

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
UNAN - LEON  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA BIOLÓGICA Y DE LA SALUD



DESGASTE PROFESIONAL (*BURNOUT*) EN LAS  
TRABAJADORAS DE ENFERMERÍA ASISTENCIAL DE LOS  
HOSPITALES PÚBLICOS DEL OCCIDENTE DE NICARAGUA

*Tesis de Grado*

*Para optar al Título de Magister  
en Psicología Clínica y de la Salud*

Optante:

**Lic. OLGA KULAKOVA**  
*Facultad Ciencias Médicas  
Carrera Psicología  
Docente*

Tutoras.

**Lic. EVA GARROZA, PhD.**  
*UAM - España  
Docente*

**Lic. INDIANA LÓPEZ, PhD.**  
*Facultad Ciencias Médicas  
Dpto. Salud Pública  
Docente*

## ÍNDICE

### Contenido

	<b>Pág.</b>
I. INTRODUCCIÓN.....	2
II. OBJETIVOS.....	8
• <i>Objetivo General</i> .....	8
• <i>Objetivos Específicos</i> .....	8
III. MARCO TEÓRICO.....	9
1. <i>El Desgaste Profesional (Burnout) en Profesionales de Enfermería</i> .....	9
1.1. <i>Delimitación Conceptual</i> .....	9
1.2. <i>Determinantes del Desgaste Profesional</i> .....	10
1.3. <i>Un modelo estructural sobre la etiología y el proceso del síndrome considerando antecedentes de nivel personal, interpersonal y organizacional</i> .....	13
2. <i>Consecuencias del Desgaste Profesional</i> .....	14
3. <i>Manejo del Síndrome de Burnout</i> .....	16
4. <i>Evaluación de Burnout</i> .....	17
IV: MATERIALES Y MÉTODOS.....	20
• <i>Tipo de estudio</i> .....	20
• <i>Participantes</i> .....	20
• <i>Variables</i> .....	21
• <i>Instrumento</i> .....	22
• <i>Recolección y análisis de datos</i> .....	23
V. RESULTADOS.....	25
VI. DISCUSIÓN.....	30
VII. CONCLUSIONES.....	34
VIII. RECOMENDACIONES.....	35
IX. REFERENCIAS.....	37
ANEXOS.....	42

## I. INTRODUCCIÓN

La profesión de enfermería ha sido considerada frecuentemente en la literatura como una ocupación particularmente estresante, caracterizada por las continuas demandas físicas y emocionales.<sup>(4,11)</sup> Estar en estrecho contacto con el enfermo, envuelto en situaciones difíciles, sometido a múltiples problemas relativos a su tarea, a desajustes organizacionales, no tener expectativas ni salidas que les hagan atractivo el trabajo y, por otro lado, estar mal pagado, todo esto convierte a la enfermería en una profesión vulnerable, que podría generar disfunciones físicas y psicológicas en sus trabajadores, si no se le brinda una debida atención a nivel individual y/o organizacional.

Por lo general, el sistema hospitalario no tiene en cuenta cuáles son las competencias de los profesionales de enfermería que prestan sus servicios en dicha institución. Esto trae consigo gran desmotivación, desilusión y desgaste profesional.<sup>(26)</sup> Esta falta de acoplamiento entre las competencias percibidas y demandadas hace que los profesionales, a la larga, presten unos cuidados de una calidad “relativa”, debido a esa falta de atención del sistema.

Vista la poca consideración que presta la institución a este tipo de cuestiones, el personal de enfermería, en muchas ocasiones, opta por hacer el trabajo mecánicamente y lo antes posible, sin detenerse en cuestiones como, por ejemplo, la buena comunicación, información a los pacientes, trato afectuoso, etc. Esta estrategia de afrontamiento, llamada despersonalización, es una forma más de proteger su propio “yo” ante las agresiones continuas que presenta el sistema sanitario.<sup>(16)</sup>

Entre los trabajadores asistenciales, en este caso los de la enfermería, la exposición crónica a estresores laborales puede llevar a estos profesionales a sufrir un síndrome de “Desgaste Profesional” (*Burnout*).

En la literatura especializada se puede encontrar el *Síndrome de Burnout* con diferente terminología, como *Síndrome de Estar Quemado* (una aproximación a su traducción del

término anglosajón), *Desgaste Profesional*, *Desgaste Psíquico*, *Desgaste Emocional* y otros que son términos que vienen a ser equivalentes, definido 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 la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado”,<sup>(22)</sup> generando consecuencias nocivas a nivel individual y organizacional.

Desde la perspectiva psicosocial se entiende que el *Síndrome de Burnout* se da en un proceso interactivo donde se conjugan activamente las variables descritas por Maslach y Jackson<sup>(34)</sup> y que se conceptualizan en tres dimensiones: (1) el agotamiento o cansancio emocional; caracterizado por la pérdida del atractivo, el aburrimiento y el disgusto por las tareas que se deben realizar dentro del trabajo, aparecen sentimientos de cansancio físico y/o psicológico, es la sensación descrita como no poder dar más de sí mismo a los demás; (2) la despersonalización, como desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo; (3) por último, la baja realización personal o logro que se caracteriza por una dolorosa desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales con sentimientos de fracaso y baja autoestima.<sup>(7,10)</sup>

Entre las consecuencias derivadas del Desgaste Profesional (*Burnout*) a nivel individual pueden señalarse repercusiones tales como: deterioro de la salud física y mental, de la vida social y familiar y, a nivel organizacional, tales como: insatisfacción laboral, propensión al abandono y al ausentismo, deterioro de la calidad del servicio, se genera cierto grado de hostilidad y resentimiento, pérdida del compromiso e implicación con la organización, etc., a las que se deben sumar repercusiones a nivel macrosocial relacionados con grandes costes financieros, sociales y humanos asociados al síndrome<sup>(7,10, 17, 31, 34,39)</sup>.

Las fuentes del Desgaste Profesional (*Burnout*) dentro de la profesión de enfermería puede englobarse en dos grandes categorías: la relación y contacto directo con los pacientes y aspectos administrativos y organizacionales<sup>(23,41)</sup>. Mientras algunos autores han propuesto la relación directa con los pacientes como la fuente más decisiva del desgaste profesional en esta

profesión, otros destacan principalmente la importancia de las variables laborales y organizacionales, en la etiología de este síndrome caracterizado por el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal.<sup>(34)</sup>

La literatura muestra resultados que apoyan ambos tipos de factores. Así, es posible encontrar como fuentes del desgaste profesional factores tipo organizacional como la sobrecarga laboral, el escaso apoyo social, la comunicación pobre, los continuos cambios en el entorno laboral, la excesiva responsabilidad que conlleva su trabajo, los conflictos con los médicos, el conflicto y la ambigüedad de rol, y, por otra parte, factores relativos a las demandas emocionales excesivas de los pacientes y sus familiares, etc.<sup>(24, 25, 27, 45, 46,57)</sup>

La prevalencia del Síndrome de Burnout en los trabajadores del ámbito sanitario actualmente ha sido ampliamente estudiada. Sin embargo no son muchos los estudios que prestan atención exclusivamente al personal de enfermería, estos, más que todo, han sido desarrollados en España y algunos países de Europa, al igual que en Asia y Estados Unidos.

Por otro lado, pese a la gran cantidad de información recibida y procesada sobre el Burnout en los trabajadores del ámbito sanitario, no es posible mostrar datos concluyentes del comportamiento del síndrome en el personal de enfermería.

En el año 2002, en España se llevó a cabo un estudio que tenía por objetivo estimar la prevalencia del burnout en el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos de diferentes hospitales de la provincia de Alicante. Sus conclusiones mostraron que este es un grupo de alto riesgo para el desarrollo del síndrome. Se obtuvo un MBI medio total de 55,05 %. Según el estudio, el personal de enfermería de cuidados intensivos tiene valores de bajo cansancio emocional, baja despersonalización y una adecuada realización personal<sup>(54)</sup>.

En el siguiente año 2003, se analizó la prevalencia del síndrome en el Hospital Virgen de la Salud de Toledo (España). La conclusión fue que el 17,83 % de la muestra sufría *burnout*. Se

objetivó la presencia de cansancio emocional en el 43,3 % de los/as enfermeros/as, despersonalización en el 57 % y falta de realización en el trabajo en el 35,66 % <sup>(8)</sup>.

En el año 2005, se llevó a cabo un estudio sobre *burnout* en enfermería de atención hospitalaria en la Ciudad Sanitaria Virgen de las Nieves de Granada (España). Se concluyó que entre un 27% y un 39% de los profesionales encuestados presentaba puntuaciones indicativas de *burnout* en alguna de las tres sub-escalas. Se encontró un nivel medio de desgaste profesional, que es mayor en los bloques de hospitalización y servicios generales, y menor en los de especialidades y el quirúrgico <sup>(2)</sup>.

En el año 2006, en una muestra del complejo hospitalario Universitario de Vigo (España), se obtuvo un nivel general de *burnout* del 13% <sup>(52)</sup>.

En otros países como Bélgica, se llevó a cabo un estudio entre 2.075 enfermeras flamencas, concluyeron que los individuos de la muestra presentaban un bajo nivel de cansancio emocional y moderado de despersonalización. El 47% de las enfermeras presentaban un alto nivel de *burnout* en términos generales <sup>(9)</sup>.

En Japón, se llevó a cabo un estudio con enfermeras que trabajaban en un servicio de salud mental llegando a la conclusión que la prevalencia del síndrome en este servicio y con estas enfermeras eran de 59,2% <sup>(28)</sup>.

En la Universidad de Udine (Italia), con una muestra de 100 enfermeras que trabajaban en una unidad de oncología, encontraron que las enfermeras presentaban altos niveles de agotamiento emocional (35%); un 17% de despersonalización y un 11% de eficacia profesional <sup>(53)</sup>.

En Alemania (Bavaria), encontraron que el 11,5% de las enfermeras que trabajaban en 6 hospitales psiquiátricos de Bavaria presentaban niveles altos de *burnout* <sup>(37)</sup>.

En China (Fujian), encontraron que las enfermeras más jóvenes presentan niveles más altos de *burnout*. Lo más significativo y predictor del cansancio emocional fue la ambigüedad y el conflicto de rol, junto con la responsabilidad. Los mejores predictores del cinismo o

despersonalización fueron la ambigüedad de rol, roles redundantes, responsabilidad y los cuidados. Los predictores de la realización personal fueron la ambigüedad de rol, el apoyo social y las estrategias de afrontamientos racionales cognitivas <sup>(58)</sup>.

En Nicaragua, un estudio realizado en el Hospital Escuela “Oscar Danilo Rosales Arguello”, en el 2007, con una muestra de 100 enfermeras y 65 médicos determina que un 28% del personal de enfermería padecen del síndrome de Burnout <sup>(38)</sup>. El mismo año y en el mismo hospital, con una muestra de 112 enfermeras, otros investigadores presentan prevalencia más elevada de 56% de casos de Burnout en el mismo personal de enfermería <sup>(44)</sup>.

En el año 2007 otro estudio en el personal médico de los Hospitales Alemán Nicaragüense, Antonio Lenin Fonseca y Bertha Calderón de Managua encontró una prevalencia de un 23.4% <sup>(55)</sup>.

En el año 2008 otro estudio de Burnout en el personal asistencial del Hospital Roberto Calderón de Managua; encontró una prevalencia de 92 % de la población encuestada en grado moderado y alto de Burnout <sup>(30)</sup>.

En Nicaragua, la carencia de publicaciones formales sobre el tema, la disparidad de resultados y debilidades metodológicas de algunos trabajos monográficos que exploran el Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras, no permiten explicar con evidencia este fenómeno en la población nicaragüense.

