

D1701
C4,

Universidad de Los Andes

Facultad de Medicina

Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes

Postgrado de Enfermería en Cuidados al Paciente en Estado Crítico

**FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA. UCI – IAHULA. MÉRIDA. ABRIL – JUNIO 2008**

www.bdigital.ula.ve

AUTOR: Licdo. Saúl Antonio Chávez Flores

TUTOR: Dr. Akbar Fuenmayor

Médico Pediatra Adjunto de la UCI Pediátrica del IAHULA

Mérida, Octubre 2008

Autor:

Licdo. Saúl Antonio Chávez Flores

Residente del II año del Postgrado de Enfermería en Cuidados al Paciente en
Estado Crítico

www.bdigital.ula.ve

Tutor:

Dr. Akbar Fuenmayor

Médico Pediatra Adjunto de la UCI Pediátrica del IAHULA

**FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA. UCI – IAHULA. MÉRIDA. ABRIL – JUNIO 2008**

www.bdigital.ula.ve

Trabajo Especial de grado presentado por el Lcdo. Saúl Antonio Chávez Flores CIV- 14.700.389 ante el Consejo de la Facultad de Medicina en la Universidad de Los Andes, como credencial de mérito para la obtención del grado de Especialista en Enfermería al Paciente en Estado Crítico.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA	
PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
JUSTIFICACIÓN	8
OBJETIVOS	
OBJETIVO GENERAL	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
ANTECEDENTES	11
BASES TEÓRICAS	15
CAPÍTULO III	
MARCO METODOLÓGICO	
TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	24
POBLACIÓN DE ESTUDIO	24
INSTRUMENTO	24
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	27
SISTEMA DE VARIABLES	27
SISTEMA DE HIPÓTESIS	28
CAPÍTULO IV	
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	29
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	42
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	
ANEXO 1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	
ANEXO 2 OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1. Distribución de Profesionales de Enfermería según su Edad, Estado Civil y Turnos de Trabajo	29
TABLA 2. Distribución de Profesionales de Enfermería según Experiencia Profesional y Años en UCI	30
TABLA 3. Distribución de Profesionales de Enfermería según su Relación Interpersonal	31
TABLA 4. Distribución de las Dimensiones del SDP en Profesionales de Enfermería	32
TABLA 5. Asociación entre las Dimensiones del SDP y la Edad del Personal de Enfermería	34
TABLA 6. Asociación entre las Dimensiones del SDP y Años de Servicio del Personal de Enfermería	36
TABLA 7. Asociación entre las Dimensiones del SDP y Estado Civil del Personal de Enfermería	37
TABLA 8. Asociación entre las Dimensiones del SDP y Turno de Trabajo del Personal de Enfermería	39

Universidad de Los Andes
Facultad de Medicina
Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes
Postgrado de Enfermería en Cuidados al Paciente en Estado Crítico

**FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA. UCI – IAHULA. MÉRIDA. ABRIL – JUNIO 2008**

AUTOR: Lcdo. Saúl Antonio Chávez Flores

TUTOR: Dr. Akbar Fuenmayor

RESUMEN

Se realizó una investigación de tipo descriptiva, con diseño transversal, cuyo objetivo fue determinar la Frecuencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes Mérida – Venezuela. La población se constituyó por 30 Profesionales de Enfermería, a las cuales se les aplicó un instrumento tipo cuestionario denominado Maslach Burnout Inventory (MBI) adaptado para Venezuela por el Centro de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Los Andes. Los resultados fueron: Edad promedio 44.3 (DS = 5.99); el 50% de la muestra correspondió a personal del turno nocturno. El promedio de años laborados en UCI fue de 13.3 años (DS = 8.11). Los puntajes para las dimensiones del Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) fueron bajos para Agotamiento Emocional (AE) en un 90% (DS = 3.47), medios para Despersonalización (D) en 56.66% (DS = 3.69) y altos en Realización Personal (RP) 100% (DS = 3.99). Al cruzar las variables sociodemográficas de estudio con el SDP, se encontró que no existía correlación entre ellas. Conclusiones: estadísticamente se demostró, a través de los estadísticos ANOVA y Chi Cuadrado de Pearson, que no existe Burnout en la población estudiada.

Palabras Clave: Frecuencia, Síndrome de Burnout, Personal de Enfermería, UCI, IAHULA.

University of the Andes

Faculty of Medicine

Institute University Hospital of the Andes

Nursing postgrade in care of intensive care patients

Frequency of burnout syndrome in nursing personnel, intensive care unit

(ICU) - IAHULA. Mérida. April – June. 2008.

AUTHOR: Lcdo. Saúl Chávez Antonio Flores

TUTOR: Dr. Akbar Fuenmayor

ABSTRACT

An investigation was conducted by descriptive, with cross design, whose goal was to determine the frequency of the syndrome in people Burnout of Nursing at the Intensive Care Unit of the Institute University Hospital of the Andes Mérida - Venezuela. The population was formed by 30 Professional Nursing, which was applied a questionnaire type instrument called the Maslach Burnout Inventory (MBI) adapted to Venezuela by the Center for Psychological Research of the University of the Andes. The results were: average age 44.3 (SD = 5.99), with 50% of the sample went to the night shift staff. The average number of years worked in the ICU was 13.3 years (SD = 8.11). The scores for the dimensions of burnout syndrome (SDP) were low for Emotional Exhaustion (AE) by 90% (SD = 3.47), means to depersonalization (D) 56.66% (SD = 3.69) and high in Personal Conduct (RP) 100% (SD = 3.99). When crossing the study of socio-demographic variables with the SDP, we found that there was no correlation between them. Conclusions: Statistically it was shown, through the statistical ANOVA and Pearson Chi Square, Burnout does not exist in the population studied.

Keywords: frequency, burnout syndrome, nursing, intensive care unit, IAHULA.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Burnout se define como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de servicios que trabajan en contacto directo con las personas que acuden a las organizaciones. Se trata de un conjunto de conductas (como el deterioro del rendimiento, la pérdida de responsabilidad, actitudes pasivo-agresivas con los pacientes y pérdida de la motivación, entre otros), en las que se implicarían tanto factores internos (valores individuales y sociales, rasgos de personalidad) como externos (organizacionales, laborales y grupales). Así mismo, no debe identificarse como estrés psicológico, sino que debe entenderse como una respuesta a fuentes de estrés crónico (estresores) (Illera, 2006).

En el contexto de las organizaciones sanitarias son estresores especialmente relevantes para el desarrollo del síndrome, las relaciones sociales de los profesionales de la salud con las personas enfermas y sus familiares. En tanto, el Síndrome de Burnout es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación terapéutica, y por la relación del profesional con la organización.

Enfocado en lo descrito anteriormente se planteó el siguiente trabajo de investigación con el objetivo de determinar la frecuencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA).

Se realizó una investigación descriptiva, transversal en la cual se aplicó una encuesta para medir el Síndrome de Desgaste Profesional al personal de Enfermería activo que labora en la UCI durante los meses de Abril a Junio de 2008, concluyendo que no existe Burnout en la población estudiada.

Dicho trabajo se encuentra estructurado de la siguiente manera:

Capítulo I: EL PROBLEMA. Contiene el planteamiento y formulación del problema, la justificación y objetivos de la investigación.

Capítulo II: MARCO TEÓRICO. En este se encuentran los antecedentes y las bases teóricas que sustentan la investigación.

Capítulo III: MARCO METODOLÓGICO. Con el tipo y diseño de la investigación, la población de estudio, el instrumento, el análisis estadístico, el sistema de variables y las hipótesis del estudio.

Capítulo IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS. Contiene los resultados y el análisis estadístico de los mismos.

Capítulo V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Posteriormente se muestra la bibliografía y los anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Síndrome de Burnout fue descrito por el Psiquiatra Americano Herbert Freudenberger en 1974, y ha sido estudiado con gran interés por innumerables autores desde principios de la década de los ochenta. Este término se entiende como una respuesta prolongada ante estresores emotivos e interpersonales crónicos en el trabajo, y es definido por tres dimensiones: agotamiento, despersonalización e ineficacia (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001, Citado por Arias, Bilbao y Juárez, 2006. Pág. 49).

