas. Respecto a la manera de prevenir el Burnout, la bibliografía coincide en que se han de realizar actividades en los tres niveles en los que esta enfermedad se desarrolla:

1. Individual: desarrollo de conductas que eliminen la fuente de estrés, entrenamiento en solución de problemas, estrategia de asertividad, manejo eficaz del tiempo, técnicas de relajación, pequeños descansos durante la jornada.

2. Grupal/Social: fomentar las relaciones interpersonales, fortalecer los vínculos sociales entre el grupo de trabajo, facilitar formación e información.

3. Organizacional: desarrollo de programas de prevención de riesgos psicosociales, planificar un horario flexible para los trabajadores, mejorar los niveles de calidad del ambiente físico de trabajo, limitar el número de horas de trabajo, así como el número de pacientes que atender.

Además, se considera que una propuesta prometedora deber ir en la línea de aportar información sobre el problema e instruir en estrategias y técnicas a los alumnos de Enfermería para que puedan contar con herramientas para hacerle frente. Todo esto, con el fin de cuidar a los que cuidan y a los que cuidan día a día, como se merecen.

El objetivo del presente trabajo es intentar determinar la existencia del Síndrome

de Burnout en los profesionales de los servicios de Urgencias, determinando el grado de cansancio emocional que refieren, el grado de despersonalización que experimentan, el grado de realización personal que sienten, y por último analizar si existe relación del síndrome de Burnout con las variables socio-laborales que posteriormente se estudian como sexo, edad, estado civil, tipo de contrato, categoría profesional, servicio, turno de trabajo, antigüedad en el servicio y la elección del lugar de trabajo.

## **METODO**

### ***Participantes***

La población de estudio fue heterogénea, distintos profesionales que trabajaban en el servicio de Urgencias de su centro, ya fuera medio intra o extrahospitalario, médicos, enfermeros, técnicos de emergencias sanitarias y auxiliares de enfermería. Los profesionales pertenecían a distintas instituciones, como fueron SAMUR-PC (20), SUMMA 112 (13), Hospital HM Móstoles-Puerta del Sur (12), Hospital Gómez Ulla (8) y Clínica San Roque Las Palmas (10) y otros (3). Los criterios de inclusión fueron que trabajaran concretamente en el servicio de Urgencias, quedando excluidos aquellos profesionales que pertenecían a otro servicio, y aquellos que no se encontraran trabajando el día que se pasaron las encuestas.

### ***Medidas***

A los participantes se les entregó un cuestionario que mostraba una batería de preguntas sociodemográficas y laborales y datos que han sido relacionados con el desarrollo del Burnout y el cuestionario Maslach Burnout Inventory en su versión española, instrumento formado por 22 ítems tipo Likert en forma de afirmaciones

relacionados con los sentimientos personales y actitudes profesionales en su trabajo y hacia los pacientes. Dichos ítems poseen una valoración del 0 al 6, donde el 0 significa que la situación nunca ocurre y el 6 que ocurre todos los días; el resto de puntuaciones se guardan para las frecuencias que surgen entre los dos extremos señalados. Este cuestionario fue creado para medir los tres aspectos principales del burnout: el *agotamiento emocional*, la *despersonalización* y la *baja realización profesional* en el trabajo, considerados como subescalas. El agotamiento emocional (AE), formado por 9 ítems, evalúa la sensación de estar emocionalmente agotado por el contacto diario con las personas que son objeto de trabajo. La despersonalización (DP), que consta de 5 ítems, valora el grado de frialdad en la respuesta hacia los pacientes. Por último, la realización personal (RP), formada por 8 ítems que valoran los sentimientos de competencia y eficacia en el desempeño del trabajo y la relación con las personas que el sujeto ofrece atención.

Las puntuaciones obtenidas para cada una de las subescalas se consiguen de la suma de los puntos de los elementos que corresponden a cada una de ellas. Si se obtuvieran puntuaciones altas en las dos primeras subescalas (AE y DP) y bajas en la tercera (RP), se considera alto nivel de burnout. Por el contrario (bajas puntuaciones en AE y DP y altas en RP) apuntan la existencia de un bajo nivel de burnout y alto de realización profesional. Los límites para establecer rangos altos medios o bajos de las diferentes subescalas quedan recogidos en la siguiente tabla:

**Tabla 1:**

Resumen de rango de puntuaciones.