Las posibles razones que pueden explicar dicha disparidad de los resultados pueden hallarse en: a) la mala utilización y aplicación de los cuestionarios <sup>(21)</sup>; b) las cifras pueden estar desvirtuando la realidad, debido a un mal diagnóstico diferencial d) mala interpretación de los resultados en su contexto real (diferencias en los diversos servicios), etc. Todos estos aspectos contribuyen a la aparición de sesgos que dificultan enormemente la comprensión de la realidad del síndrome de *burnout*.

Por otro lado, existen pocos estudios internacionales y ninguno a nivel nacional, que ponen de manifiesto la relación entre el desgaste profesional y factores organizacionales, como variables predictoras del Burnout, cuyo papel en el desarrollo del Desgaste Profesional es fundamental.

Por lo tanto, se considera que esta investigación es un importante eslabón en el entendimiento del cómo actúan los mecanismos psicológicos en situaciones adversas en un contexto cultural específico (nicaragüense) bajo las condiciones organizacionales determinadas y el desgaste profesional.



## II. OBJETIVOS:

### *Objetivo general:*

Identificar el comportamiento del Desgaste Profesional (*Burnout*) en los trabajadores de enfermería asistencial de los hospitales públicos del Occidente de Nicaragua.

### *Objetivos específicos:*

1. Estimar la prevalencia del Desgaste Profesional a nivel global.
2. Identificar el comportamiento de cada dimensión del Desgaste a nivel global y en cada ambiente hospitalario.
3. Determinar los factores organizacionales propios del ámbito hospitalario y su relación con el síndrome y con cada dimensión del Desgaste Profesional.

### III. MARCO TEÓRICO.

#### 1. *El Desgaste Profesional (Burnout) en Profesionales de Enfermería.*

##### 1.1. *Delimitación conceptual.*

El término Burnout es descrito originalmente en 1974 por Fredeunberger aunque es principalmente con los estudios, de Maslach y Jackson <sup>(34)</sup> cuando realmente adquiere verdadera importancia el estudio de este síndrome, desde un enfoque psicosocial.

El síndrome "Burnout" es un término inglés que podría traducirse literalmente como "quemadura" y cuyo equivalente en español sería "agotamiento mental", "estrés laboral", "fatiga laboral", "fatiga profesional", "estrés emocional", "estrés Burnout", "fatiga del trabajo", "desgaste profesional" y otros.

No existe una definición unánimemente aceptada sobre el síndrome de *Burnout*, pero sí un consenso en considerar que aparece en el individuo como respuesta prolongada a los estresores emocionales e interpersonales crónicos en el trabajo. Se ha conceptualizado como una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, actitudes y comportamientos que tienen un cariz negativo para el sujeto dado que implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la organización.

En su delimitación conceptual pueden diferenciarse dos perspectivas: la clínica y la psicosocial. La perspectiva clínica lo entiende como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral. La psicosocial como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y personales. La diferencia estriba en que el *Burnout* como estado entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés laboral, mientras que, el Desgaste Profesional, entendido como proceso, asume una secuencia de etapas o fases diferentes con sintomatología diferenciada.

La perspectiva psicosocial se asume como la más coherente, al entender que el Desgaste Profesional se da en un proceso interactivo donde se conjugan activamente las variables descritas por Maslach y Jackson, que se conceptualizan como:

*Agotamiento emocional*, es la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos en el ámbito afectivo. Es, por tanto, un agotamiento de los recursos emocionales propios; es decir, emocionalmente agotado por el contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.

*Despersonalización*, implica el desarrollo de sentimientos negativos y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva que les culpen de sus problemas.

*Falta de realización personal en el trabajo*, se define como la tendencia de esos profesionales a evaluarse negativamente, con especial incidencia en la habilidad para la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden.

### 1.2. *Determinantes del Desgaste Profesional.*

El estrés, como variable antecedente, en la profesión de enfermería está compuesto por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. El profesional de enfermería está sometido, en líneas generales, a estresores como escasez de personal, que supone carga laboral, trabajo en turnos rotatorios y la consecuente alteración del biorritmo, trato con usuarios problemáticos, contacto con la enfermedad, dolor y muerte, conflicto y ambigüedad de rol, etc.

En conclusión, la profesión de enfermería, conlleva, entre otras, tres características, que son factores de riesgo, y que determinan la aparición del síndrome: un gran esfuerzo mental y físico, continuas interrupciones y reorganización de las tareas, que agravan el nivel de carga y esfuerzo mental, y el trato con la gente en circunstancias de extrema ansiedad y aflicción. En este sentido, se puede encontrar los antecedentes en las variables del entorno socio-

profesional, organizacional, Interpersonales e Individuales, sin que esto presuponga orden de prioridad, y todo ello en el marco contextualizador del estrés laboral.

*Entorno socio-profesional* En los últimos años, en la profesión de enfermería ha surgido un nuevo marco que reorienta el ejercicio de la profesión, nuevos procedimientos para tareas y funciones, cambios en los programas de formación de los profesionales, cambios en los perfiles demográficos de la población de los usuarios que requieren redefinir los roles, y aumento en la demanda de servicios de salud por parte de la población. Todo ello ha ocurrido con tanta rapidez que no ha podido ser asumido por la totalidad de los profesionales, máxime cuando no está definido el propio desarrollo de la carrera profesional.

*Nivel organizacional.* En éste, destaca el desarrollo de la actividad en organizaciones estructuradas bajo un esquema de burocracia profesionalizada, que basan su coordinación en la estandarización de las habilidades de sus miembros. Los profesionales, capacitados para el desarrollo de su actividad, gozan de una cierta independencia y control sobre la misma, que en el caso de la enfermería pasa por conjugar de una forma equilibrada las relaciones con el colectivo médico en lo referente a la gestión de las acciones cuidadoras dependientes y autónomas. Todo ello puede llevar a la ambigüedad, el conflicto y la sobrecarga de rol. Otra variable importante que se da en este contexto, pero también fundamentada en las relaciones interpersonales, es la socialización laboral, a la que se refiere Peiró <sup>(48)</sup> como “el proceso mediante el cual el nuevo miembro aprende la escala de valores, las normas y las pautas de conducta exigidas por la organización a la que se incorpora”. Ello quiere decir que las actitudes y sentimientos del propio síndrome de *burnout* pueden ser transmitidas entre los profesionales a través del mecanismo de modelado o aprendizaje por observación durante el proceso de socialización laboral.

*Relaciones interpersonales.* Las relaciones interpersonales, sobre todo con los usuarios y los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas van a aumentar los sentimientos de desgaste profesional. Por otro lado, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o de la dirección o administración de la organización, la excesiva identificación con los usuarios, y los conflictos interpersonales con estos y sus familiares, tienen también una importante incidencia en la aparición del síndrome.

*Nivel individual.* Las características de personalidad, van a ser una variable a considerar con relación a la intensidad y frecuencia de los sentimientos de “quemarse”. La existencia de sentimientos de altruismo e idealismo, en un amplio segmento de la enfermería, les llevan a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios y entienden como un reto personal la solución de los problemas de estos, por lo que se sentirán culpables de los fallos propios y ajenos, lo que redundará en sentimientos de baja realización personal en el trabajo. Si la enfermera no encuentra estrategias de afrontamiento efectivas, puede generar sentimientos de frustración e incluso culpar al usuario del fracaso personal.

*Marco contextualizador del estrés laboral.* El Desgaste Profesional debe ser entendido como una respuesta al estrés laboral que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear el profesional. Se comporta como una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias o efectos a largo plazo, por lo que sería un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias antes de desembocar en alteraciones nocivas para la salud del individuo y para la organización.

Desde los modelos transaccionales Peiró y Salvador <sup>(49)</sup> entienden el estrés como un desequilibrio sustancial percibido entre las demandas del medio o de la propia persona y la capacidad de respuesta del individuo.

Una vez percibida la situación como estresante han de aparecer estrategias de afrontamiento que, además de manejar las respuestas al estrés, han de neutralizar los estresores, haciendo desaparecer las discrepancias entre demandas y recursos, puesto que la fuente de estrés persistirá en la relación cotidiana del profesional con su entorno; Es decir, la situación estresora debe dejar de ser vivida como tal. En caso contrario llevarían a fracaso profesional y fracaso de las relaciones interpersonales con los sujetos receptores del servicio, provocando un sentimiento de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional, que desembocaría en una actitud de despersonalización como forma de afrontamiento, que son las variables que indican la instauración del *burnout*. Si se mantienen en el tiempo los estresores y no se resuelve la situación, aparecerían consecuencias negativas para el individuo y la organización.

1.3. *Un modelo estructural sobre la etiología y el proceso del síndrome considerando antecedentes de nivel personal, interpersonal y organizacional.*

Gil-Monte y Peiró <sup>(17)</sup> han elaborado un modelo integrador donde se consideran los diferentes planteamientos vistos hasta ahora, como son:

- ◆ La importancia de las variables personales (sentimientos de competencia, la realización por el trabajo, la autoeficiencia y niveles de autoconciencia del sujeto).
- ◆ Los procesos de interacción social y sus consecuencias para los profesionales, basada en la percepción de las relaciones equitativas y que estas no supongan ningún tipo de amenaza o pérdida.
- ◆ Las variables del entorno laboral, como disfunciones de rol, estructura y clima organizacional.

Así, adoptando un enfoque transaccional, que permite recoger en un modelo el papel que las variables organizacionales, personales y las estrategias de afrontamiento juegan el proceso del estrés laboral, una explicación satisfactoria sobre la etiología del síndrome pasa por considerar la importancia de las variables cognitivas del “yo” relacionadas directamente con el desempeño laboral, el rol de algunas variables del entorno organizacional, como son las disfunciones del rol, el papel de los estresores derivados de las relaciones interpersonales y la importancia de las estrategias de afrontamiento. Desde estas consideraciones, los autores, elaboran un modelo sobre la etiología, proceso y consecuencias del *burnout*.

De este modo, refieren, que el desgaste profesional por el trabajo puede ser conceptualizado como una respuesta al estrés laboral percibido que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales no son eficaces para reducirlo. Esta respuesta supone una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias de falta de salud y propensión al abandono.

Como resumen de todo lo anterior, la mayoría de los autores sistematizan el análisis del *burnout* bajo las siguientes características esenciales:

- ◆ El desgaste profesional es más un proceso en un continuum temporal progresivo que una condición estática.

- ◆ Se entiende como un proceso de respuesta a una situación de estrés laboral crónico.
- ◆ Los trabajadores más susceptibles al *burnout* han comenzado su carrera con dedicación idealista a los servicios humanos.
- ◆ El *burnout* se limita a trabajadores de profesiones de ayuda, siendo la profesión de enfermería una de las que presenta mayor incidencia.
- ◆ Sus componentes esenciales son: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo.

## ***2. Consecuencias del Desgaste Profesional.***

Maslach afirma que los profesionales de la salud al estar en interacción con los problemas psicológicos, sociales y/o físicos de los pacientes, son potencialmente más vulnerables al estrés crónico, al desgaste emocional y finalmente al desgaste profesional. Los períodos prolongados del desgaste profesional tienen consecuencias perjudiciales a largo plazo, tanto a nivel individual, como a nivel organizacional <sup>(40)</sup>.

*Consecuencias para el individuo.* Desde la perspectiva individual producen un deterioro de la salud de los profesionales y de sus relaciones interpersonales fuera del ámbito laboral. Según Gil-Monte y Peiró <sup>(17)</sup> las consecuencias a nivel individual si identifican con una sintomatología que integran en cuatro grandes grupos en función de sus manifestaciones, como son: emocionales, actitudinales, conductuales y psicosomáticos.