El Síndrome de Burnout se produce principalmente en el marco laboral de las profesiones que se centran en la prestación de servicios y se ha detectado principalmente en profesionales que mantienen una relación constante y directa con personas que tienen una situación de necesidad o dependencia (Moreno y Peñacoba, 1999, Citado por Arias y otros, 2006). Ejemplo de ello son los médicos, enfermeras(os) y profesores que se enfrentan a eventos de intensa carga emocional, confirmando lo mencionado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000 (Citado por Arias y otros, 2006), quien define a los trabajadores de la salud como profesionales altamente estresados.

En una publicación reciente de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS),(2005), describen al Síndrome de Burnout de la siguiente manera:

“El Síndrome de Burnout es uno de los cinco problemas sanitarios más graves de la actualidad, tanto por la alta prevalencia de afectación en profesionales de la salud como por las posibles consecuencias en la población asistida por dichos profesionales, diferenciándolo de una afección individual y aislada para enmarcarlo en una perspectiva organizacional, social y cultural” (Pág.

238).

En este sentido, si este síndrome se concibe como una respuesta al estrés laboral crónico, se deben considerar dos elementos claves en esta relación, como son: el entorno y la persona. El entorno sanitario en donde se desenvuelve la persona presenta características especiales y novedosas que hacen reflexionar sobre como adecuarse profesionalmente al mismo. Por otro lado, se referirá a la persona, el profesional de Enfermería, quien realiza cuidados que van más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiriendo de recursos intelectuales, intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona, así como también debe

enfrentar los factores estresantes del entorno con mecanismos de defensa propios de la persona tratando de evitar que el medio influya en él (López y Bernal, 2002).

En otro orden de ideas, la prevalencia del Síndrome de Burnout a nivel internacional es variable respecto al grupo ocupacional y fluctúa de 17.83% reportada en enfermeras de España (Del Río, Perezagua y Vidal, 2005) hasta un 71.4% en médicos asistenciales del mismo espacio geográfico (Del Castillo y Martínez, 2003).

En el ámbito latinoamericano, Chile registra una prevalencia del Síndrome de Burnout del 30% en profesionales de salud de los niveles de atención primario y secundario, y afecta principalmente a las mujeres que ejercen la medicina (Román, 2003). Asimismo, en Perú, estudios efectuados por Quiróz y Saco, (1999) en la investigación "Factores asociados al Síndrome de Burnout en Médicos y Enfermeras del Hospital Nacional Sur Este del Cuzco", determinaron que el Síndrome de Burnout se presenta en el 79.7% de médicos y 89% de enfermeras. En Venezuela se han realizado numerosos estudios que describen dicha problemática, dentro de los cuales se destaca uno realizado en Puerto Ayacucho, el cual reveló que el 100% de profesionales presenta algún nivel de estrés (Rejas y Acori, 1998) y que el 71.4% experimenta sensación de sobrecarga laboral cualitativa y cuantitativa, con repercusiones negativas en su desempeño ocupacional y familiar. Otra investigación que se puede citar es la realizada en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA) del Estado

Mérida por Cerrada, Mejías, Moreno, Parada, Rivas y Rivas, (2005), para determinar la frecuencia del Síndrome de Burnout y su relación con la satisfacción laboral en el personal de Enfermería, en el cual se concluyó que existían porcentajes elevados de estrés laboral. Asimismo en un estudio de casos y controles realizado en la institución mencionada durante el año 2002 por Caltagirone, Manzanilla, Méndez, Molina, Torres y Vera, se observó que tanto el grupo de casos y los controles presentaron estrés de moderado a severo, encontrándose que el personal de enfermería (grupo control N° 1) presentó 87,5% de estrés. Para sintetizar lo expuesto anteriormente, se puede aseverar que las investigaciones que se han llevado a cabo en torno a este tema, sugieren que el personal de Enfermería experimenta mayor estrés ocupacional que cualquier otro tipo de trabajadores de la salud, lo que concuerda con lo expresado por la Health Education Authority (citado por Zambrano, 2006), quien clasificó la Enfermería como la cuarta profesión más estresante.

Por otro lado, el autor citado anteriormente refiere que las unidades que generan mayor estrés son aquellas que reúnen pacientes críticos o terminales, encontrándose una alta prevalencia de Burnout en el personal de Enfermería que trabaja en estos servicios. Precisamente, es evidente que el trabajo de la enfermera(o) intensivista ocupa ese lugar de mediación, de represión de sentimientos, de contención de emociones y angustias, de contacto, donde el profesional trabaja con la persona críticamente enferma en la lucha, podría decirse, entre la vida y la muerte; en el que se combina una gran responsabilidad y

una continua disponibilidad a las necesidades de los enfermos, que resultan agotadoras y producen estrés emocional. Por consiguiente, el servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos del IAHULA no escapa a esta realidad y es considerada como un lugar generador de estrés por excelencia, por la presión del tiempo con que se trabaja, las actuaciones urgentes, el contacto con el dolor y la muerte en forma continua, la falta de cooperación de los enfermos por su estado de gravedad y por el aumento en las exigencias en cuanto a la calidad del cuidado de Enfermería; es decir, las características del trabajo que se desarrolla en estas unidades requieren notable experiencia clínica y madurez profesional que permita hacer frente a la frecuente toma de decisiones difíciles con implicaciones éticas y morales. Por su parte, y en lo que se refiere a la UCI del IAHULA, es importante resaltar que actualmente se encuentra el 10% del total de profesionales que laboran en el área de reposo médico por razones diferentes al tema de investigación. Por ello se han realizado intentos para solucionar esta problemática, enmarcados en la salida de permiso trimestral descritos en una Cláusula del Contrato Colectivo vigente para los profesionales de Enfermería y la realización de talleres de Cuidado Humano con el personal de Enfermería de la unidad descrita, con el propósito de minimizar los efectos negativos que produce el entorno en estos profesionales.

De lo anteriormente expuesto, surge la siguiente interrogante:

¿Cuál es la frecuencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de la UCI del IHULA durante el período Abril – Junio 2008?

1.2 JUSTIFICACIÓN

A nivel individual se ha encontrado que el estrés laboral está asociado al desarrollo de múltiples enfermedades, a mayores índices de accidentes laborales, ausentismo y rotación de personal, entre otros; y a nivel institucional, se sabe que este problema disminuye el rendimiento y la productividad de las empresas.

Dada la complejidad de las demandas asistenciales de la persona críticamente enferma, diversos estudios se han referido a las afectaciones a que está expuesto el personal de salud, y especialmente Enfermería. Por esta razón, el conocimiento acerca de la frecuencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de la UCI del IAHULA, sirve para que las autoridades sanitarias en un futuro próximo implementen programas de promoción de la salud ocupacional para el profesional de dicha unidad, teniendo en consideración que el desgaste profesional se relaciona con una variedad de problemas en la esfera física, psicológica, social y espiritual que comprometen la eficacia y eficiencia en la prestación de cuidados.

Justamente la disciplina Enfermería intensiva requiere de un despliegue de actividades que necesitan de un control mental y emocional de mayor rigor que en otras disciplinas, ya que proporciona cuidados en los que se exponen a múltiples agresiones, como la manipulación de personas con pronóstico sombrío, la necesidad de proporcionar cuidados no solamente intensivos, sino también

prolongados; también se exige alta concentración y responsabilidad que traen como consecuencia desgaste físico y mental y la exigencia de un espíritu de compartir con la persona enferma y su familia, las horas de angustia, depresión y dolor.