	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>
<b>Agotamiento</b>	<18	19-26	27-54
<b>Despersonalización</b>	<8	9-12	>13
<b>Realización</b>	<16	17-22	>23

***Procedimiento***

Este estudio tuvo lugar entre los meses de marzo y mayo de 2017. La población de estudio fue heterogénea, distintos profesionales que trabajaban en el servicio de Urgencias de su centro, ya fuera intra o extrahospitalario, médicos, enfermeros, técnicos de emergencias sanitarias y auxiliares de enfermería. Los profesionales pertenecían a distintas instituciones, como fueron SAMUR-PC (20), SUMMA 112 (13), Hospital HM Móstoles-Puerta del Sur (12), Hospital Gómez Ulla (8) y Clínica San Roque Las Palmas (10) y otros (3). Los criterios de inclusión fueron que trabajaran concretamente en el servicio de Urgencias, quedando excluidos aquellos profesionales que pertenecían a otro servicio, y aquellos que no se encontraran trabajando el día que se pasaron las encuestas.

La entrega de los cuestionarios fue individual para todos los sujetos, antes, se les informó sobre el objetivo del estudio y de su carácter confidencial, anónimo y académico del mismo. Se les entregó un folio con los dos cuestionarios en ambas páginas al que respondieron de forma individual y personalizada, en el tiempo que les llevase.

***Análisis de datos:***

Para alcanzar los objetivos contemplados en esta investigación hemos planteado un diseño de investigación de tipo cuasiexperimental de tipo descriptivo correlacional. En cuanto al análisis de los datos hemos expresado el resultado de los distintos factores tanto medias y desviaciones típicas como en frecuencias y porcentajes.

Para analizar la existencia de diferencias entre las distintas categorías en las que se pueden englobar los participantes hemos empleado distintas técnicas: Para la comparación de medias, en función de variables binomiales (como sexo, o turno de trabajo) hemos empleado t de Student. En cambio para el estudio de las diferencias entre los distintos grupos de variables polinómicas hemos empleado ANOVA. Puesto que en algunos no existen diferencias significativas a nivel estadístico, el resultado de estas pruebas se refleja en gráficos.

Por otro lado, para medir el grado de asociación que pueda existir entre variables categóricas y los distintos niveles de Burnout hemos empleado tablas de contingencia y el parámetro chi-cuadrado como evaluar la significación estadística de las diferencias

## **RESULTADOS**

La muestra participante en este estudio asciende a 66 de los cuales 32 son hombres y 34 son mujeres. La media de edad de la muestra es de 37.91 (desviación típica 9.71), incluidos en un rango de edad de entre 22 y 63 años, siendo ligeramente inferior en mujeres. Respecto, a la antigüedad del servicio, la media refleja una antigüedad superior a los a ocho años (8.39 desviación típica 7.32) en un rango de entre 1 y 30 años .En cuanto

a al estado civil, encontramos que mayoritariamente los participantes están casados (26) o solteros (29). Respecto al tipo de contrato los participantes refieren en una proporción similar trabajar como eventual (22), en plaza propia (23) o como interino (21). La categoría profesional a la que pertenecen los participantes es principalmente enfermería (30), y en menor medida TES (15), médicos (13) y auxiliares (8). Finalmente en relación al tipo de turno de trabajo encontramos que es fijo en 38 participantes, y rotatorio en el resto, siendo el puesto ocupado escogido por ellos mismos, en la mayoría de los casos (53).

Respecto a los participantes encontramos que refieren puntuaciones medias en las que no se evidencian síntomas de Burnout, siendo la variable en la que se perciben menor sintomatología Agotamiento emocional.