ÍNDICES EMOCIONALES	ÍNDICES ACTITUDINALES	ÍNDICES CONDUCTUALES	ÍNDICES PSICOSOMÁTICOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Sentimientos de soledad.</li> <li>· Sentimientos de alienación.</li> <li>· Ansiedad.</li> <li>· Sentimientos de impotencia.</li> <li>· Sentimientos de omnipotencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· No verbalizar.</li> <li>· Cinismo.</li> <li>· Apatía.</li> <li>· Hostilidad.</li> <li>· Susplicacia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Agresividad.</li> <li>· Aislamiento del sujeto.</li> <li>· Cambios bruscos de humor.</li> <li>· Enfado frecuente.</li> <li>· Irritabilidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Dolor precordial, taquicardia, pinchazos en el pecho y palpitaciones.</li> <li>· Hipertensión.</li> <li>· Temblor de manos.</li> <li>· Crisis asmáticas.</li> <li>· Catarros frecuentes.</li> <li>· Mayor frecuencia de infecciones.</li> <li>· Aparición de alergias.</li> <li>· Dolores cervicales y de espaldas.</li> <li>· Fatiga.</li> <li>· Alteraciones menstruales.</li> <li>· Dolor de estómago.</li> <li>· Úlcera gastroduodenal.</li> <li>· Diarrea.</li> <li>· Jaqueca.</li> <li>· Insomnio.</li> </ul>

*Cuadro 1.* Principales consecuencias del estrés laboral que se asocian al síndrome de *burnout* (Tomado de Gil-Monte (2005) El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide, p.86).

En cuanto a las consecuencias sobre las relaciones interpersonales extra-laborales, Maslach señala que las repercusiones del *burnout* no terminan cuando el sujeto deja el trabajo, por el contrario afecta a su vida privada, pues las actitudes cínicas y de desprecio impactan fuertemente sobre su familia y amigos, mostrándose irritable e impaciente pudiendo derivar en conflictos con la pareja e incluso en la separación. El agotamiento emocional les impide aislarse de la problemática laboral, cuando llegan a casa desean estar solos e incomunicados, lo que repercute en sus relaciones interpersonales. La actitud de despersonalización lleva al endurecimiento de los sentimientos, lo que puede incidir en gran medida en la familia. En todo caso, se ha demostrado la relación significativa entre el *burnout* y el deterioro de las relaciones familiares. Los sujetos con menos satisfacción matrimonial expresaban más sentimientos de estar quemados por el trabajo <sup>(40)</sup>.

*Consecuencias para la organización.* Entre las consecuencias más importantes que repercuten en la organización podemos destacar:

- ◆ Disminución de la satisfacción laboral.



- ◆ Elevación del absentismo laboral.
- ◆ Abandono del puesto y/o organización.
- ◆ Baja implicación laboral.
- ◆ Bajo interés por las actividades laborales.
- ◆ Deterioro de la calidad del servicio.
- ◆ Incremento de los conflictos interpersonales con los supervisores, compañeros y usuarios.
- ◆ Aumento de la rotación laboral.
- ◆ Incremento de accidentes laborales.

En todo caso, existe una relación directa entre *burnout* y mayor número de errores en el trabajo, conductas más deshumanizadas, recriminaciones y niveles de compromiso organizacional más bajo.

Sus consecuencias van a ir más allá de la propia organización y van a repercutir de manera directa sobre el conjunto de la sociedad. Otro aspecto a considerar es la instauración de culturas organizacionales que perpetúen las actitudes y conductas que provocan el *Burnout*, mediante el aprendizaje por modelado.

### **3. Manejo del síndrome de Burnout**

*El trabajo personal.* No podemos plantearnos el manejo del burnout sin abordar nuestro propio esquema de ver las cosas, sin una modificación propia de actitudes y aptitudes. Tendremos que tener un proceso adaptativo entre nuestras expectativas iniciales con la realidad que se nos impone, marcándonos objetivos más realistas, que nos permitan a pesar de todo mantener una ilusión por mejorar sin caer en el escepticismo. Se impone un doloroso proceso madurativo en el que vamos aceptando nuestros errores y limitaciones con frecuencia a costa de secuelas y cicatrices. Tendremos que aprender a equilibrar los objetivos de una empresa (cartera de servicios, adecuación eficiente de los escasos recursos disponibles), pero sin renunciar a lo más valioso de nuestra profesión (los valores humanos) compatibilizándolo y reforzándolo con lo técnico.

En la profesión asistencial el aspecto emocional es fundamental. Se tiene que aprender a manejar las emociones, formarse en las emociones. En cualquier profesión, es trascendental equilibrar las áreas vitales: FAMILIA – AMIGOS – AFICIONES - DESCANSO – TRABAJO, evitando a toda costa que la profesión absorba éstas. La familia, los amigos, las aficiones, el descanso, son grandes protectores del *Burnout*

*El equipo.* Los compañeros de trabajo tienen un papel vital en el *Burnout*: (a) en el diagnóstico precoz: son los primeros en darse cuenta, antes que el propio interesado; (b) son una importante fuente de apoyo: son quien mejor comprende, ya que pasan por lo mismo. Por el contrario, cuando las relaciones son malas, contribuyen a una rápida evolución del *Burnout*.

Por lo expuesto, es de vital importancia fomentar una buena atmósfera de trabajo:

- Facilitando espacios comunes no informales dentro de la jornada laboral (del roce nace el cariño).
- Fomentando la colaboración y no la competitividad (objetivos comunes).
- Formación de grupos de reflexión de lo emocional, tanto de las relaciones tarea-cliente, como los aspectos emocionales de las relaciones interpersonales (en el aspecto laboral) dentro del equipo.

*Organización-Empresa.* Hay tres conceptos clave tanto para la prevención empresarial del *Burnout* como para la eficacia de la misma, estos son: *Formación-Organización-Tiempo.*

- Minimizar imprevistos: organizar las urgencias, de tal forma que no interfiera en el trabajo planificado.
- Minimizar y facilitar la burocracia.
- Formación y reuniones acorde a las necesidades y sin afectar el tiempo de las personas con un “desgaste más”
- Acortar distancia entre los niveles organizacionales

#### 4. Evaluación del Burnout.

La mayor parte de la evaluación del constructo de *burnout* se ha desarrollado a través de diversos instrumentos entre los que se puede citar son los siguientes. – *Maslach Burnout Inventory (MBI)* de Maslach y Jackson <sup>(35)</sup>. Es el más utilizado entre los investigadores; está formado por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los clientes. Valora las tres dimensiones propuestas por las autoras del constructo: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo. Considera el síndrome de estar quemado como una variable continua que se puede experimentar en diferentes niveles y no como variable dicotómica. Esta escala es la que ha demostrado mayor validez y fiabilidad (entre un 0,75 y 0,90). No obstante, en estudios recientes aparecen críticas y reflexiones acerca del concepto y dimensionalidad del *burnout* que inciden directamente en las consecuencias del MBI como instrumento más adecuado de medida <sup>(3,11)</sup>, además de destacar dos debilidades de dicho instrumento: los ítem que describen sentimientos no preguntan directamente por ellos; por ejemplo, el ítem 8 del MBI-GS y las categorías de respuesta no son mutuamente excluyentes entre sí; por ejemplo, la categoría una y dos coinciden en señalar como respuesta pocas veces al año o menos y una vez al mes o menos, respectivamente, lo que puede dar lugar a ambigüedad ya que no se limitan los periodos de tiempo concretos.

En España, esta escala ha sido validada en diversas muestras para su adaptación española <sup>(43)</sup>. Se realizó un estudio en una muestra de 235 sujetos obteniendo que las variables independientes evaluadas eran discriminativas en las tres dimensiones existentes aunque señalaron que la escala de despersonalización tenía una escasa representación en el número de ítem. Gil-Monte y Peiró <sup>(18,19)</sup>, aplicaron en una muestra de 559 profesionales de diferentes ocupaciones el MBI, realizando un análisis factorial de las tres escalas mostrando una adecuada validez y fiabilidad de la versión adaptada al castellano. Garcés *et al.* <sup>(13)</sup> en una muestra de 256 deportistas aplicaron una adaptación al ámbito deportivo del MBI; tras un análisis factorial confirmaron que era un instrumento de medida sensible. Actualmente existen tres versiones del MBI.

El *MBI-Human Services Survey (MBI-HSS)* dirigido a los profesionales de la salud; es la versión clásica del MBI y está constituido por tres escalas de las dimensiones descritas por sus autoras. El *MBI Educators Survey (MBI-ES)* es la versión para profesionales de la educación donde la palabra paciente se cambia por alumno y, por último, el *MBI-General Survey (MBI-GS)* presenta un carácter más genérico ya que no es exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son personas; mantiene la estructura tridimensional del MBI pero sólo contiene 16 ítem de los 22 iniciales. Moreno *et al.* <sup>(43)</sup> analizaron el *MBI-General Survey* en una muestra de 114 sujetos encontrando que las características psicométricas son altamente satisfactorias y se corresponden con exactitud con el modelo teórico presentado por sus autoras. Gil-Monte <sup>(20)</sup> analizó la estructura factorial en una adaptación al castellano del mismo en una muestra de 149 policías, concluyendo que el cuestionario se puede considerar válido y confiable en la versión adaptada al castellano

– *Tedium Scales (TS)* de Pines, Aranson y Kafry <sup>(50)</sup>. Consta de 21 ítems con medidas de cansancio emocional, físico y cogniciones que se valoran con respuesta de tipo Lickert de siete puntos. Uno de los problemas de este cuestionario es que no tiene ninguna asociación explícita con el contexto de trabajo. La medida de tedio comparada con el MBI señala que la fiabilidad del primero es ligeramente superior, pero es más recomendable la utilización del segundo.

– *The Gillespie-Numerof Burnout Inventory (GNBI)* de Gillespie y Numerof <sup>(15)</sup>. Es un cuestionario de 10 ítems que hacen referencia a sentimientos del trabajo; no se han establecido correlaciones con otras medidas de *burnout* ni con el MBI.

– *Efectos psíquicos del burnout (EPB)* de García <sup>(14)</sup>. Fue diseñada para la medida del *burnout* en entorno sociocultural de España. Consta de 12 ítems con respuesta valorada según una escala tipo Lickert de siete puntos variando su rango desde 1 (nunca) a 7 (siempre).

– “*Cuestionario de Desgaste Profesional en Enfermería*” (*CDPE*) <sup>(39)</sup>, construido para la evaluación específica del desgaste profesional (*Burnout*) en el colectivo de enfermería, que evalúa las variables más relevantes del proceso de Desgaste Profesional en esta profesión. El cuestionario CDPE fue validado sobre una muestra de 389 enfermeros(as) que desarrollan su trabajo en 5 hospitales de Madrid, España, mostrando resultados favorables respecto a su

fiabilidad y a su validez de constructo con altos índices de consistencia que se reflejan tanto en las escalas como en las medidas globales de Desgaste Profesional ( $\alpha = .92$ ).

De todos los instrumentos de autoinforme mencionados anteriormente el más utilizado y que ha constituido la base del resto de instrumentos es el Inventario de *burnout* de Maslach y Jackson (1986). Entre algunos de los problemas de dicho inventario se puede destacar los siguientes: centra los enunciados en las propias emociones y sentimientos, y en cómo se sienten, pero no hace referencia a las conductas que dejan de hacerse o se hacen cuando surgen dichas emociones y sentimientos (ítem 1, 2, 3, 6, 8, 16 y 20 del MBI), algunos términos no son claros conceptualmente, pues pueden variar su significado a nivel individual (ítem 3, 13 y 19), la escala de baja realización personal posee un menor número de ítem respecto a las otras dos escalas, no desglosan algunos enunciados en conductas más directas (ítem 10 y 11 del MBI), no indica en qué lugar quedarían los valores personales en el ámbito laboral, lo denominan “cosas valiosas” (ítem 19) se trata de un formato cerrado que no se ajusta a las diversas condiciones que se pueden crear en el ambiente de trabajo que posiblemente mantenga una situación de sufrimiento en una persona y, finalmente, señalar que es un instrumento genérico que no permite explicar los factores organizacionales que están implicadas en el proceso de Burnout <sup>(39)</sup>.