En otro orden de ideas, la investigación fue factible económica y administrativamente: económicamente, ya que fue autofinanciada por el tesista. El estudio fue viable ya que se empleó un instrumento validado, adaptado para Venezuela y se contó con experiencia para la aplicación del mismo. Adicionalmente, los resultados que se obtuvieron conllevaron a establecer un diagnóstico certero en la población de estudio y sirven de base para futuros trabajos de investigación.

En lo referente al instrumento aplicado vale la pena resaltar que se respetó el derecho a la autodeterminación de los participantes de esta investigación, ya que contenía el consentimiento informado de cada uno de ellos. Asimismo, se respetó la política del Centro de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Los Andes que prohíbe la publicación de dicho instrumento, en aras de evitar su divulgación y uso indiscriminado que invalidaría la utilidad científica de tan importante herramienta de trabajo.

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la frecuencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería del área de UCI del IHULA durante el periodo Abril – Junio 2008.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar los factores del Síndrome de Burnout asociados con el Agotamiento Emocional.

Identificar los factores del Síndrome de Burnout relacionados con Despersonalización.

Identificar los factores del Síndrome de Burnout concernientes a la disminución del sentido de Realización Personal.

Asociar las dimensiones del Síndrome de Desgaste Profesional con las variables sociodemográficas y laborales del estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Ourcilleón, Puentes, Quiroz y Rodríguez (2005), realizaron un metaanálisis acerca del Burnout en profesionales de Enfermería de Cuidados Intensivos, cuyo propósito fue conocer el Síndrome de Burnout, su desarrollo, factores de riesgo, factores protectores y consecuencias de éste en los profesionales de Enfermería que trabajan en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), e identificar las principales estrategias de prevención e intervención, citadas por la bibliografía, que inciden en la disminución de la prevalencia de dicho síndrome en el personal de Enfermería en Chile. Los resultados de la revisión indicaron que los factores ambientales no se correlacionan significativamente con el desarrollo del síndrome; sin embargo, los factores individuales inciden más significativamente en la prevalencia del Burnout. Se destaca que el Síndrome de Burnout puede contagiarse entre colegas.

Del Río, Perezagua y Vidal (2005), realizaron una investigación descriptiva y transversal denominada "Burnout en Enfermeras del Hospital Virgen de la Salud: Enfermeras de Urgencias vs. Enfermera resto Hospital de Toledo, España", con el objetivo evidenciar y medir la presencia de Burnout en enfermeros(as) que

trabajan en el hospital y comparar la situación de las enfermeras de urgencias con las enfermeras del resto del hospital. La población de estudio estuvo comprendida por 450 y la muestra por 320 enfermeros. El instrumento para la recolección de información fue tipo cuestionario: M.B.I. (Inventario Burnout de Maslach: Cristina Maslach 1981-1986, adaptación española). El periodo de estudio transcurrió entre noviembre de 2002 hasta marzo de 2003. Los resultados fueron que el 17,83% de la población estudiada sufría Burnout. Además se observó la presencia de cansancio emocional en el 43,3% de los enfermeros (as), despersonalización en el 57%; y la falta de realización en el trabajo en el 35,66%. Conclusiones: El grupo de enfermeros que presentó Burnout en mayor porcentaje fue el de hospitalización. Existe un menor porcentaje de casos Burnout en Urgencias (9,3%) vs. resto del Hospital (19,1%).

www.bdigital.ula.ve

Cerrada, Mejías, Moreno, Parada, Rivas y Rivas (2005), realizaron una investigación tipo descriptiva, transversal sobre "Satisfacción Laboral y Síndrome de Burnout en el Personal de Enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA), Mérida, Venezuela". El objetivo fue determinar la frecuencia del Síndrome de Burnout y su relación con la satisfacción laboral en el personal de Enfermería. La muestra estuvo constituida por 104 trabajadores de la Enfermería (83 mujeres y 21 hombres), de las áreas de hospitalización, Unidad de Cuidados Intensivos y Emergencias Obstétrica, Pediátrica y de Adultos, que se eligieron mediante muestreo aleatorio estratificado. Se aplicó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) y el cuestionario de escala de satisfacción

laboral de Warr, Cook y Wall. Resultados: los valores obtenidos fueron de $15,42 \pm 10,79$ en cansancio emocional; $5,58 \pm 5,45$ en despersonalización y $40,21 \pm 6,83$ en realización personal. Un 6,73% presentó Burnout. Se obtuvo una media de $35,72 \pm 8,94$ en satisfacción intrínseca; $30,67 \pm 9,19$ en la extrínseca y $66,39 \pm 17,21$ en la general. Conclusión: se concluyó que el nivel de Burnout era bajo, aunque había un riesgo epidemiológico alto.

Cabrera, Haro, López, Marín, Ochoa y Salinas (2005), realizaron una investigación transversal analítico y prolectivo denominado "Síndrome de Burnout en Personal de Enfermería de un Hospital Mexicano". Su objetivo fue identificar frecuencia y factores asociados al Síndrome de Burnout en personal de Enfermería de un Hospital de Especialidades de Guanajuato, México. La muestra fue de 236 enfermeras seleccionadas aleatoriamente a las que se les aplicó un cuestionario de 35 ítems propuesto por Cyberia Shink. Resultados: edad media 33 ± 11.93 años y 13 ± 7.2 años de antigüedad en el puesto; 95 (40 %) mostraron agotamiento emocional, 78 (32 %) sentían deshumanización, 148 (63 %) habían perdido interés en su trabajo y 120 (50 %) mencionaron agotamiento general. De las enfermeras estudiadas, 92 (39 %) mostraron datos compatibles con Síndrome de Burnout. La validez del cuestionario se llevó a cabo mediante Alfa de Cronbach: 0.7496. Correlación entre agotamiento profesional y ambiente laboral: $r = 0.7383$. Conclusiones: la confiabilidad del instrumento usado puede considerarse aceptable. La edad y el puesto de trabajo son factores relacionados con el Burnout en el personal de Enfermería.

Caltagirone, Manzanilla, Méndez, Molina, Torres y Vera (2002), realizaron un estudio denominado “Estrés y síntomas en personal de salud del Hospital Universitario de Los Andes”. Fue una investigación transversal, caso-control, para determinar los niveles de autoapreciación del estrés y la presencia de síntomas en médicos residentes de post grado que laboran en el área de emergencia de adultos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes durante el año 2002, en comparación con las enfermeras de dicha área y médicos residentes que trabajan en consultas clínicas del mismo instituto. Para la investigación se tomó una muestra de 100 individuos: 38 médicos residentes de emergencia (casos), 32 individuos del personal de Enfermería (control 1) y 30 médicos que trabajaban en consultas clínicas (control 2). Las variables a analizar fueron: nivel de apreciación del estrés, síntomas relacionados y variables sociodemográficas. Se utilizó el cuestionario de apreciación del estrés que forma parte del programa “Monitor del Estrés” confeccionado por el grupo PCI (Asesoría en recursos humanos). La escala evaluó la apreciación del estrés en una puntuación del 1 al 9, dividida de la siguiente manera: Estrés moderado/severo: puntaje de 3.5 al 9 y estrés Leve: de 1 al 3.5. Los resultados se procesaron en porcentajes y las diferencias se contrastaron con el Chi cuadrado. En este trabajo se encontró que no hubo diferencia estadísticamente significativa en la apreciación del estrés entre el grupo de casos y los grupos control 1 y 2; todos los grupos estudiados manifestaron un nivel de estrés moderado / severo (casos 73,7%, control 1: 87,5% y control 2: 80%). Entre las variables más significativas que afectaron al personal de salud asociadas al nivel de estrés moderado/severo fueron: el trastorno del sueño, la

fatiga crónica, la cefalea, la disminución de la memoria y del rendimiento, el ánimo depresivo y la ansiedad.