**Tabla 2:**

Puntuaciones medias MBI

	Media	Desviación típica
Agotamiento	17,52	10,165
Despersonalización	8,89	6,269
Realización Personal	35,83	7,009

Al comparar la distribución de estas medias en función de variables como sexo, turno de trabajo o trabajo elegido, observamos hay puntuaciones ligeramente más altas en Agotamiento y Despersonalización para aquellos que no escogieron el lugar de trabajo y los que tienen un turno rotatorio, pero que no son significativas a nivel estadístico; siendo similar en sexo, tal y como podemos observar en las siguientes gráficas:

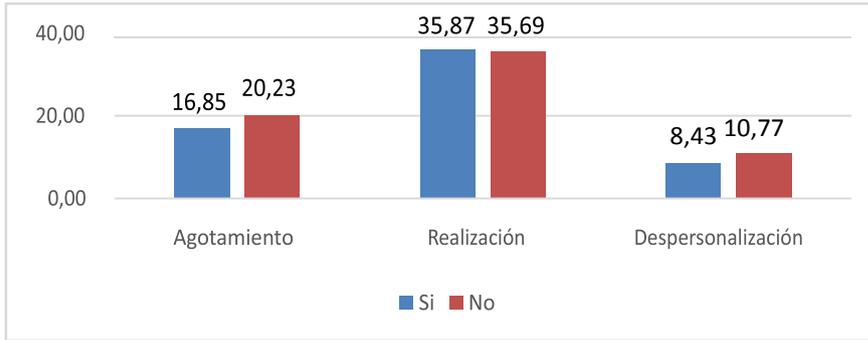


Figura 1: Trabajo escogido

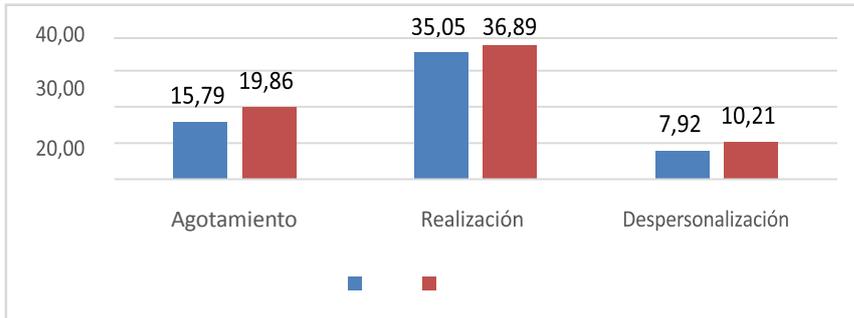


Figura 2: Turno de trabajo

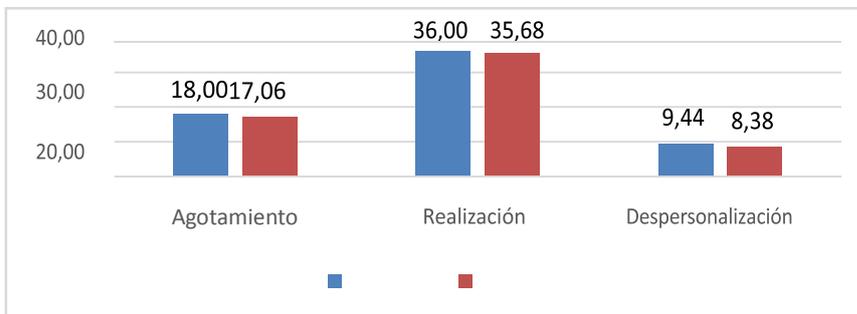


Figura 3: Sexo

Si observamos las puntuaciones medias que otorgan las participantes en función otras variables como estado civil, podemos ver que los participantes solteros y comprometidos muestran un mayor agotamiento que el resto.

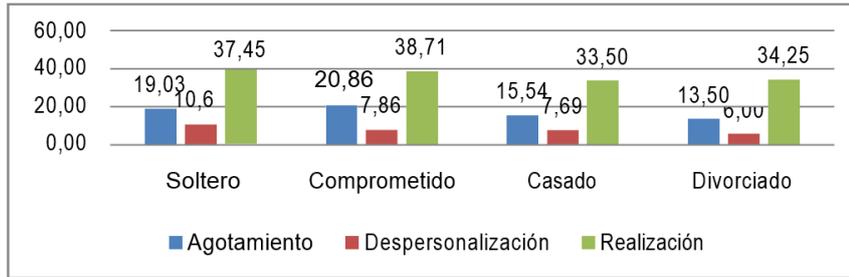


Figura 4: Estado civil

Por la parte de la categoría profesional se observa que son los Enfermeros y los TES los que más agotamiento y despersonalización muestran, siendo esto indicio de Burnout.