#### IV. MATERIAL Y MÉTODOS.

**Tipo de estudio.** Se realizó un estudio de corte transversal, en el período de abril – septiembre, del 2008.

**Participantes.** En el presente estudio, de una población de 478 enfermeras dedicadas exclusivamente a la actividad asistencial de los hospitales públicos del Occidente del país, participaron voluntariamente 299 enfermeras que se encontraron en el período de recolección de datos. La muestra representó tres hospitales de la siguiente manera: en el HEODRA (León) de las 246 enfermeras asistenciales participaron 104, en el ABDALAH (Chinandega) de las 134 enfermeras asistenciales participaron 100 y en el ESPAÑA (Chinandega) de las 98 enfermeras participaron 95.

La muestra del HEODRA fue afectada por un alto nivel de absentismo del personal por diferentes razones.

Para acceder a la muestra se contó con la colaboración de la Dirección de los tres Hospitales y el Centro de Investigación de Salud, Trabajo y Ambiente (CISTA) de la UNAN-León.

***Criterios de inclusión de los participantes.***

- Dedicación a la actividad asistencial de enfermería.
- Estar activo en el trabajo durante la recolección de datos.
- Participación voluntaria.

***Variables.***

*Variables Dependientes:*

- ◆ Desgaste Profesional (*Síndrome de Burnout*)
- ◆ Componentes del *Burnout* (Agotamiento emocional, Despersonalización y Falta de Realización Personal)

*Variables Independientes:*

- ◆ Sexo
- ◆ Edad
- ◆ Educación
- ◆ Situación Laboral:
  - a) tiempo de trabajar en el Centro,
  - b) horas de trabajo por semana,
  - c) tipo de contratación,
  - d) grado de autonomía (poder decidir su horario y descanso, poder decidir qué y cómo hacer su trabajo)
  - e) trabajar bajo presión para terminar la tarea a tiempo,
  - f) conformidad con el salario,
  - g) bajas laborales debidas a las enfermedades
  - h) seguridad de conservar el trabajo,
  - i) satisfacción con el trabajo.
- ◆ Factores organizacionales hospitalarios:
  - a) Interacción conflictiva,
  - b) Sobrecarga,
  - c) Ambigüedad de rol,
  - d) Monotonía de la tarea,
  - e) Falta de cohesión,
  - f) Supervisión
  - g) Contacto con la muerte y el dolor

***Instrumento.***

El Desgaste Profesional y los antecedentes organizacionales se valoraron utilizando “*Cuestionario de Desgaste Profesional en Enfermería*” (CDPE).

El CDPE se fundamenta en un modelo teórico transaccional e interactivo que considera la aparición del desgaste profesional de enfermería como resultado del contexto laboral de esta profesión, de las características individuales y del tipo de afrontamiento adoptado (Moreno, 2000). Cualitativamente este instrumento en opinión de los autores, es mucho más extenso para explorar el síndrome de *Burnout* como proceso, a diferencia de la propuesta de Maslach, que explora sólo las tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal más no los factores desencadenantes y consecuentes.

Este cuestionario específicamente incluye las variables predictoras del Desgaste, los tres componentes clásicos de *Burnout*, y las variables consecuentes del Desgaste. Sin embargo, siendo conceptualizado como un instrumento flexible de evaluación, el CDPE permite seleccionar las escalas relativas a aquellos aspectos que se consideran ser útiles de acuerdo a los objetivos de la evaluación

Para éste estudio fueron seleccionadas las siguientes escalas:

- a) Escalas de los antecedentes específicos del contexto laboral (interacción conflictiva, sobrecarga, ambigüedad de rol, monotonía de la tarea, falta de cohesión, supervisión);
- b) Las tres dimensiones clásicas para la medición del síndrome (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal);

La medida del síndrome en este instrumento se realiza teniendo en cuenta las tres dimensiones clásicas propuestas por Maslach y Jackson <sup>(35)</sup>, (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal), habiéndose sustituido la dimensión de “realización personal” por su análoga inversa “falta de realización personal”, con el fin de facilitar la interpretación de perfiles así como el cálculo de un índice global de desgaste profesional que se puede establecer a partir de la media obtenida por el enfermo(a) en cada una de las dimensiones señaladas, tal como han propuesto diferentes autores <sup>(5,6,12)</sup>.



El CDPE es un instrumento auto-administrado que permitió recoger información a través de los 91 ítems seleccionados para los fines propuestos de esta investigación, mediante una escala de tipo Likert, con un rango de 1 a 4, donde 1 es *totalmente en desacuerdo* y 4 *totalmente de acuerdo*. Antes de aplicar el cuestionario, éste fue adaptado a los modismos y lenguaje local mediante la técnica de grupo focal.

Se anexaron preguntas para recolectar datos sobre las *variables personales*, de la *situación laboral* y de la percepción de los trabajadores sobre la *seguridad de conservar el trabajo* y *satisfacción* con el mismo.

#### ***Recolección y Análisis de datos.***

Se explicó la propuesta de la investigación a los directores generales y a las directoras de enfermería de todos los hospitales. El cuestionario se distribuyó a los participantes junto con una carta informativa donde se explicaba la propuesta del estudio, asegurando el anonimato y la confidencialidad de las respuestas obtenidas. Las personas que decidieron participar firmaron un consentimiento informado. Después de la aplicación del cuestionario, se recogió personalmente por el equipo investigador, para mantener la confidencialidad los datos se identificaron con códigos numéricos.

Se realizaron análisis a nivel descriptivo de las variables criterio de desgaste profesional (V.D.), así como de sus posibles variables predictoras (V.I.).

Para las variables independientes las pruebas realizadas fueron las de la  $\chi^2$  al cuadrado. El efecto de los factores de tipo organizacional en los individuos con síndrome de desgaste se evaluó mediante el cálculo del intervalo de confianza con 95% y un nivel de significación estadística de 0,05 de confiabilidad de la razón de momios ajustada, obtenida por regresión logística.

Se calcularon las medias globales del Síndrome y de las tres dimensiones (Agotamiento emocional, Despersonalización y Falta de realización personal), a partir de las cuales se

establecieron tres niveles del desgaste, asumido como un proceso: nivel bajo, moderado y alto para poder estimar la prevalencia a nivel global (se especifica en los resultados).

Para el modelo de regresión logística, los resultados de las variables dependientes, se agruparon en dos categorías, a partir de las medias, a saber: “Afectados” y “No Afectados”, siguiendo el mismo modelo del Desgaste Profesional como un proceso.

Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete informático SPSS v.15.0.

## V. RESULTADOS

### 1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

#### 1.1. Variables personales y de la situación laboral.

Se presentan los resultados de 299 cuestionarios recogidos válidos.

En su mayoría, 288 (96%) participantes son mujeres; la edad promedio de la muestra es de 41 años, con la edad mínima 20 años y máxima 64 años.

A nivel global, el mayor porcentaje 40.8% (122 enfermeras), tienen educación TÉCNICA, seguido por la educación Superior con un 31,4% y educación Básica (Primaria, Secundaria) con un 28,7%.

El 84.9% (254 enfermeras) trabaja más de 10 años en el mismo Centro. Solamente un 12% (36 enfermeras) tienen otro trabajo, además del Hospital. El 96.7% (289 enfermeras) tienen un TRABAJO FIJO (contrato indefinido). El promedio global de horas laborales por semana es de 47 h.

La mayoría 56.5% (169 trabajadoras) no deciden sobre sus horarios ni sus descansos, sin embargo, el 56.2%, (168 enfermeras), consideran que NO TRABAJAN BAJO PRESIÓN y deciden sobre QUÉ HACER (75.9%) y CÓMO HACER (84.3%) su trabajo. Se puede observar la distribución de los porcentajes de estas variables en la *Tabla 1*.

**Tabla 1. Distribución del porcentaje de los afectados en factores de situación laboral por hospital.**

Situación Laboral	HOSPITALES (%)			TOTAL % (n=299)
	ABDALAH	HEODRA	ESPAÑA	
No deciden sobre qué hacer en su trabajo	36,1	27,8	36,1	24,1
No deciden sobre cómo hacer su trabajo	31,9	34,0	31,0	15,7
Trabajan bajo presión para terminar la tarea en un tiempo fijado	39,7	26,7	33,6	43,8
No deciden su horario, ni descanso	36,1	33,7	30,2	56,5

La mayoría 88.6% (265 trabajadoras) consideran que su Sueldo no está acorde con la cantidad de tareas que se realiza al final del día, sin embargo, el 88.3% (264 enfermeras) están SATISFECHAS con el trabajo y 78.2%, (234 enfermeras), se sienten SEGURAS de conservarlo.

En los últimos doce meses un 38% faltaron al trabajo debido a las enfermedades de 1 a 6 días y un 28% faltaron más de 6 días.

### **1.2. Desgaste Profesional (*Burnout*):**

El Índice General (*la Medía*) del *Burnout* de toda la muestra es de **2.1**. Los valores de las *MEDIAS* del Desgaste Profesional y las tres dimensiones del mismo se presentan en la siguiente *Tabla 2*.

**Tabla 2. Distribución de las Medias de las Dimensiones y el Desgaste Profesional por hospital.**

Dimensiones del Desgaste Profesional	HOSPITALES			Media global (n=299)
	ABDALAH	HEODRA	ESPAÑA	
Desgaste Profesional	2,2	1,9	2,1	2,1
Agotamiento Emocional	2,6	2,2	2,4	2,4
Despersonalización	2,1	1,9	2,1	2,0
Falta de Realización Personal	1,9	1,7	1,9	1,8

Los rangos establecidos para el Desgaste Profesional, fueron: *Burnout bajo* en rango  $\geq 1$  &  $< 2$ ; *Burnout moderado* en rango  $\geq 2$  &  $< 3$ ; *Burnout alto* en rango  $\geq 3$ .

Según los rangos establecidos la mayoría de las enfermeras, un 63.9% se encuentran afectadas moderadamente y sólo un 2% altamente afectadas. Respecto a cada ambiente hospitalario, entre las trabajadoras afectadas el mayor porcentaje lo presentan las enfermeras del hospital ABDALAH con un 76% a nivel moderado y dos casos con niveles altos, seguido por el ESPAÑA con un 70.5% a nivel moderado y 3 casos con niveles altos. El hospital HEODRA presenta 52.9% de las enfermeras “No afectadas” por el Síndrome y sólo un caso “Altamente afectado”.

**Tabla 3. Distribución del porcentaje del síndrome Burnout**

Síndrome de Burnout	HOSPITALES (%)			Total % (n=299)
	ABDALAH	HEODRA	ESPAÑA	
NO AFECTADOS	22	52.9	26.3	<b>34.1</b>
AFECTADOS MODERADAMENTE	76	46.2	70.5	<b>63.9</b>
ALTAMENTE AFECTADOS	2	1	3.2	<b>2</b>

En relación a los resultados de las tres Dimensiones del *Burnout*, en *AGOTAMIENTO EMOCIONAL* el mayor porcentaje 78.9% de respuestas presentan nivel moderado y alto, al igual que en la dimensión de *DESPERSONALIZACIÓN* con un 66.9%. Sin embargo en la dimensión *FALTA DE REALIZACIÓN PERSONAL*, el mayor porcentaje 51.8% de respuestas le corresponde a la categoría “No afectado”.

**Tabla 4. Distribución del porcentaje de dimensión del Desgaste Profesional**

DIMENSIONES	DESGASTE PROFESIONAL (%)			TOTAL % (n=299)
	ALTAMENTE AFECTADOS	AFECTADOS	NO AFECTADOS	
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	14	64.2	21	100
DESPERSONALIZACIÓN	2	64.9	33	
FALTA DE REALIZACIÓN PERSONAL	3.67	44.5	51.8	

En la siguiente *Tabla 5* se presenta la distribución de los resultados en porcentajes por cada hospital.