Hernández, Reig, Solano y Vizcaya (2002), realizaron una investigación titulada "Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería de Cuidados Críticos". El objetivo principal del estudio fue estimar la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos de diferentes hospitales de la Provincia de Alicante, España. Para ello utilizaron el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI). Este cuestionario es autoadministrado y se entregó a todo el personal de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos de los Hospitales Universitarios de Alicante y Elche y del Hospital Marina Baixa de Villajoyosa, un total de 107 personas, obteniendo 83 cuestionarios válidos. Se obtuvo un MBI medio total de 55,05. Estos resultados indicaron, para el personal de Enfermería de los Cuidados Críticos, valores de bajo cansancio emocional, baja despersonalización y una adecuada realización personal.

2.2 BASES TEÓRICAS

El estrés constituye un problema de gran relevancia y repercusión social que afecta a un colectivo profesional importante en nuestros días y cada vez son mas frecuentes los estudios que demuestran la importancia y magnitud del problema.

Se considera, al estrés, un estado disarmónico que altera la homeostasis orgánica y se relaciona con una gran cantidad de signos y síntomas. Fue estudiado por primera vez desde el punto de vista médico, por el destacado investigador Hans Selye en 1936 y lo definió como una respuesta biológica inespecífica estereotipada que produce cambios bioquímicos en el sistema nervioso central, endocrino e inmunológico; a esta respuesta general la denominó "síndrome general de adaptación" (Chrousos y Gold, 1992 citado por Molina y González, 2002). En la medicina, ha sido interpretado como una reacción individualizada de tensión psicofísica que aparece como respuesta a determinados estímulos tanto psíquicos (internos) como ambientales (externos) (Molina y otros, 2002).

Existen dos tipos de estrés: El eustrés definido como la respuesta normal ante una situación estresante, dicha respuesta es proporcional al estímulo, cumple con una función adaptativa y ayuda al individuo a enfrentar exitosamente la situación generadora de tensión. En este caso, el estado de activación psico-neuro- bioquímico y conductual aumenta el rendimiento del organismo logrando que el individuo realice desempeños que no puede obtener en un estado normal (Caltagirone y otros, 2002).

El distrés, por el contrario, es la respuesta anormal o patológica, no ayuda al individuo a adaptarse adecuadamente, es ineficaz y se convierte en un obstáculo para el desenvolvimiento normal. Cuando ocurre, la intensidad de la respuesta suele ser desproporcional al estímulo, y la activación no decrece hasta

niveles normales sino que mantiene su estado de alerta y tensión durante un periodo prolongado. El distrés frecuente produce graves repercusiones en el estado de salud física y psicológica y suele estar implicada en la génesis de numerosas patologías. Esta respuesta es desproporcionada, porque el individuo suele darle un significado negativo o catastrófico a la situación largos periodos de tiempo, lo cual dificulta su relajación y con ello el retorno a un nivel basal (Molina y otros, 2002).

Por tanto, el estrés forma parte de la vida cotidiana hasta tal punto que puede considerarse como “el malestar de esta civilización” (Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle y Domínguez, 2004), afectando tanto a la salud y al bienestar personal como a la satisfacción laboral y colectiva. Es por ello que cuando las respuestas de estrés de los individuos se producen de manera continuada en el lugar de trabajo y a causa de este estrés laboral, la situación se torna más preocupante porque afecta de manera considerable a la misma organización. Altas tasas de estrés entre los empleados de una organización pueden comprometer la eficacia organizacional. Es cierto que no hay situaciones estresantes por sí mismas, sino que ello depende de que la persona las interprete como tales, sin embargo, existen ciertos trabajos y ciertas organizaciones en las que por determinadas circunstancias el estrés es sensiblemente mayor que en otras, por tanto presentan un componente objetivo de estrés. Dentro de las principales fuentes de estrés destacan las condiciones físicas, condiciones horarias, demandas específicas del puesto de trabajo, contenido del puesto, desempeño del rol laboral, relaciones interpersonales, variables organizacionales

y situación de la empresa, y algunas otras. Las condiciones de trabajo serán adecuadas si promueven la salud física, psíquica y social de los trabajadores. Los factores psicosociales hacen referencia a aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral, están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud del trabajador como al desarrollo del trabajo (Peiró 1986, citado por Del Río y otros, 2005).

Dentro de las nuevas formas de enfermar aparecen nuevos síndromes como el Mobbing y el Burnout; surgen en sociedades desarrolladas, según describen Del Río y otros, (2005), de alta mecanización de la agricultura y de la industria, donde más del 50% de la población laboral desarrolla su trabajo en el sector servicios. El 10% de los trabajadores europeos sufre depresión, ansiedad o estrés laboral. Se calcula que quince millones de distintos trabajadores lo sufren. El estrés laboral afecta a más de cuarenta millones de trabajadores en la Unión Europea, y supone un gasto de veinte mil millones de euros en concepto de ausentismo laboral y costes sanitarios. Los mismos autores manifiestan que el estrés relacionado con el trabajo es el segundo mayor problema de salud laboral tras el dolor de espalda; afecta a casi una tercera parte de los trabajadores de la Unión Europea, siendo la causa de más de la mitad del ausentismo laboral. Es una de las causas de baja laboral más importante entre colectivos relacionados con la sanidad.

Es por ello que en el contexto de la salud laboral surge el desarrollo de un nuevo proceso: el Síndrome de Burnout. Diversos autores han documentado que este síndrome afecta más a aquellas profesiones que requieren un contacto directo con las personas y con una “filosofía humanística” del trabajo, es decir aquéllas que necesitan altas dosis de entrega e implicación (Albaladejo y otros, 2004).

El Burnout o síndrome de “estar quemado” se caracteriza por agotamiento emocional (disminución y pérdida de energía, fatiga, entre otros), despersonalización (desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y respuestas frías e impersonales hacia los receptores del servicio prestado) y baja realización personal (tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa) (Flórez, 2004). También se define como una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo.

Fue descrito en 1974 por el psiquiatra Herbert Freudenberger, según refiere artículo publicado por la Universidad de Oviedo, citado por Flórez, (2004), durante su trabajo en una clínica de toxicómanos, quien observó que una mayoría de asistentes voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, desmotivación para el trabajo, así como síntomas de ansiedad y depresión; estas personas se volvían menos sensibles, poco comprensivas y hasta agresivas en relación con los pacientes, con un trato distanciado y cínico, con tendencia a culpar a los pacientes de los propios problemas que padecían. Para la descripción de sus observaciones

utilizó el término Burnout, que se usaba para referirse a los efectos del consumo crónico de sustancias tóxicas de abuso. Asimismo, en 1976, la psicóloga Cristina Maslach utilizó el mismo término: Burnout, que empleaban los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo.

En la actualidad, según afirman Jaramillo, López y Valencia, (2005), el término Burnout se utiliza para referirse al desgaste profesional que sufren los trabajadores que prestan servicios a personas (Administración Pública, Enseñanza, Salud y Justicia, entre otros), debido a unas condiciones de trabajo que tienen fuertes demandas sociales. Sus manifestaciones habituales son las que se presentan a continuación.

www.bdigital.ula.ve

Mentales o cognitivas: Sentimientos de desamparo, fracaso e impotencia, baja autoestima, inquietud y dificultad para la concentración, comportamientos paranoides o agresivos hacia los parientes, compañeros y familia.

Físicas: Cansancio, dolores osteoarticulares y cefaleas, trastornos del sueño, alteraciones gastrointestinales y taquicardias.

De la conducta: Consumo elevado de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales, ausentismo laboral, bajo rendimiento personal, conflictos interpersonales en el trabajo y el ambiente familiar.

Se ha determinado que algunas de las características de la personalidad pueden llevar más fácilmente a la persona sometida a un exceso de estrés a desarrollar el Síndrome de Burnout. Estas características son: sensibilidad a los sentimientos y necesidades de los otros, personalidad ansiosa, dedicación al trabajo, idealismo y elevada autoexigencia (Flórez, 2004).