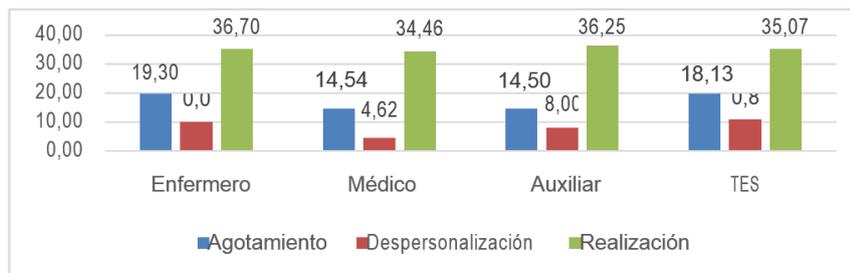


Figura 5: categoría profesional

**Tabla 1:** Resumen de frecuencias en función del nivel de Burnout

	Nivel de Burnout	Frecuencia	%
Agotamiento	Bajo	36	54,5
	Medio	16	24,2
	Alto	14	21,2
Realización	Bajo	21	31,8
	Medio	20	30,3
	Alto	25	37,9
Despersonalización	Bajo	23	34,8
	Medio	14	21,2
	Alto	29	43,9

Referente a los niveles de Burnout, encontramos que respecto al agotamiento emocional, mayoritariamente no presentan signos de Burnout (54.5%), refiriendo síntomas moderados o graves el resto de los participantes. Respecto a variables como realización personal, encontramos la misma proporción de participantes en los tres niveles de Burnout aproximadamente aunque en mayor proporción refieren Burnout alto (37.9%). En cuanto a la medida de despersonalización encontramos que los participantes mayoritariamente refieren niveles altos de Burnout (43.9%), como se observa en la tabla 1. Si analizamos los datos de manera pormenorizada, encontramos que el 10.6% de los participantes refiere niveles altos de Burnout en las tres categorías, reflejándose niveles medio altos en el 31.8% de los participantes. Desde otra óptica, encontramos que los participantes, refieren puntuaciones altas en al menos 2 variables el 36.4% de los participantes, y el 46.9% al menos en una variable.

Si analizamos las puntuaciones que refieren los participantes para la variable agotamiento emocional, observamos que en los resultados no se observa ningún tipo de asociación que nos permita relacionar una categoría con mayores niveles de agotamiento, como se observa en la tabla anterior, salvo para la variable servicio o institución. En este caso encontramos que se encuentran mayores índices de Burnout en SAMUR-PC. Por el contrario encontramos niveles muy bajos en otros servicios como SUMMA-112 o San Roque Las Palmas.

Tampoco observamos ningún grado de asociación para la variable realización personal, en función de variables como sexo, estado civil, tipo de contrato, categoría profesional, turno de trabajo o trabajo elegido (Tabla 3):

Tabla 2: *Agotamiento Emocional*

		n			Chi-cuadrado	p
		Bajo	Media	Alto		
<b>Sexo</b>	Hombre	17	7	8	0.587	.746
	Mujeres	19	9	6		
<b>Estado Civil</b>	Soltero	15	5	9	10.76	.09
	Comprometido	4	0	3		
	Casado	14	10	2		
	Divorciado	3	1	0		
<b>Tipo de contrato</b>	Eventual	12	4	6	4.58	.59
	Plaza	14	5	4		
	Interino	10	6	4		
	Parcial	0	1	0		
<b>Categoría profesional</b>	Enfermero	15	5	10	6.78	.34
	Médico	8	4	1		
	Auxiliar	5	3	0		
	TES	8	4	3		
<b>Turno de trabajo</b>	Fijo	25	8	5	5.19	.07
	Rotatorio	11	8	9		
<b>Trabajo elegido</b>	Si	30	13	10	0.91	.63
	No	6	3	4		
<b>Servicio Institución</b>	Gómez Ulla	4	0	4	20.55	.02
	HM-Puerta del Sur	6	4	2		
	SAMUR	9	7	3		
	San Roque Las Palmas	7	3	0		
	SUMMA-112	10	1	2		
	Otros	0	1	3		