**Tabla 5. Distribución del porcentaje de los AFECTADOS y ALTAMENTE AFECTADOS en cada dimensión del Desgaste por hospitales.**

Dimensiones del Desgaste Profesional	HOSPITALES (%)		
	ABDALAH	HEODRA	ESPAÑA
Agotamiento Emocional	37,7	30,1	32,2
Despersonalización	36,6	29,0	35,0
Falta de Realización Personal	36,1	26,4	37,5

### 1.3. Antecedentes organizacionales y laborales:

Casi todos los valores de las *MEDIAS* de los factores organizacionales propios del ambiente hospitalario son relativamente altos, éstos se presentan en la Tabla 6. Se puede observar que el valor más alto de todas las Medias, es del factor “Contacto con la muerte y el Dolor” (3.17), seguida por Interacción conflictiva (2,76) y Supervisión (2,65).

Tabla 6. Distribución de *MEDIAS* de las respuestas sobre los factores organizacionales por hospital.

Factores organizacionales y laborales	HOSPITALES			Índice global
	ABDALAH	HEODRA	ESPAÑA	
Interacción conflictiva	2.90	2.59	2.80	<b>2,76</b>
Sobrecarga	2.87	2.70	2.80	<b>2,79</b>
Contacto con la muerte y el dolor	3.16	3.17	3.17	<b>3,17</b>
Monotonía de la tarea	2.24	1.94	2.22	<b>2,13</b>
Ambigüedad de Rol	2.28	2.17	2.20	<b>2,22</b>
Falta de cohesión	2.20	2.18	2.25	<b>2,21</b>
Supervisión	2.76	2.54	2.66	<b>2,65</b>

Según las categorías determinadas para estos factores, a partir de las medias, “Afectados” y “No Afectados”, el mayor porcentaje de categoría “Afectado” le corresponde a los factores *SOBRECARGA* con un 62.5%, *CONTACTO CON LA MUERTE Y EL DOLOR* con un 58,2%, *SUPERVISIÓN* con un 56,9% e *INTERACCIÓN CONFLICTIVA* con un 55,5%. En la Tabla 7 se presenta la distribución de porcentajes por cada hospital.

Tabla 7. Distribución del porcentaje de los afectados por los factores organizacionales por hospital.

Antecedentes Organizacionales	HOSPITALES (%)		
	ABDALAH	HEODRA	ESPAÑA
Sobrecarga	38,8	32,6	29,4
Contacto con la muerte y el dolor	32,8	35,6	31,6
Supervisión	41,2	28,2	30,6
Interacción conflictiva	41,0	28,9	30,1
Falta de cohesión	30,7	32,7	36,7
Monotonía de la Tarea	40,7	23,4	35,9
Ambigüedad de Rol	43,1	27,7	29,2

## 5. ASOCIACIÓN DEL DESGASTE PROFESIONAL CON LAS VARIABLES PREDICTORAS (V.I.).

En las Pruebas de *CHI-cuadrado* se han incluido todas las variables de la situación laboral, sexo, edad y educación; no se ha encontrado ninguna asociación estadísticamente significativa con las variables dependientes.

En los Anexos se presentan resultados del análisis de regresión logística del Desgaste Profesional y Factores Organizacionales propios del ambiente hospitalario, los datos estadísticamente significativos se observan en las siguientes asociaciones, (ver Tabla 8):

**Tabla 8. Asociaciones significativas entre el Desgaste Profesional y Factores Organizacionales.**

FACTORES ASOCIADOS	VARIABLES DEPENDIENTES			
	<i>BURNOUT</i>	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACIÓN	FALTA DE REALIZACIÓN PERSONAL
<b>Monotonía de la tarea</b>	OR=3,440 C.95% (1.921–6.159) P<0.05	OR=3,837 I.C.95% (1.878–3.995) P<0.05	OR=2,691 I.C.95% (1.535–4.717) P<0.05	OR=2,410 I.C.95% (1.434–4.052) P<0.05
<b>Falta de cohesión</b>	OR= 2,270 I.C.95% (1.290–3.995) P<0.05	-	OR=2,612 I.C.95% (1.498–4.556) P<0.05	-
<b>Sobrecarga</b>	OR=2.85 I.C.95% (1.514–5.363) P<0.05	-	-	-

Se observa que *MONOTONÍA DE LA TAREA* está presente como factor de riesgo en todas las dimensiones de Desgaste Profesional y del Síndrome y es uno de los factores de mayor riesgo para la aparición del Agotamiento Emocional. La *MONOTONÍA DE LA TAREA* tiene 3,4 veces más riesgo en las enfermeras que presentan síndrome de *Burnout* en diferencia a las que no lo presentan, 3,8 veces más riesgo en *Agotamiento Emocional*, 2,7 veces más riesgo en *Despersonalización* y 2,4 más riesgo en *Falta de Realización Personal*.

Se observa que *FALTA DE COHESIÓN* es uno de los factores de riesgo para la *Despersonalización* con 2,6 veces de probabilidades y 2,3 veces de probabilidades para el síndrome de *Burnout*.

La *SOBRECARGA* es considerada como otro factor de riesgo para la aparición de *Burnout* con 2,85 veces más de probabilidades.

## VI. DISCUSIÓN.

Entre los aspectos epidemiológicos del síndrome de *Burnout* descritos en la literatura no parece existir unanimidad entre los diferentes autores, si bien existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables socio-demográficas, laborales y organizacionales.

Un dato en que suelen coincidir la mayoría de investigaciones es en la ausencia de especiales relaciones entre los factores socio-demográficos y el nivel de *Burnout* en cualquiera de sus dimensiones específicas. Factores como la edad, estado civil, años de profesión, turnos de trabajo y otras variables semejantes no parecen incidir en *Burnout* <sup>(56, 58)</sup>.

El presente estudio tampoco permite hacer una diferencia y asociación de sexo, edad, educación, años de servicio y otras variables de situación laboral en cuanto al Desgaste Profesional por no presentar asociaciones estadísticamente significativas.

Los resultados muestran que más de la mitad de las enfermeras presentan un nivel moderado del Desgaste Profesional. La prevalencia del síndrome de *Burnout* observado en los tres hospitales es baja en comparación con los rangos en que se mueven estudios existentes (2,8,9,28, 30,37,38,44,52,53,54,55 58). Esta diferencia, podría explicarse, por el uso del instrumento y las características de la muestra. Con relación al primero, la mayoría de los estudios emplearon el MBI (*Maslach Burnout Inventory*) como instrumento de medición a diferencia del CDPE utilizado en este estudio. Con relación a lo segundo, gran parte de los estudios, a demás del personal de enfermería, incluyeron a médicos con características más heterogéneas, a diferencia de este estudio la muestra resultó ser más homogénea.

Es importante señalar que, aunque, en su mayoría, las trabajadoras presentan niveles moderados y no altos del Desgaste Profesional (*Burnout*), esto se traduce en factores de riesgo que pueden condicionar en el futuro la aparición del síndrome. Es por eso, los valores de los casos encontrados, junto al porcentaje de participantes que se consideran de riesgo, hacen



suponer un deterioro importante en las trabajadoras de enfermería de los ambientes hospitalarios estudiados.

Otra consideración importante sobre este dato es tener en cuenta la contagiosidad del *Burnout*. La pérdida de autoestima profesional y el cuestionamiento de las propias tareas lleva frecuente a la formación de grupos con parecidas características que son en sí mismos un factor de precipitación y aceleramiento de un *Burnout* generalizado en el ambiente laboral. La pérdida de ilusión personal puede llevar fácilmente al cinismo colectivo y a actitudes más o menos claras de sabotaje organizacional en el sentido de declinar las iniciativas de mejora y de cambio, produciéndose una moral grupal de abandono <sup>(47)</sup>.

Este estudio presenta dos datos emergentes que se repiten en la mayoría de estudios; por un lado la presencia del alto porcentaje de las enfermeras en riesgo de *Burnout*, con un 64% con niveles moderados del Síndrome, y, por el otro lado, la satisfacción con su profesión como tal. Ya el estudio realizado por la AAFP con 850 médicos de familia indicaba que aunque el 97% de los médicos se encontraban satisfechos con su trabajo, el 75% de ellos presentaban un nivel alto de estrés <sup>(1)</sup>. Resultados semejantes fueron obtenidos por May y Revicki que encontraron que 97% del personal asistencial estaban satisfechos a pesar de los niveles del estrés presentes <sup>(36)</sup>.

En el comportamiento de las dimensiones del *Burnout*, un alto porcentaje del personal de enfermería se encuentra afectado por el Agotamiento Emocional, datos que coinciden en la mayoría de los estudios encontrados. De igual manera, afectaciones por la Despersonalización están presentes en la mayoría de los participantes. Lo que sugiere que los encuestados probablemente estén usando un mecanismo disfuncional de afrontamiento de estrés, como lo señala Gil-Monte <sup>(17)</sup>. Según este autor, en el síndrome de *Burnout* desde una perspectiva psicosocial se establecen diferencias al considerar el orden secuencial en que aparecen y se desarrollan los síntomas que lo integran (baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización); las diferencias radican en el síntoma que presenta como primera respuesta al estrés laboral percibido, en la secuencia del progreso del síndrome a

través de los diferentes síntomas, y en la explicación de los mecanismos de carácter cognitivo que emplea la persona en el proceso de burnout.

Los principales hallazgos de esta investigación, en cuanto a la relación entre el Desgaste Profesional y factores asociados propios del ambiente hospitalario, se identificaron tres factores de riesgo para desarrollar el Síndrome de *Burnout*, estos son: MONOTONÍA DE LA TAREA, SOBRECARGA y FALTA DE COHESIÓN.

Varios estudios sobre la relación entre *Burnout* y factores organizacionales han mostrado resultados donde la sobrecarga laboral y el escaso apoyo social o falta de cohesión en los profesionales asistenciales tienen elevada correlación con el *Burnout*, de manera que estos factores producirían una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativos como cuantitativos. <sup>(29, 32, 34, 42)</sup>

Uno de los estresores del ámbito organizacional más citado en la literatura ha sido la SOBRECARGA <sup>(47,48)</sup>, al igual que en este estudio la asociación entre este factor y el Síndrome de Burnout es demostrada. Este hecho es relevante para los sistemas organizacionales de los hospitales del estudio. El Burnout no aparece después de uno o dos episodios de sobrecarga, es de carácter insidioso; se genera a lo largo de un proceso que puede resultarle desconocido al mismo sujeto que evoluciona lentamente del entusiasmo a la decepción a través de un continuo, “una lenta erosión del espíritu que lleva al sujeto a experimentar que las motivaciones primeras se han alterado en alejamiento” <sup>(50)</sup>.

En cuanto a la variable organizacional FALTA DE COHESIÓN, se demuestra que los ámbitos hospitalarios estudiados mantienen una cultura de poca socialización y ayuda entre los compañeros, generando rivalidad y celos profesionales, todas aquellas conductas que hacen que el trabajador perciba el ambiente laboral como hostil y asume una actitud de alejamiento y/o no involucramiento.