Asimismo, aunados a las características descritas en el párrafo anterior, la sobrecarga de trabajo y ocupación poco estimulante, poca o nula participación en la toma de decisiones, falta de medios para realizar la tarea, excesiva burocracia, pérdida de identificación con lo que se realiza, percepción de que no se recibe refuerzo cuando el trabajo se desarrolla eficazmente, son factores desencadenantes del Síndrome de Burnout (González y Padilla, 2001). Asimismo, los principales factores estresantes documentados en la literatura que afectan al personal de Enfermería son los siguientes: Separación geográfica de la familia y los amigos, conflictos de tiempo entre la familia y el trabajo, preocupaciones financieras, carga de trabajo, privación del sueño, rotaciones frecuentes, desacuerdo de opiniones con el resto de los colegas, realización de procedimientos complejos, falta de tiempo para estudiar, miedo a contraer enfermedades, incertidumbre acerca de las posibilidades de trabajo futuro, miedo a la mala práctica médica (Collier, Markus y Smith, 2002, Mc Callt, 1988, Landa y Mena, 2001 y Dua, 1997; citados por Caltagirone y otros, 2002).

Las consecuencias de este estrés crónico se pueden reflejar como: Abuso de alcohol, abuso de drogas, ansiedad, depresión, disfunción familiar, suicidio,

insatisfacción en el trabajo, cinismo con los pacientes y síndrome de Burnout (D'Angello, 2001 y Albaladejo y otros, 2004).

Aunque existen múltiples criterios relacionados con su enunciado y sobre todo en los métodos de control, la mayoría de los autores coinciden en concederle una extraordinaria importancia por las consecuencias que produce sobre la salud y a la forma de medirlo. Para ello, Maslach y Jackson, (1986) sentaron las bases para la realización de estudios en diferentes colectividades y sociedades, ya que idearon un instrumento de medida, denominado Maslach Burnout Inventory (MBI).

El denominado MBI (Maslach Burnout Inventory) es el instrumento más utilizado y consiste en un cuestionario autoadministrado, constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los clientes (González y otros, 2001).

Con el MBI se valoran tres subescalas según describen los autores antes mencionados, a saber:

Agotamiento emocional, que se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales.

Despersonalización o deshumanización, consistente en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y cinismo hacia los receptores del cuidado prestado.

Falta de realización personal, con tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal.

No existen puntos de corte a nivel clínico para medir la existencia de Burnout y poder separar los casos de los no casos, aunque se considera que puntuaciones altas en los dos primeros apartados y bajas en el tercero definen el síndrome, en lo que concuerdan Flórez, (2004) y Jaramillo y otros, (2005). Es importante resaltar que se empleó el instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI), elaborado por Maslach y Jackson en 1981, modificado por Moreno, Oliver y Aragonés en 1991 y revisado por D'Anello, (2001), del Centro de Investigaciones Psicológicas (CIP) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes para ser utilizado en muestras venezolanas.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

La siguiente investigación es de tipo descriptivo, con diseño transversal.

3.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población estuvo constituida por la totalidad de enfermeras adscritas que laboran en todos los turnos de trabajo de la UCI del IAHULA. Por tanto, N = 30.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Enfermeras activas en la UCI para el período de estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Enfermeras que no concluyan el 90% del cuestionario.
- Enfermeras de reposo médico.
- Enfermeras de reposo prejubilación.

3.3 INSTRUMENTO.

El instrumento que se utilizó para la realización de esta investigación fue el inventario Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) que evalúa las dimensiones

de Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (DP) y falta de Realización Profesional (RP).

“Este instrumento fue modificado por Moreno, Oliver y Aragonese (1991), para adaptarlo a la población española. Dicha versión fue revisada y adaptada por D’Anello (2001), del Centro de Investigaciones Psicológicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes para ser utilizado en muestras venezolanas. En esta versión, la subescala de AE consta de 6 ítems y valora la vivencia de estar exhausto en el ámbito emocional por las demandas del trabajo. La subescala de DP integrada por 8 ítems, mide las respuestas impersonales hacia los personas/pacientes. La subescala de RP se compone de 8 ítems y mide los sentimientos de competencia y consecución de logros en el trabajo. Las tres subescalas muestran una buena consistencia interna determinada mediante el índice Alfa de Cronbach (AE .74; DP= .75; RP= .66). Como indicadores de validez, D’Anello reporta los siguientes: AE y DP correlacionan negativa y significativamente con satisfacción con la vida (-.23 y -.52, respectivamente) y con ajuste psicológico (-.30 y -.35, respectivamente); RP correlaciona positiva y significativamente con Motivación al logro (.23) y con resiliencia (.43)” (D’Anello, 2001).

Síndrome de Desgaste Profesional SDP (Burnout 22 ítems) (Versión D'Anello) caracterizada por:

Agotamiento Emocional (AE): 1, 2, 3, 7, 8, 14 = 6 ítems

Despersonalización (D): 5, 6, 10, 11, 15, 16, 20, 22 = 8 ítems

Realización Profesional (RP): 4, 9, 12, 13, 17, 18, 19, 21 = 8 ítems

Los resultados obtenidos se enmarcan dentro de las escalas establecidas en el MBI, a saber:

Agotamiento Emocional (AE)

Alto: > 27; Medio: 18 – 26; Bajo: < 17.

Despersonalización (D)

Alto: > 13; Medio: 9 – 12; Bajo: < 8

Realización Profesional (RP)

Alto: > 23; Medio: 17 – 22; Bajo: < 16

Posteriormente se determina si existe o no Síndrome de Burnout, el cual se caracteriza por puntajes altos en Agotamiento Emocional y Despersonalización y bajos en Realización Personal.

Cabe destacar, que para la aplicación de este instrumento se contó con el adecuado entrenamiento del tesista por el CIP, garantizando así su uso apropiado y la no divulgación del mismo (Ver Anexo 1).

3.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se recolectó toda la información mediante la obtención de los datos a través de la encuesta MBI (validada y aprobada para Venezuela). Fue aplicada por el investigador a cada participante por separado para no producir sesgos induciendo sus respuestas con las de los demás encuestados. Se contestó en el mismo momento de la entrega.

Se procesaron los datos y finalmente se organizaron los resultados obtenidos, los cuales se presentan en tablas de distribución de frecuencias y de asociación.

3.5 SISTEMA DE VARIABLE

3.5.1 VARIABLE PRINCIPAL:

Frecuencia del Síndrome de Burnout en personal de Enfermería de la UCI IAHULA, operacionalizada por: Agotamiento emocional, Despersonalización y Realización personal (Ver Anexo 2).

3.5.2 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES:

Género, estado civil, edad y años de ejercicio profesional.

3.6 SISTEMA DE HIPÓTESIS

Hipótesis 1

H₀: El personal de Enfermería de la UCI del IAHULA no presenta Síndrome de Burnout.

H₁: El personal de Enfermería de la UCI del IAHULA presenta Síndrome de Burnout.

Hipótesis 2

H₀: La frecuencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería no está asociada a factores sociodemográficos y laborales.

H₁: La frecuencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería está asociada a factores sociodemográficos y laborales.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se incluyeron 30 profesionales de Enfermería del género femenino cuya edad promedio fue de 44.3 años (DS= 5.99; rango: 26 a 55 años); siendo importante resaltar que el 3.33% no informó su edad. Con respecto al estado civil, se encontraron porcentajes en igual proporción para las casadas y solteras con un 43.3% respectivamente, seguido de un 10% para las divorciadas y 3.3% en el renglón de otros.

TABLA 1

Distribución de Profesionales de Enfermería según su Edad, Estado Civil y Turno de Trabajo. UCI – IAHULA. Mérida. 2008.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		TURNO DE TRABAJO							
		MAÑANA		TARDE		NOCHE		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%
EDAD	25 – 30	1	3.33	0	0	0	0	1	3.33
	31 – 40	1	3.33	1	3.33	4	13.33	6	20
	41 – 50	5	16.67	5	16.67	8	26.67	18	60
	>51	0	0	2	6.67	2	6.67	4	13.33
	No respondió	0	0	0	0	1	3.33	1	3.33
TOTAL		7	23.33	8	26.67	15	50	30	100
ESTADO CIVIL	CASADA	3	10	3	10	7	23.34	13	43.33
	DIVORCIADA	1	3.33	1	3.33	1	3.33	3	10
	SOLTERA	3	10	4	13.33	6	20	13	43.33
	OTROS	0	0	0	0	1	3.33	1	3.33
	TOTAL	7	23.33	8	26.67	15	50	30	100

FUENTE: Encuestas del estudio.