Tabla 3: Realización personal

		n			Chi-cuadrado	p
		Bajo	Media	Alto		
<b>Sexo</b>	Hombre	10	9	13	0.22	.746
	Mujeres	11	11	12		
<b>Estado Civil</b>	Soltero	9	11	9	5.96	.42
	Comprometido	4	1	2		
	Casado	6	8	12		
	Divorciado	2	0	2		
<b>Tipo de contrato</b>	Eventual	7	7	8	4.79	.57
	Plaza	10	5	8		
	Interino	4	8	8		
	Parcial	0	0	1		
<b>Categoría profesional</b>	Enfermero	12	9	9	2.42	.87
	Médico	3	4	6		
	Auxiliar	2	3	3		
	TES	4	4	7		
<b>Turno de trabajo</b>	Fijo	10	13	15	1.36	.50
	Rotatorio	11	7	10		
					.746	.68
<b>Trabajo elegido</b>	Si	18	15	20		
	No	3	5	5		
	Gómez Ulla	3	2	3		
	HM-Puerta del Sur	5	7	0		
<b>Servicio Institución</b>	SAMUR	3	7	9	15.14	.12
	San Roque Palmas	3	1	6		
	SUMMA-112	6	2	5		
	Otros					

Para la variable despersonalización (Tabla 4) encontramos que si existe asociación entre el resultado de esta y el resto de variables. En este sentido encontramos que el grupo de solteros refiere mayores niveles de despersonalización y por tanto niveles altos de Burnout en mayor proporción que los participantes del resto de categorías de estado civil, resultando significativa a nivel estadístico. También se observa cierta asociación,

significativa a nivel estadístico en los niveles de despersonalización y es tipo de categoría profesional, en este sentido, encontramos que enfermeros y TES muestran niveles altos de despersonalización en mayor medida. Lo mismo sucede, respecto al turno de trabajo, siendo el grupo que trabaja en turnos rotativos los que refieren niveles elevados de Burnout por despersonalización, en mayor proporción, sin diferencias en resto de variables.

**Tabla 4:**

Despersonalización

		n			Chi- cuadrado	p
		Bajo	Media	Alto		
<b>Sexo</b>	Hombre	10	9	13	1.78	.41
	Mujeres	13	5	16		
<b>Estado Civil</b>	Soltero	6	6	17	13.49	.03
	Comprometido	4	1	2		
	Casado	12	4	10		
	Divorciado	1	3	0		
<b>Tipo de contrato</b>	Eventual	4	6	12	9.57	.14
	Plaza	12	3	8		
	Interino	7	4	9		
	Parcial	0	1	0		
<b>Categoría profesional</b>	Enfermero	8	5	17	12.65	.04
	Médico	9	3	1		
	Auxiliar	3	1	4		
	TES	3	5	7		
<b>Turno de trabajo</b>	Fijo	18	4	16	8.91	.01
	Rotatorio	5	10	13		
<b>Trabajo elegido</b>	Si	20	12	21	2.04	.36
	No	3	2	8		
<b>Servicio Institución</b>	Gómez Ulla	1	1	6	16.65	.08
	HM-Puerta del Sur	6	0	6		
	SAMUR	6	4	9		
	San Roque Las Palmas	4	5	1		
	SUMMA-112	6	3	4		
	Otros	0	1	3		

## DISCUSIÓN

De acuerdo con las medias de nuestro análisis podemos afirmar que la muestra total nos reveló un nivel bajo de Burnout: puntuación baja en agotamiento, media en despersonalización y alta en realización personal, en contraste con otros estudios como el de López y Bernal (2002) que mostraron niveles altos de Burnout en su muestra.

En cuanto a la media de *agotamiento emocional* de nuestro estudio es cinco puntos inferior a la de otros servicios si lo comparamos con el estudio de Molina, Avalos y Giménez (2005) una puntuación de 17,52 frente a 22,53; la media de las puntuaciones de *despersonalización* entró dentro del nivel medio de Burnout, siendo ligeramente más alta (8,89 vs 6,86); y para la *realización personal* hemos obtenido una buena media (alta) que identifica un nivel bajo de Burnout, pero ligeramente más baja (35,83 vs 37,31) que el estudio anteriormente mencionado.