Aunque no existe unanimidad en los criterios de los factores organizacionales predictores del *Burnout*, llama la atención la presencia del factor MONOTONÍA DE LA TAREA como predictor positivo del *Burnout* con un alto nivel de riesgo, puesto que la mayoría de los estudios enfocados en las variables organizacionales y el desgaste, evidencian con más frecuencia las correlaciones altas con los factores como la sobrecarga, la comunicación pobre, el conflicto y ambigüedad de rol y otros, y las correlaciones en menor grado del factor Monotonía. <sup>(26)</sup>

Este dato podría ser explicado a través de las diferencias culturales y ambientales que marcan los contextos en los cuales se realizaron estos estudios. Es importante tener en cuenta la cultura subjetiva del *Burnout* en diferentes poblaciones. El *Burnout*, además de ser un fenómeno extendido de tipo genérico, es un fenómeno específico que tiene manifestaciones peculiares en las diferentes poblaciones. <sup>(40)</sup>

Al parecer, a nivel cultural la población en estudio, es más propensa a desarrollar el Desgaste Profesional en situaciones laborales con pobre carga cualitativa, o sea, cuando el contenido de trabajo es limitado y monocorde y carece de variación en el estímulo y de demandas a la creatividad o a la solución de problemas, y con escasas oportunidades de interacción social. Parece que las actividades laborales se van haciendo más frecuentes con una automatización y el aburrimiento generando respuestas crónicas en el impacto acumulativo del estrés o en la aparición del Síndrome, <sup>(51)</sup> lo cual cobra un especial interés para las medidas de prevención e intervención particularmente en este grupo laboral.

La presencia de todos estos factores en la organización favorece al cultivo del “virus del desencanto” y a la aparición de los primeros síntomas de hastío, fatiga y desmotivación. El absentismo laboral, en estos casos, suele ser una fórmula, socialmente aceptada, de rechazo ante el trabajo, mediante una pseudoenfermedad en la que subyace un trastorno de tipo funcional. En esta situación, un alto porcentaje de absentismo entre el personal de enfermería en el Hospital Escuela HEODRA, podría interpretarse como un síntoma del estrés ocupacional. El sistema organizacional está llevando a un deterioro la salud de los trabajadores

y está en riesgo de crear un clima social de desvinculación. La idea de que existe una relación evidente entre el tipo de trabajo que realizan los individuos y la posibilidad de disfrutar de una buena salud o de padecer una enfermedad es generalmente aceptada entre los estudiosos del estrés laboral.

## VII. CONCLUSIONES.

Como conclusión al estudio se considera que la prevalencia del Desgaste Profesional (*Burnout*) en las enfermeras del estudio es del 2%. Desde consideraciones psicométricas, en estos casos se podría hablar de casos clínicos. Pero, esta conclusión está vinculada a la necesidad de realizar una entrevista clínica para confirmar el diagnóstico, así como analizar la intensidad de las consecuencias del *Burnout* en estos sujetos, y el grado de incapacidad que presentan para el ejercicio de su actividad laboral.

Un alto porcentaje de las enfermeras han desarrollado un *Burnout* moderado que coloca a estas trabajadoras entre una población en riesgo y/o alta vulnerabilidad, que podría con seguridad condicionar la aparición del Síndrome y acelerar un *Burnout* generalizado en el ambiente laboral estudiado.

En el comportamiento de las dimensiones de *Burnout*, un alto porcentaje del personal de enfermería se encuentra afectado por el Agotamiento Emocional y la Despersonalización. Lo que sugiere que los encuestados probablemente estén usando un mecanismo disfuncional de afrontamiento de estrés

Los factores de riesgo encontrados para desarrollar el Síndrome de *Burnout* propios del ambiente hospitalario son: MONOTONÍA DE LA TAREA, SOBRECARGA y FALTA DE COHESIÓN, donde la monotonía de la tarea actúa como un generador de mayor riesgo. Al parecer, la particularidad cultural de la población en estudio es desarrollar el desgaste profesional bajo actividades laborales monocordes y sin demandas a la creatividad o a la solución de problemas.

### *Limitaciones del estudio y futuras investigaciones*

La primera limitación es el uso del Instrumento que fue validado en un contexto culturalmente diferente, aunque en el mismo idioma. Se hace cada vez más evidente que la validación de los instrumentos que se utilizan con el propósito investigativo o diagnóstico, en contextos culturalmente diferentes del origen del instrumento, es un paso obligatoriamente previo antes de utilizarlos.

Otra limitación, es el diseño transversal, lo que impide las conclusiones en términos causales. Las futuras investigaciones deberían examinar la relación de las variables socio-demográficas y profesionales, las variables de estrés de rol, y las variables de competencia emocional a nivel longitudinal para poder establecer relaciones causales.

Para futuras investigaciones es importante profundizar el estudio teórico del constructo *Burnout* sobretodo en nuestro medio por las características psicológicas propias de los profesionales nicaragüenses.

A pesar de los numerosos estudios realizados sobre el *Burnout* en personal sanitario, sería conveniente un esfuerzo investigador acerca de las estrategias válidas de prevención que tratarían de disminuir la incidencia y prevalencia del síndrome.

## VIII. RECOMENDACIONES.

No debemos olvidar que, en definitiva, la “columna vertebral” de los hospitales y centros de salud reside en el personal de enfermería, que es quien tiene un trato más duradero y frecuente con los pacientes. Si las políticas sanitarias no mejoran la situación de este colectivo, cada vez habrá menos enfermeras/os.

Se han planteado diferentes estrategias para la reducción de los efectos y prevención del Síndrome Burnout, producto de factores personales y ambientales laborales, algunas de ellas serían las siguientes basadas en los hallazgos de esta investigación:

### 1. Desde cada ambiente hospitalario

- es necesario *identificar los casos y ofertar terapias*. Para desarrollar diferentes tipos de intervención es preciso detectar la fase evolutiva del Desgaste. Por ello se plantea la necesidad de aplicar el cuestionario Burnout a los profesionales por lo menos una vez al año en el control pre-vacacional con el fin de detectarlo y buscar las causas del mismo; es infrecuente que el profesional acuda a pedir ayuda en forma voluntaria debido a prejuicios o porque no tiene conciencia del Burnout que está padeciendo.
- proporcionar un estilo de vida sano: dieta, ejercicio y descanso crear espacios saludables para interacción y convivencia del personal de enfermería, tales como un gimnasio gratuito dentro de las instalaciones del hospital, comedor con una dieta balanceada.
- optimizar la eficiencia del personal disminuyendo el tiempo dedicado a tareas inespecíficas para solucionar de forma “ergonómica” la carga de trabajo, falta de tiempo y escasez de personal.
- establecer rotaciones regulares entre los trabajadores;

2. Desde los Ministerios de Salud es necesario:

- crear estrategias y políticas del estímulo y/o reconocimiento profesional de las enfermeras;
- obligatoriedad de un equipo de salud mental, que dé apoyo y asesoramiento psicológico al personal con carácter gratuito;
- Los cursos de formación y perfeccionamiento deberían realizarse dentro del horario laboral, para lograr una mejor conciliación entre la vida laboral y familiar.

3. A nivel personal, es muy importante:

- Desarrollar un estilo cognitivo adecuado, propiciando en la/el enfermera/o expectativas de auto-eficacia y estilo de afrontamiento adecuado;
- Proporcionar apoyo social que permita afrontar las exigencias laborales (un buen amigo es un tesoro);
- Aumentar la resistencia individual al estrés mediante cursos de formación, ofrecidos por la propia institución con carácter gratuito.

## X. REFERENCIAS.

1. AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS (1979). *Lifestyle Personal health care en different occupations*. Kansas City, Mo.
2. Avalos, F., Jiménez, I., y Molina, J. M. (2005) Burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 15, 275-282.
3. Barnett, R., Brennan, R. T. y Garies, K. (1999). A closer look at the measurement of burnout. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 4, 65-78.
4. Burdorf, A. & Sorock, G. (1997). Positive and negative evidence of risk factors disorders. *Scand J Work Environ Health*, 23, 243-56.
5. Burke, R.J, Shearer, J., Deszca, J. (1984). Burnout among men and women in police work: An examination of the Chemiss model. *Journal of Health and Human resources Administration*.7: 168-177.
6. Burke, R.J., Greenglass, E.R. (1993). Work, stress role conflict, social support and psychological burnout among teachers. *Psychological reports*; 73:371-380.
7. Chiriboga, D.A. & Bailey, J. (1986). Stress and Burnout among critical care and medical-surgical nurses: a comparative study. *Critical care Quarterly*, 9, 84-92
8. Del Río, O., Pereagua, M. C., y Vidal, B. (2003) El síndrome de burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. *Enfermería en Cardiología*, 29, 24-29.
9. De Witte, K., Moors, K., Symons, C., Van der Meeren, E., y Evers, G. (2001) Professionalisation: a remedy for burnout in nursing, *Acta Hospitalia*, 41, 5-17.
10. Easterburg, M.C., Williamson, M., Gorsuch, R. & Ridley C. (1994). Social support, personality, and burnout in nurses. *Journal Applied Social Physiology*, 24, 1233-1250.
11. Engels, J.A., Gulden, J.W., Senden, T.F. & Hof, B. (1996). Work related risk factors for musculoskeletal complaints in the nursing profession: results of questionnaire survey. *Occup Environ Med* 53, 636-41.
12. Fimian, M.J. (1984). Organizational variables related to stress and burnout in community based programs. *Education and training of the mentally retarded*; 19:201-209.



13. Garcés, E., García, C. y Martínez, F. (1995). Factorización de un cuestionario de burnout en una muestra de deportistas. *Psicologemas*, 17, 93-107
14. García, M. (1995). Evaluación del burnout: estudio de la fiabilidad, estructura empírica y validez de la escala EPB. *Ansiedad y Estrés*, 2-3, 219-229.
15. Gillespie, D. F. y Numerof, R. E. (1984). *The Gillespie-Numerof Burnout Inventory: Technical manual*. St. Louis: Washington University
16. Gillespie, M., y Melby, V. A. (2003) Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 842-851.
17. Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1997). Desgaste Psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse. Madrid: *Síntesis*.
18. Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. (1998). A study on significant sources of the “burnout syndrome” in workers at occupational centers for the mentally disabled.
19. Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el M.B.I.-HSS en España. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2, 135-149.
20. Gil-Monte, P. R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Publica de México*, 1, 33-40.
21. Gil-Monte, P.R. (2003) ¿Se quema la sanidad española? Revista Española de Economía de la Salud, 2, 139-140. Disponible el 6 de diciembre de 2007 en: <http://www.economiadelasalud.com/Ediciones/07/07pdf/07EnPortadaBurnOut.pdf>
22. Gil-Monte, P. R. (2005) El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide
23. Grajam, J. (1987). Stress in psychiatric nursing. En: Rayan, R, Firth-Cozens, L, edc. *Stress in health professionals*. Chichester, UK: Wiley. p. 189-210.
24. Guppy A, Gutterige T. (1991). Job satisfaction and occupational stress in UK general hospital nursing staff. *Work and Stress*. 5:315-323.
25. Hillhouse JJ, Adler CM. (1997). Investigation stress effect patterns in hospital staff nurses: Results o cluster analysis *Social Science and Medicine*. 45:1781-1788

26. Hinsaw AS, Atwood JR. (1984). Nursing staff turnover, stress and satisfaction: Model, measuris, and management. *Annual Review of Nursing Pesearch*;1:133-153
27. Hipwell, AE, Tyler, PA, Wilson CM. (1989). Sources and dissatisfaction among nursing in four hospital environments. *British Journal of Medical Psychology*. 62:71-79
28. Imai, H., Nakao, H., Tsuchiya, M., Kuroda, Y., y Katoh, T. (2004) Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 764-768
29. Jackson SE, Schwab RI, Schuler RS. (1986). Toward on understanding of the Burnout phenomenon. *J applied Pscychol*. 4:630-640
30. Latino, G. Síndrome de Burnout en Personal Asistencial del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez. 2008. UNAN-Managua.
31. Manzano, G. (1998) Estrés en personal de enfermería. Tesis doctoral. Bilbao: Universidad de Deusto
32. Maslach C. (1978) Job Burnout: How people cope: *Public Welfare*;36:56:58
33. Maslach, C. (1982). Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. En: Paine WS ed. *Job stress and burnout*. Beverly Hills, California: Sage, p 29-40.
34. Maslach, C. & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavio*, 2, 99 -113
35. Maslach, C. & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto California: Consulting Psychology Press
36. May, H.J., Revicki, D.A. (1985). Professional stress among family physician. *Journal Family Pract*. 20, 165 – 171.
37. Mebenzehl, M., Lukesch, H., Klein, H., Klein, H., Hajak, G., Schreiber, W., y Putzhammer, A. (2007) Burnout in mental health professionals in psychiatric hospitals. *Psychiatrische Praxis*, supplement, 34, 151-167
38. Morazán Pereira, D.I., Aragón Paredes, M.B. Pérez Montiel, R. (2007). “Síndrome de Burnout en médicos y personal de enfermería del hospital Escuela “Oscar Danilo