Referente a los turnos de trabajo, del 100% de la muestra estudiada, el 50% correspondió a enfermeras del turno nocturno, 26.67% pertenecientes al turno vespertino y al turno matutino un 23.3% (Tabla 1).

TABLA 2

Distribución de Profesionales de Enfermería según Experiencia Laboral y Años de Servicio en UCI. UCI – IAHULA. Mérida. 2008.

EXPERIENCIA LABORAL EN AÑOS	AÑOS DE SERVICIO UCI	
	N	%
<10	14	46,7
11-20	9	30,0
21-30	6	20,0
>31	1	3,3
Total	30	100,0

FUENTE: Encuestas del estudio.

Con respecto a los años de servicio, el promedio fue de 21.3 años (DS= 6.90; rango: 4 a 35 años). El promedio de años laborados en UCI fue de 13.3 años (DS= 8.11; rango: 2 a 31 años).

Los datos obtenidos juegan un papel relevante en el estudio, ya que en la investigación realizada por Castellanos, Cobas, Cordies, Riverí y Sánchez, (2006), el 37,5% del personal de Enfermería estudiado que tenía entre 11 y 15 años laborando en el área de UCI, presentó altos niveles de Burnout. Por otra parte, y

contrario a lo descrito anteriormente, Long, (1995), citado por Amigo, Fernández, Reguera y Vallejo, (1997) afirman que el Burnout viene condicionado por el número de años trabajados.

TABLA 3

Distribución de Profesionales de Enfermería según la Relación Interpersonal con sus Compañeros de Trabajo. UCI – IAHULA. Mérida. 2008.

RELACIONES INTERPERSONALES	N	%
BUENAS	26	86.7
MALAS	4	13.3
TOTAL	30	100

FUENTE: Encuestas del estudio.

En la tabla anterior se evidencia que el 13.3% de los encuestados manifestó tener malas relaciones con sus compañeros y el 86.7% restante mantiene buenas relaciones con sus compañeros de trabajo.

Las relaciones interpersonales con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas van a aumentar los sentimientos de Burnout (Hernández, Reig y Solano, 2002). Por otro lado, los mismos autores afirman que la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, de la dirección o administración de la organización y

los conflictos interpersonales con estos, tienen también una importante incidencia en la aparición del Síndrome de Burnout.

TABLA 4

**Distribución de las Dimensiones del SDP en los Profesionales de Enfermería.
UCI – IAHULA. Mérida. 2008.**

ESCALAS DE MEDICIÓN	DIMENSIONES DEL SDP					
	AE		D		RP	
	N	%	N	%	N	%
BAJO	27	90	1	3.33	0	0
MEDIO	3	10	17	56.66	0	0
ALTO	0	0	12	40	30	100
TOTAL	30	100	30	100	30	100

FUENTE: Instrumento SDP.

A fin de ilustrar mejor la distribución de los puntajes para cada dimensión se conformaron tres grupos categorizados en altos, medios y bajos para cada subescala respectivamente. En relación con lo descrito anteriormente, los resultados que muestra la Tabla 4, reflejaron puntajes bajos en Agotamiento Emocional (AE), 90% (DS= 3.47; rango: 8 a 22 puntos), medios en Despersonalización (D), 56.66 (DS= 3.69; rango: 8 a 26 puntos) y altos en

Realización Personal (RP), 100% (DS= 3.99; rango: 26 a 40 puntos). En términos generales, no existe Síndrome de Desgaste Profesional, ya que el Síndrome de Burnout se caracteriza por presentar puntajes altos en AE y D, y bajos en RP.

Los resultados obtenidos pueden estar influenciados por la homogeneidad de la muestra, teniendo en cuenta que la mayoría de las profesionales son del turno nocturno, así como también la edad es muy similar entre ellas.

Sin embargo, estos resultados son semejantes a los descritos por Cerrada y otros, (2005), quienes encontraron que el Burnout era bajo en el Personal de Enfermería del IAHULA. Por su parte, Hernandez y otros, (2002), afirman en su estudio de Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería de Cuidados Críticos, que encontró resultados similares a los de este estudio, en tanto que asevera que existen niveles bajos de AE y D, y una adecuada Realización Personal.

TABLA 5

**Asociación entre las Dimensiones del SDP y la Edad del Personal de
Enfermería. UCI – IAHULA. Mérida. 2008.**

EDAD vs DIMENSIONES DEL SDP		ANÁLISIS ESTADÍSTICO		
		MEDIA	N	DS
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	BAJO	42.15	26	6.03
	MEDIO	45.33	3	6.80
	TOTAL	44.28	29	5.99
	ANOVA	p = NS		
DESPERSONALIZACIÓN	BAJO	53.00	1	0
	MEDIO	45.06	16	4.21
	ALTO	42.50	12	7.47
	TOTAL	44.28	29	5.99
	ANOVA	p = NS		
REALIZACIÓN PERSONAL	ALTO	44.28	29	5.99
	TOTAL	44.28	29	5.99
	ANOVA	p = NS		

**Nota: de la población estudiada una (1) enfermera no respondió la edad, por
ello el estadístico SPSS toma como valor mayor 29.**

FUENTE: Instrumento SDP.

Se puede observar, en la Tabla 5, que no hay correlación entre la edad y las dimensiones del SDP, demostrado a través del Análisis de Varianza de una sola vía (ANOVA). Es importante resaltar que una de las enfermeras encuestadas

no informó su edad, razón por la cual el total de los encuestados fue en base a 29 personas.

Con ello se evidencia que no existen diferencias estadísticamente significativas, aunque la población estudiada tiene edad promedio de 44.3 años y, para autores como Ourcilleón y otros, (2005) y Cabrera y otros, (2005), esta característica poblacional es influyente en el SDP; para ambos estudios, existe mayor correlación entre la edad y la dimensión AE.

Asimismo, la investigación realizada por Hernández y otros, (2002), presentó resultados similares a los obtenidos por este estudio, en donde la correlación entre la edad con las dimensiones SDP no fue significativo.

www.bdigital.ula.ve

TABLA 6

Asociación entre las Dimensiones del SDP y Experiencia Laboral del personal de Enfermería. UCI – IAHULA. Mérida. 2008.

DIMENSIONES DEL SDP		EXPERIENCIA LABORAL			AÑOS DE SERVICIO UCI		
		MEDIA	N	DS	MEDIA	N	DS
AE	BAJO	21.30	27	7.07	13.00	27	7.80
	MEDIO	22.00	3	7.21	16.00	3	12.28
	TOTAL	21.37	30	6.96	13.30	30	8.11
	ANOVA	p = NS			p = NS		
D	BAJO	35.00	1	0	16.00	1	0
	MEDIO	22.35	17	5.01	14.94	17	7.90
	ALTO	18.83	12	8.11	10.75	12	8.40
	TOTAL	21.37	30	6.96	13.30	30	8.11
	ANOVA	p = 0.05			p = NS		
R P	ALTO	21.37	30	6.96	13.30	30	8.11
	TOTAL	21.37	30	6.96	13.30	30	8.11
	ANOVA	p = NS			p = NS		

FUENTE: Instrumento SDP.