Un 10,6% de nuestra muestra dieron alto en la tridimensionalidad del Burnout, similar al trabajo de Ríos, Peñalver y Godoy (2008), 11,9% pero bastante más alto que en el de López, Zegarra y Cuba (2006), 6,8%.

Hay que destacar que la subescala que afectó a más población (43,9%) fue la de *Despersonalización*, seguida de baja realización (31,8%) y alto agotamiento (21,2%). Este porcentaje de Despersonalización es casi la mitad que en el último estudio mencionado, una posible explicación para que nuestra despersonalización sea mayor es que la muestra de nuestro estudio está compuesta por profesionales que trabajan exclusivamente en Urgencias, donde el paso de pacientes es diario si hablamos a nivel intrahospitalario, y de cuestión hora/s a nivel extrahospitalario, lo que puede hacer que el

profesional se haga más duro con los mismos a lo largo del tiempo, como puede ocurrir en las UVI's móviles.

Por otro lado, obtenemos que el conjunto de población que pertenecía al 10,6% más el otro grupo que mostraba niveles medios altos en Burnout (31,8%), encontramos que obtenemos resultados de presencia de Burnout de un 42,4%, parecidos a los que la compatriota Sánchez (2014) que obtuvo en su estudio realizado a Enfermería en la UCI y Urgencias del Hospital de J  en, un 50% de Burnout.

Por otro lado, en nuestro estudio la variable sexo parece ser que no tuvo ninguna diferencia para ninguna de las tres subescalas del Burnout, entrando en discrepancia con otros trabajos como el de Albadalejo et al. (2004), donde encuentran que son las mujeres sanitarias las más afectadas, postulando que podría deberse a la doble carga de trabajo familiar y profesional. Sin embargo, Vázquez, Aponte, Moya y García (2009), obtienen que los hombres son los que presentan niveles significativos de Burnout con respecto a las mujeres.

En cuanto al estado civil, en nuestro estudio podemos observar que es el grupo de solteros el que presentan niveles mayores de *Agotamiento* y *Despersonalización* (principales variables de Burnout), opuesto a lo que se obtuvo en la muestra de Atance (1997), donde correspondía a los casados.

En resumen, podemos concluir afirmando que en nuestra muestra hay un porcentaje medio de Burnout (42,4%), del cual un 10,6% presenta nivel alto de Burnout y el 31,8% un nivel medio. No esperábamos este resultado, ya que casi todas las muestras en las bibliografías revisadas presentaban porcentajes altos de Burnout superiores al 50%. Sin embargo, si lo observamos a forma global, estamos viendo que casi la mitad de la muestra presenta Burnout, lo cual nos hace plantearnos que hay que seguir haciendo

hincapié en la educación sobre este síndrome, para prevenirlo, saber detectarlo y una vez instaurado, tratarlo.

La subescala *Despersonalización* fue la que mayor porcentaje presentó a nivel global con un 43,9%.

No encontramos diferencias significativas a nivel estadístico para relacionar el Burnout en variables como el sexo; en variables como el no haber escogido el lugar de trabajo y tener un turno rotatorio observamos que puntúan ligeramente mayor en *agotamiento* y *despersonalización* que el resto pero no lo suficiente como para ser significativo estadísticamente hablando.

En el servicio que encontramos más incidencia de Burnout es en SAMUR-PC, donde diez de diecinueve participantes (52%) presentan Burnout. Por el contrario, observamos que es en SUMMA-112 y San Roque Las Palmas donde menos hay, con un porcentaje de incidencia de un 30%.

Por último, nos sorprende ver que nuevamente son los Enfermeros y los Técnicos en Emergencias Sanitarias los que más muestran Burnout en esta muestra heterogénea, en toda la Bibliografía revisada los estudios iban enfocados a una o dos categorías profesionales, casi siempre Enfermeros, y donde siempre se demostraba que padecían Burnout. En este sentido podemos afirmar que ésta categoría profesional junto con los TES son los que más incidencia de Burnout presentan.