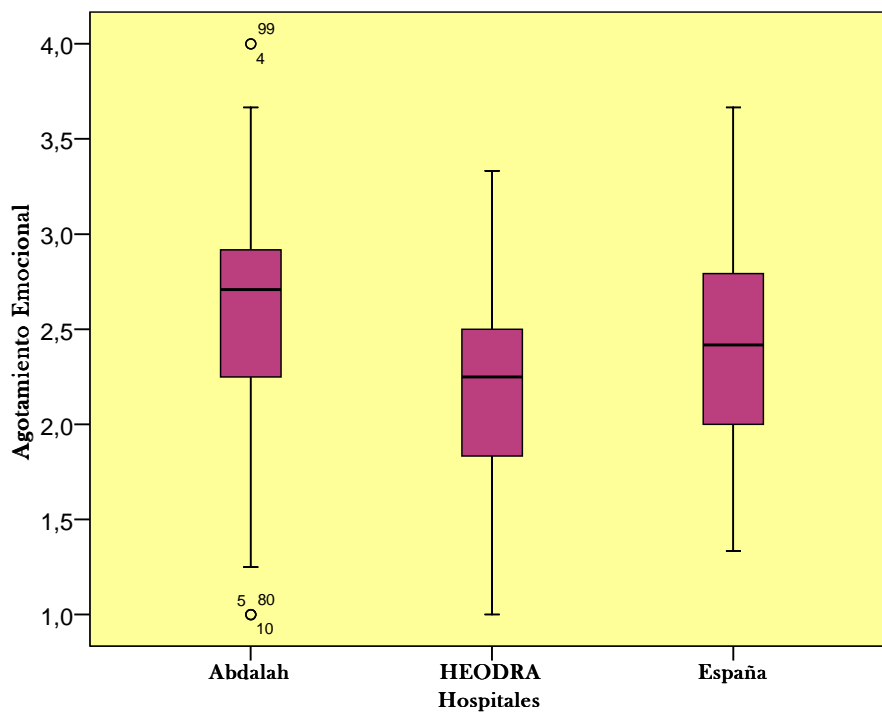
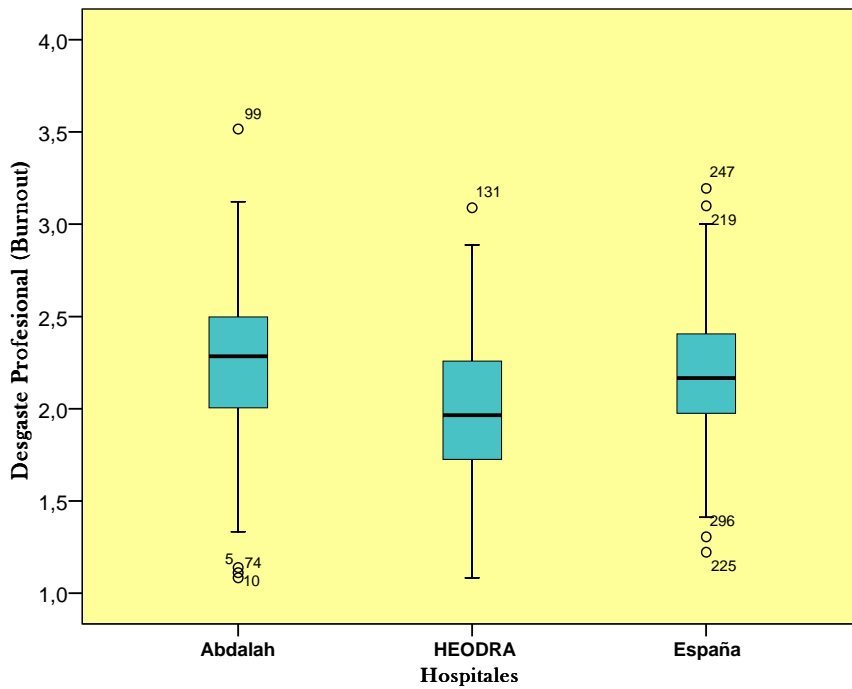
- Rosales Arguello”, León, 2007”. *Universistas. Revista Científica Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN – León*, Noviembre, 2008. 2, 33-38.
39. Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E. y González, J.L. (2000). El desgaste Profesional en enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivos Prevención de Riesgos Laborales*, 3,1, 18-28.
40. Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., Rodríguez-Carvajal, R. y Morante, M.E. (2003). El Desgaste Profesional o Burnout en los profesionales de Oncología. *Boletín de psicología*, 79, 7-20. ISSN 0212-8179.
41. Moreno-Jiménez B, González JL, Garroza E. (*en prensa*). Desgaste Profesional (Burnout), personalidad y salud percibida. En J. Buendía, ed *Estrés, trabajo y salud*. Madrid, Biblioteca Nueva
42. Moreno-Jiménez, B., Oliver, C. y Aragonese A. (2000). El “Burnout” una forma específica de estrés laboral. En Buela-Casal, G. y Caballo, V.E. “*Manual de Psicología Clínica Aplicada*” pp.271-284. Madrid: Siglo XXI.
43. Moreno-Jiménez, B, Rodríguez, R. y Escobar, E. (2001). La evaluación del burnout profesional. Factorialización del M.B.I.-GS. Un análisis preliminar. *Ansiedad y Estrés*, 1, 69-77.
44. Narváz Aguilar, D., Cárcamo Picado, L. (2007). “*Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del hospital Escuela “Oscar Danilo Rosales Arguello”*”. UNAN – León.
45. Ogun ED. (1992). Burnout and coping strategies: a comparative study of ward nurses. *Journal of Social Behaviour and Personality*. 7:111-124.
46. Orpen C. (1990).The effect of work stress on employee physical and psychological wellbeing: A study of Australian nurses. *Psychology, a Journal of Human Behaviour*. 27:48-51
47. Peiró, J. M. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Eudema
48. Peiró, J. M. (2004) El sistema de trabajo y sus implicaciones para la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo. *Universitas Psychologica*, 3, 179-186.
49. Peiró, J.M. y Salvador, A. (1993). *Control del estrés laboral*. Madrid. Eudema
50. Pines, A. M., Aronson, E. y Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to the personal growth*. Nueva York: Free Press

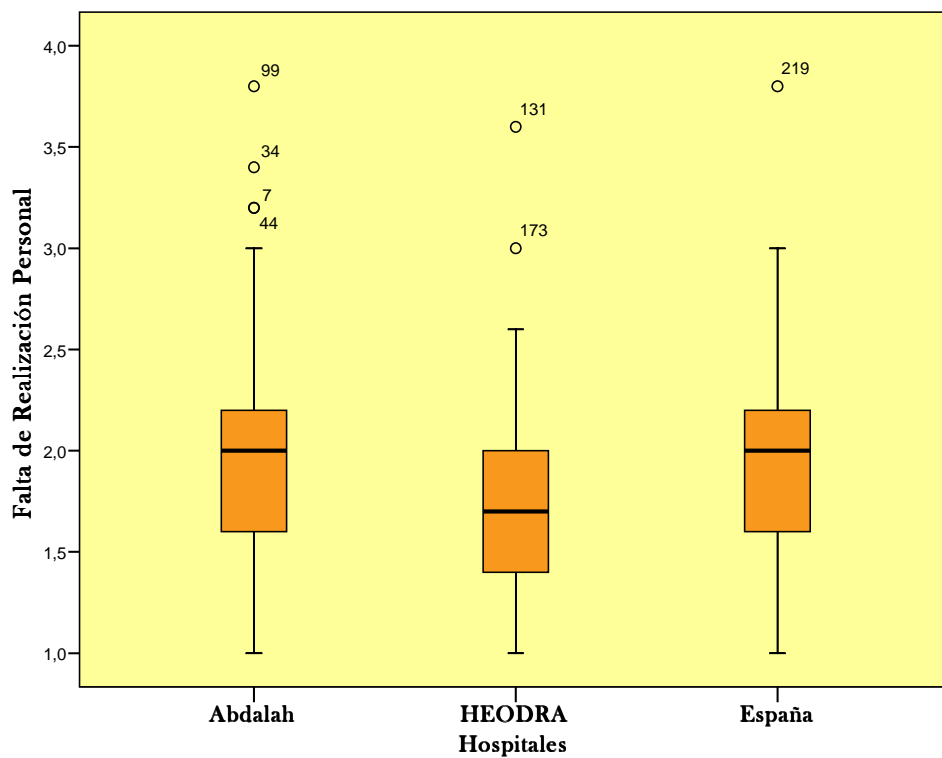
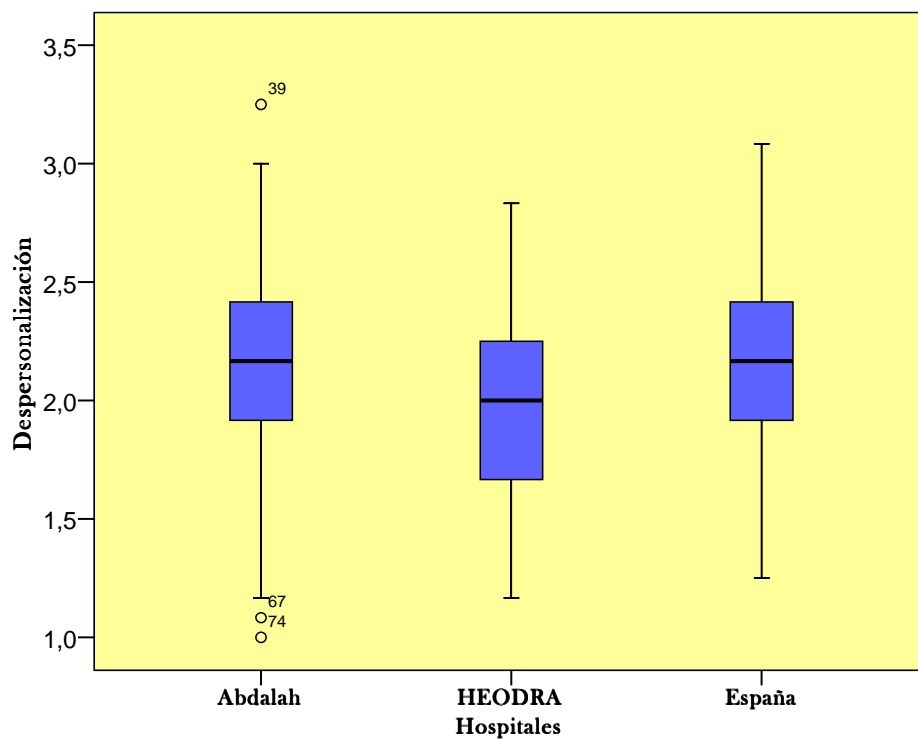
51. Pines, A., Aronson, E. y Kafry, I. (1991). *Burnout*. Nueva York, Free Press.
52. Puialto, M. J., Antolín, R., y Moure, L. (2006) Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de factores relacionados en las enfermeras del CHUVI (Complejo Hospitalario Universitario de Vigo). *Revista Electrónica Semestral de Enfermería*, 8. Disponible el 6 de diciembre de 2007 en:  
<http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/issue/view/63/showToc>
53. Quattrin, R., Zanini, A., Nascig, E., Annunziata, M., Calligaris, L., y Brusafarro, S. (2006) *Oncology Nursing Forum*, 33, 815-825.
54. Reig, A., Solano, C., Vizcaya, F., y Vidal, P. (2002) Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enfermería Intensiva*, 13, 9-16.
55. Ríos Araceli, Morales Karla, Prevalencia de Síndrome de Burnout y las características que presentan en el personal médico afectado de los Hospitales Alemán Nicaragüense, Antonio Lenin Fonseca, Bertha Calderón Roque, en el 1er trimestre del 2007.
56. Servelleng, G.V., Leake, B. (1993). Burn-out in Hospital nurses: a comparison of acquired immunodeficiency syndrome, oncology, general medical and intensive care unit nurses examples. *Journal of Professional Nurses*.9, 169 – 177.
57. Van Wijk C. (1997). Factors influencing Burnout and job stress among military nurses. *Military Medicine*. 162:707-710.
58. Wu, S., Zhu, W., Wang, Z., Wang, M., y Lan, Y. (2007) Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. *Journal Advance Nursing*, 59, 233-239