En esta tabla se puede visualizar que no hubo correlación entre las puntuaciones obtenidas en las distintas dimensiones del síndrome y la experiencia laboral y los años de servicio en UCI. Aunque la mayoría de las personas encuestadas mostraron un rango de despersonalización bajo, se observa una tendencia hacia un valor moderado en esta categoría, medido a través del

estadístico ANOVA $p = 0.05$, cuyo resultado evidencia que existe pérdida de motivación en el trabajo e insatisfacción, contrario con los resultados obtenidos por Martínez, (1996), citado por Flóres y Pernía, (2001), quienes encontraron que existe falta de Realización Personal en los grupos de mayor antigüedad en la institución donde labora.

TABLA 7

Asociación entre las Dimensiones del SDP y el Estado Civil del Personal de Enfermería. UCI – IAHULA. Mérida. 2008.

ESTADO CIVIL	ANÁLISIS ESTADÍSTICO				
	AE	D	RP	TOTAL	
CASADA	MEDIA	13,50	12,21	34,57	60,29
	N	14	14	14	14
	DS	3,674	2,806	3,837	6,145
DIVORCIADA	MEDIA	11,33	11,33	34,33	57,00
	N	3	3	3	3
	DS	2,309	1,155	7,371	10,149
SOLTERA	MEDIA	15,00	13,92	32,23	61,15
	N	13	13	13	13
	DS	3,240	4,681	3,219	6,108
TOTAL	MEDIA	13,93	12,87	33,53	60,33
	N	30	30	30	30
	DS	3,473	3,693	3,998	6,397
Chi cuadrado	$p = NS$				

FUENTE: Instrumento SDP.

En la tabla 7 se observa que no hubo correlación entre el estado civil y los puntajes obtenidos en las dimensiones del SDP.

Estos resultados contrastan con lo descrito por Nuñez, (2001), quien afirma que si existe relación entre el estado civil y el Burnout. Por su parte, Carmona, Marín y Sanz, (2000), reflejan en su estudio que en el caso del estado civil de los sujetos aparece una correlación significativa con la dimensión cansancio emocional del MBI. Las explicaciones que se han intentado ofrecer para determinar el por qué de estas diferencias señalan que lo que influye en el Síndrome de Burnout, según refieren estos autores, no es el hecho del estado civil sino el apoyo socioemocional recibido por parte de la pareja y la calidad de las relaciones. Hay que tener en cuenta que cada vez más frecuentemente la existencia de una relación de pareja estable no implica el matrimonio, lo que podría explicar tanto la fragilidad de esta correlación como la existencia de algunos estudios que no han obtenido diferencias significativas. Por ello, resultaría necesario modificar la variable estado civil por la de presencia o ausencia de pareja estable en próximas investigaciones.

TABLA 8

Asociación entre las Dimensiones del SDP y el Turno de Trabajo del Personal de Enfermería. UCI – IAHULA. Mérida. 2008.

TURNO DE TRABAJO	FRECUENCIAS	TOTAL		TOTAL
		CUALITATIVO SDP		
		ALTO	MEDIO	
MAÑANA	N	7	0	7
	%	100	0	100
TARDE	N	8	0	8
	%	100	0	100
NOCHE	N	14	1	15
	%	93.3	6.7	100
TOTAL	N	29	1	30
	%	96.7	3.3	100
Chi cuadrado		p = NS		

FUENTE: Instrumento SDP.

En la tabla anterior se visualiza que no existe correlación entre los turnos de trabajo y el índice Burnout, evidenciándose ello a través de la utilización del Chi cuadrado ($p = NS$), lo que significa que no existen diferencias significativas en ninguno de los turnos.

Similares resultados obtuvieron Flores y otros, (2001), cuando determinaron que el hecho de realizar guardias en diferentes turnos no influía en los valores de las diferentes subescalas que miden el instrumento MBI, ya que no registraron correlación estadísticamente significativa. Otro estudio importante fue el realizado

por Kandolin, (1993), quien estudió la influencia de los turnos de trabajo en una muestra de personal de Enfermería en Finlandia, demostrando la inexistencia de relación entre ambas variables, estudios que concuerdan con los resultados obtenidos en esta investigación.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos surgen las siguientes conclusiones.

La edad promedio de la población estudiada fue de 44.3 años (DS = 5.99; rango: 26 a 55 años), con totalidad del género femenino, con años de servicio en promedio de 21.3 años (DS = 6.90; rango: 4 a 35 años); los laborables en UCI de 13.3 años (DS = 8.11; rango: 2 a 31 años).

No existió correlación entre las dimensiones del SDP y las variables sociodemográficas de estudio. Existió tendencia hacia valores medios en la relación de la Despersonalización con los años de servicio ANOVA $p = 0.05$.

Estadísticamente se demostró que no existía Síndrome de Burnout en la población estudiada, tomando como referencia índices bajos en Agotamiento Emocional y Despersonalización, y elevados en Realización Personal.

RECOMENDACIONES

Ampliar el estudio hacia otras áreas críticas del IAHULA para medir Síndrome de Burnout.

Dar a conocer los resultados de este estudio a la Coordinación de la UCI del IAHULA, para incentivar a que se sigan realizando talleres que aumenten la motivación del personal, en aras de evitar que se presente el Síndrome de Burnout.

Que esta investigación sirva de base para la realización de estudios posteriores.

www.bdigital.ula.ve

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amigo, Fernández, Reguera y Vallejo (1997). **Estudio sobre la afectación del Síndrome de Burnout en profesionales de Enfermería de los servicios de Hemodiálisis, Oncología y Cirugía General.** Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. En red, disponible en: <http://www.revistaseden.org/>, recuperado el 26/04/2008.
2. Albaladejo, Astasio, Calle, Domínguez, Ortega y Villanueva (2004). **Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de un hospital de Madrid.** Revista Española de Salud Pública. Vol. 78. Nº 4. Madrid – España.
3. Arias, Bilbao y Juárez (2006). **Un Estudio de Agotamiento (Burnout) Profesional en el Personal de Salud en el Estado de Morelos.** RESPYN. Edición especial. Nº 6. Pág. 49 – 50.
4. Cabrera, Haro, López, Marín, Ochoa y Salinas (2005). **Síndrome de Burnout en personal de Enfermería de un Hospital Mexicano.** Revista Medigraphic. Vol. 43. Nº 1. Pág. 11 – 16.
5. Caltagirone, Manzanilla, Méndez, Molina, Torres y Vera (2002). **Estrés y síntomas en personal de salud del Hospital Universitario de Los Andes.** Universidad de los Andes. Mérida – Venezuela. MedULA. Vol. 14. Nº 1 – 4. Pág. 15 – 21.

6. Carmona, Marín y Sanz (2000). **Síndrome de Burnout y reactividad al estrés en una muestra de profesionales de Enfermería de una unidad de Cuidados Críticos.** Colombia. En red, disponible en: <http://uninet.edu/cimc2000/abstracts/028/Burnout.htm>, recuperado el 10/05/2008.
7. Castellanos, Cobas, Cordies, Riverí y Sánchez (2006). **Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería del servicio de Terapia Polivalente “Hospital Saturnino de Lora”.** Revista Cubana de Enfermería. Vol. 24. Nº 2. Cuba.
8. Cerrada, Mejías, Moreno, Parada, Rivas y Rivas (2005). **Satisfacción Laboral y Síndrome de Burnout en el Personal de Enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario los Andes (IAHULA), Mérida, Venezuela.** Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. Colombia. Vol. 23. Nº 1. Pág. 33 – 45.
9. D’Anello (2001). **Instrumento de Medición SDP, adaptado para Venezuela.** Centro de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Los Andes. Mérida – Venezuela.
10. Del Castillo y Martínez (2003). **Estudio sobre la Prevalencia del Burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina, España.** Revista de Atención Primaria. Vol. 32 Nº 6 Pág. s/n.
11. Del Río, Perezagua y Vidal (2005). **Burnout en enfermeras del Hospital Virgen de la Salud de Toledo: Enfermeras de Urgencias vs. Enfermera**

resto del Hospital. Revista Científica y de Divulgación. Excelencia Enfermera. N° 3. Pág. s/n.