La interpretación de los datos sugiere que el perfil que padece Burnout alto sería un hombre, soltero, de contrato eventual/interino, con un turno de trabajo rotatorio que no está trabajando donde eligió, pero estas diferencias no refieren ser significativas a nivel estadístico, por lo que no es un hecho objetivo.

Para finalizar y como límites de nuestro estudio podemos decir que para poder realmente llegar a una conclusión más neta habría que analizar a una mayor población de cada institución.

## **REFERENCIAS**

Albadalejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M.E y Domínguez V. (2004).

Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid.  
*Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505-516.

Atance, J. (1997). Aspectos Epidemiológicos del Síndrome de Burnout en Personal Sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71,293-303.

Bustinza, A., López-Herce, J., Carrilo, A., Vigil, M., de Lucas, N. y Panadero, E. (2000). Situación de Burnout de los pediatras intensivistas españoles. *Anales de Pediatría*, 52(5), 418- 423.

Casa, P., Rincón, Y. y Vila R. (2012). Síndrome de Burnout: enfermedad silenciosa. *Enfermería integral*, (100), 19-24.

Deschamps, A., Olivares, S.B., De la Rosa, K.L. y Asunsolo A. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(224), 224-241.

Freudenberger, H. (1974). Staff burnout. *Journal Social Issues*, 30, 159-66.

Gamonal, Y., García, C. y Silva Z. (2008). Síndrome de burnout en el personal de enfermería que labora en áreas críticas. *Revista enfermera Herediana*, 01(1), 33-39.

Garcés, L. (2004). Síndrome de Burnout. *Enfermería integral: Revista Científica Informativa*,(68), 69-70.

Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11(3),679-689.

Hay, D. & Oken, D. (1972). The psychological stresses of intensive care unit nursing. *Psychosomatic Medicine*, 34(2), 109-118.

López, C., Zegarra, A. y Cuba, V. (2006). Factores asociados al síndrome de Burnout en enfermeras de emergencia en el hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen. *Revista de Ciencias de la Salud*, 1(1),55-63. Recuperado de <http://posgrado.upeu.edu.pe/revista/file/55-63.pdf>

López, F. y Bernal, L. (2002). Prevalencia y factores asociados con el síndrome de Burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Revista Calidad Asistencial*, 17(4), 201- 205.

Manzano, G. (2001). Estrés crónico laboral asistencial (burnout) en las administraciones públicas. *Dirección y Organización*, (25), 148-159.

Manzano, G. El síndrome de Burnout. (2003). *Revista ROL Enfermería*, 26(11), 783- 786.

Maslach, C. & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*,2, 99-113.

Maslach, C. y Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press

Maslach, C. (2009). Comprendiendo el Burnout. *Ciencia & Trabajo*, 11(32), 37-43

Maslach, C. y Jackson, S. MBI Inventario de burnout de Maslach. Madrid: TEA. 1997

Miret, C. y Martínez, A. (2010). El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(1), 193-201.

Molina, J.M., Avalos, F. y Giménez I. (2005). Burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 15(5), 275-282

Núñez, J., Castro, S., Lema, M., Alvarado, S., Valcarcel, L., Alvarez, L. y Antas, S. (2010). Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital. *Revista de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración pública*, 2(10), 23-27.

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo: mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Recuperado de: [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1)

Ortega, C. y López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.

Ríos, M., Peñalver, F. y Godoy, C. (2008). Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 19(4), 169-178.

*Barquín Rodríguez y Gómis Coloma.*

Sánchez, S. (2014). Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de Enfermería en las Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Médico Quirúrgico de Jaén. *Enfermería del Trabajo*, 4, 115-125.

Schaufeli, W. & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. Londres: Taylor & Francis.

Soto, R. y Santamaría, M.I. (2005). Prevalencia del Burnout en la enfermería de atención primaria. *Enfermería Clínica*, 15(3), 123-30.

Vázquez, A., Aponte, I., Moya, R. y García A. (2009). Síndrome de Burnout en el Servicio de Urgencias. *Hygia de Enfermería*, 75, 32-35.

**La correspondencia de este artículo debe remitirse a:**

Francisco Ismael Barquín Rodríguez

Universidad CEU San Pablo

Email: [Kikobarquinr@gmail.com](mailto:Kikobarquinr@gmail.com)