# Anexos

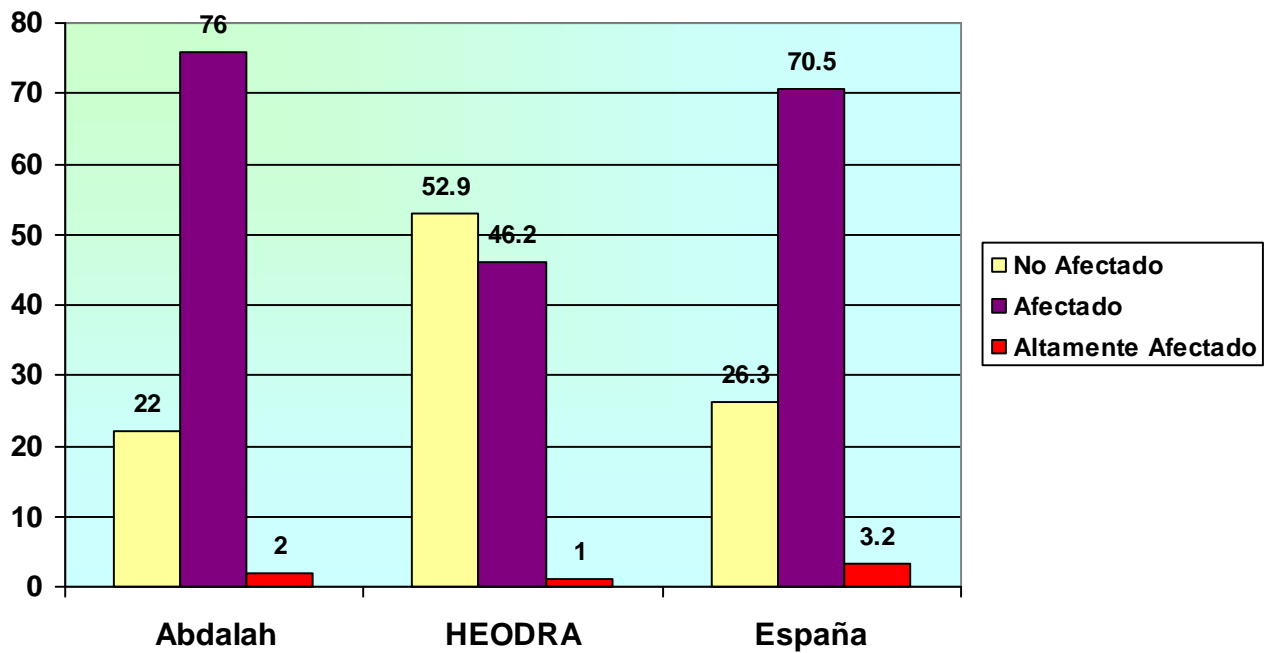
**MEDIAS DE LOS RESULTADOS DEL CUESTIONARIO.**

**DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT)**

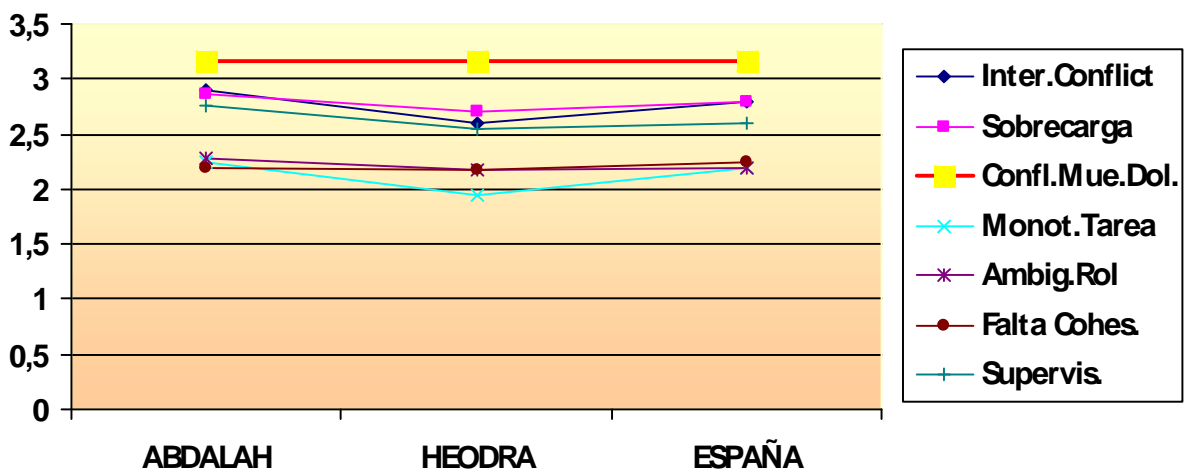




**Distribución del Porcentaje del Desgaste Profesional (Burnout)**  
n=299



**ANTECEDENTES ORGANIZACIONALES Y LABORALES**





## MODELOS EXPLICATIVOS

### I. Antecedentes Organizacionales y DESGASTE PROFESIONAL (*Burnout*)

#### Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1								
r_interac_conflict	-.021	.321	.004	1	.948	.979	.522	1.838
r_sobrecarga	1.100	.330	11.105	1	.001	3.005	1.573	5.740
r_Contacto_Muerte_Dolor	-.059	.305	.037	1	.848	.943	.518	1.716
r_AMBIGUEDAD_ROLL	.382	.303	1.595	1	.207	1.466	.810	2.653
r_Monotonia_Tarea	1.080	.306	12.466	1	.000	2.946	1.617	5.367
r_FALTA_COHESION	.916	.298	9.468	1	.002	2.499	1.395	4.480
r_SUPERVISION	.420	.313	1.799	1	.180	1.522	.824	2.811
r_edad	.082	.296	.077	1	.781	1.086	.608	1.939
Hospital			12.697	2	.002			
Hospital(1)	-1.132	.366	9.577	1	.002	.323	.158	.660
Hospital(2)	-.125	.383	.107	1	.744	.882	.417	1.868
Constant	-.753	.439	2.949	1	.086	.471		

a. Variable(s) entered on step 1: r\_interac\_conflict, r\_sobrecarga, r\_Contacto\_Muerte\_Dolor, r\_AMBIGUEDAD\_ROLL, r\_Monotonia\_Tarea, r\_FALTA\_COHESION, r\_SUPERVISION, r\_edad, Hospital.

### II. Antecedentes Organizacionales y AGOTAMIENTO EMOCIONAL

#### Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1								
r_interac_conflict	.423	.366	1.339	1	.247	1.527	.745	3.129
r_sobrecarga	1.004	.359	7.811	1	.005	2.730	1.350	5.523
r_Contacto_Muerte_Dolor	-.226	.349	.421	1	.516	.797	.402	1.580
r_AMBIGUEDAD_ROLL	.136	.351	.150	1	.698	1.146	.576	2.280
r_Monotonia_Tarea	1.256	.371	11.425	1	.001	3.510	1.695	7.270
r_FALTA_COHESION	.606	.343	3.118	1	.077	1.833	.936	3.591
r_SUPERVISION	.885	.361	6.025	1	.014	2.424	1.195	4.914
r_edad	-.528	.337	2.454	1	.117	.590	.304	1.142
Hospital			3.857	2	.145			
Hospital(1)	-.845	.431	3.842	1	.050	.429	.184	1.000
Hospital(2)	-.547	.465	1.386	1	.239	.579	.233	1.439
Constant	.340	.492	.479	1	.489	1.405		

a. Variable(s) entered on step 1: r\_interac\_conflict, r\_sobrecarga, r\_Contacto\_Muerte\_Dolor, r\_AMBIGUEDAD\_ROLL, r\_Monotonia\_Tarea, r\_FALTA\_COHESION, r\_SUPERVISION, r\_edad, Hospital.

### III. Antecedentes Organizacionales y DESPERSONALIZACIÓN

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1								
r_interac_conflict	-.051	.307	.027	1	.869	.951	.521	1.736
r_sobrecarga	.291	.318	.836	1	.361	1.338	.717	2.498
r_Contacto_Muerte_Dolor	-.876	.300	8.533	1	.003	.416	.231	.750
r_AMBIGUEDAD_ROLL	.144	.287	.252	1	.616	1.155	.658	2.028
r_Monotonia_Tarea	.901	.288	9.769	1	.002	2.463	1.399	4.333
r_FALTA_COHESION	1.005	.285	12.464	1	.000	2.732	1.564	4.774
r_SUPERVISION	.412	.303	1.848	1	.174	1.510	.833	2.737
r_edad	-.386	.280	1.904	1	.168	.680	.393	1.176
Hospital			2.708	2	.258			
Hospital(1)	-.396	.338	1.372	1	.242	.673	.347	1.306
Hospital(2)	.122	.355	.118	1	.731	1.130	.563	2.267
Constant	.273	.414	.435	1	.509	1.314		

a. Variable(s) entered on step 1: r\_interac\_conflict, r\_sobrecarga, r\_Contacto\_Muerte\_Dolor, r\_AMBIGUEDAD\_ROLL, r\_Monotonia\_Tarea, r\_FALTA\_COHESION, r\_SUPERVISION, r\_edad, Hospital.

### IV. Antecedentes Organizacionales y FALTA DE REALIZACION PERSONAL

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1								
r_interac_conflict	.018	.296	.004	1	.952	1.018	.570	1.819
r_sobrecarga	.745	.312	5.715	1	.017	2.107	1.144	3.882
r_Contacto_Muerte_Dolor	-.635	.278	5.233	1	.022	.530	.308	.913
r_AMBIGUEDAD_ROLL	.284	.267	1.130	1	.288	1.329	.787	2.244
r_Monotonia_Tarea	.825	.267	9.545	1	.002	2.282	1.352	3.852
r_FALTA_COHESION	.634	.263	5.827	1	.016	1.885	1.127	3.155
r_SUPERVISION	.579	.290	3.983	1	.046	1.784	1.010	3.148
r_edad	.384	.265	2.100	1	.147	1.469	.873	2.470
Hospital			4.623	2	.099			
Hospital(1)	-.247	.333	.550	1	.458	.781	.406	1.501
Hospital(2)	.436	.326	1.786	1	.181	1.546	.816	2.929
Constant	-1.626	.424	14.672	1	.000	.197		

a. Variable(s) entered on step 1: r\_interac\_conflict, r\_sobrecarga, r\_Contacto\_Muerte\_Dolor, r\_AMBIGUEDAD\_ROLL, r\_Monotor Tarea, r\_FALTA\_COHESION, r\_SUPERVISION, r\_edad, Hospital.