12. Flores y Pernía (2001). Desgaste profesional en el personal de Enfermería que labora en el IAHULA – Mérida. Octubre – Diciembre. 2001. MedULA. Facultad de Medicina. Pág. s/n.

13. Flórez (2004). Signos de alarma en el Burnout del Médico: una perspectiva integral para el autocontrol. International Journal of Cosmetic Medicine and Surgery. Vol. 6. N° 3. Pág. 20 – 25.

14. González y Padilla (2001). The Benefits of Interventions for Work – Related Stress. Am J Public Health. N° 91. Pág. 270 – 276.

15. Hernández, Reig, Solano y Vizcaya (2002). Síndrome de Burnout en profesionales de Enfermería de Cuidados Críticos. Enfermería Intensiva. Vol. 13. N° 1. Pág. 9 – 16.

16. Illera (2006). Síndrome de Burnout, aproximaciones Teóricas. Resultado de algunos estudios en Popayán. Colombia. En red, disponible en:

<http://facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/septiembre/BURNOUT.pdf>,

recuperado el 19/04/2008.

17. Jaramillo, López y Valencia (2005). Síndrome de Desgaste Profesional en los Enfermeros de los Hospitales Santa Sofía e Infantil de Manizales. En red, disponible en: <http://promocionsalud.ucaldas.edu.co>, recuperado el 26/06/2008.

18. Kandolin (1993). **Influencia de los turnos de trabajo en una muestra de personal de Enfermería. Finlandia.** Journal of Nursing Management. Vol. 4. N° 4. Pág. 213 – 217.
19. López y Bernal (2002). **Prevalencia y Factores Asociados con el Síndrome de Burnout en Enfermería de Atención Hospitalario. Calidad Asistencial.** DOYMA. Vol. 4. N° 17. Pág. 444 – 445.
20. Molina y González (2002). **Medicina Holística.** Universidad de Los Andes. Consejo de Publicaciones. Mérida – Venezuela.
21. Núñez (2001). **Síndrome de Burnout en personal de Enfermería.** Actualización en Enfermería. Vol. 4. N° 1.
22. OPS/OMS. (2005). **Cuadernos Médico Sociales.** Índice anual. Vol. 46, N°4. Pág. 235 – 330.
23. Ourcilleón, Puentes, Quiroz, y Rodríguez (2005). **Burnout en Profesionales de Enfermería de Cuidados Intensivos.** Revista Chilena de Medicina Intensiva. Volumen 23. No. 1. Pág. s/n.
24. Quiroz y Saco (1999). **Factores Asociados al Síndrome Burnout en Médicos y Enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de Salud del Cuzco.** Revista SITUA. N° XXIII. Pág. 11 – 22.
25. Rejas y Acori (1998). **Factores que Influyen en los Niveles de Estrés en Enfermeras Asistenciales del Hospital de Referencia Sub Regional de Ayacucho".** Ayacucho. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Perú.

26. Román (2003). **Estrés y Burnout en Profesionales de la Salud de los Niveles Primario y Secundario de Atención (Chile)**. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores de Chile. Revista Cubana de Salud Pública 2003; Vol. 29. N° 2. Pág. s/n.
27. Zambrano (2006). **Stresors at Intensive Care Units**. Revista de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la Sabana. Colombia. Vol. 6. Pág. s/n.

www.bdigital.ula.ve

C.C.Reconocimiento

ANEXOS

www.bdigital.ula.ve

ANEXO 1

Universidad de los Andes

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

Postgrado de Enfermería en Cuidados al Paciente en Estado Crítico

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada Licenciada:

Me es grato dirigirme a usted para manifestarle que durante el periodo comprendido desde Abril a Junio de 2008 se aplicará el instrumento que se anexa al reverso que hace referencia al Trabajo Especial de Grado: **Frecuencia del Síndrome de Burnout en personal de enfermería del área de UCI – IAHULA**, requisito indispensable para optar al grado académico de especialista en cuidados al paciente en estado crítico. Respecto a su encuesta se le notifica que la misma no puede modificarse una vez respondida. De igual forma se les anuncia que pueden rehusarse de participar en el estudio si así lo estiman necesario.

Finalmente, libre de restricción y con plena libertad otorga su **CONSENTIMIENTO** a que esta información anónima tenga lugar y sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en esta investigación.

Gracias por su colaboración.

Atentamente: Lic. Saúl A. Chavez F.

ANEXO 1

CUESTIONARIO PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT

Por favor, lea cada pregunta cuidadosamente y responda cada una de ellas marcando con una equis (X) las alternativas que crea conveniente o rellorando los espacios en blanco.

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

¿Cuántos años de servicio tiene usted?

Especifique: _____

¿De los años arriba señalados cuantos en el servicio de la UCI?

Especifique: _____

¿Cuál es su estado civil?

Soltera ___ Casada ___ Unión Libre ___ Divorciada ___ Otro ___

¿En que turno trabaja?

Turno: _____

¿Cómo considera la relación interpersonal que establece con sus compañeros de trabajo?

Buena _____ Regular _____ Mala _____

¿En su centro de trabajo existen trabajadores con quienes tiene malas relaciones interpersonales?

Si _____ No _____



M E D I C I N A
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
MÉRIDA VENEZUELA

**Centro de Investigaciones Psicológicas
(CIP)**

Mérida, 2008

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Los instrumentos de medición producidos y validados por el Centro de Investigaciones Psicológicas (CIP) de la Universidad de Los Andes, solamente podrán ser utilizados por profesionales que reciban el adecuado entrenamiento y tengan las credenciales que garanticen su uso apropiado. Para garantizar la confiabilidad y validez de dichos instrumentos, el CIP ha diseñado una política que prohíbe la publicación de los mismos en las tesis y proyectos. Esta es una manera de evitar su divulgación y uso indiscriminado que invalidaría la utilidad científica de tan importante herramienta de trabajo.

El CIP espera que esta política sea comprometida y compartida por los tutores, tesis, investigadores e instituto de investigación, ya que su objetivo es precisamente proteger la calidad de la investigación.

Prof. Silvana D'Anello K.
Directora



Universidad de Los Andes
FACULTAD DE MEDICINA
Centro de Investigaciones
PSICOLOGICAS

Prof. Yariani Barreat M.
Coordinadora
Unidad de Investigación

MSc. Elsy Nava M.
Coordinadora
Unidad de Instrumentos de Medición

Calle 41 N° 3-111, esquina con Avenida Gonzalo Picón, Mérida 5101A, Venezuela
Código Postal 411. Telfs: 0274 - 2639935, 2631581. E-mail: cipula@ula.ve

ANEXO 1

ANEXO 2. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable principal: Síndrome de Burnout en personal de enfermería de la UCI IAHULA. Operacionalizada por: Agotamiento emocional, Despersonalización y Reducido logro personal

Dimensión	Indicador de dimensión	Valor de dimensión	Indicador de variable	Valor de variable
Agotamiento Emocional (AE)	Disminución y pérdida de recursos emocionales.	(1) Nunca	AE : (<17; 18-26; >27).	Afirmaciones: 1, 2, 3, 7, 8, 14
		(2) Algunas veces al año		
		(3) Algunas veces al mes		
		(4) Algunas veces a la semana		
		(5) Diariamente)		
Despersonalización (DP)	Desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores del cuidado proporcionado.	(1) Nunca	DP : (<8; 9-12; >13)	Afirmaciones: 5, 6, 10, 11, 15, 16, 20, 22
		(2) Algunas veces al año		
		(3) Algunas veces al mes		
		(4) Algunas veces a la semana		
		(5) Diariamente)		
Realización Personal (RP)	Tendencias a evaluar el propio trabajo de forma positiva, con vivencias de competencia profesional y elevada autoestima personal.	(1) Nunca	RP : (<16; 17-22; >23)	Afirmaciones: 4, 9, 12, 13, 17, 18, 19, 21
		(2) Algunas veces al año		
		(3) Algunas veces al mes		
		(4) Algunas veces a la semana		
		(5) Diariamente)		