

---

**INVESTIGACION EN ESTRÉS Y SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT) EN PROFESIONALES DE LA SALUD.**

---

Silvana D' Anello K.

---

**EL ESTRÉS**

Hans Selye (1975) se refiere al estrés como la respuesta no específica del organismo ante el planteamiento de cualquier demanda. La Organización Mundial de la Salud lo define como el “conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción”. El concepto implica que existe una interacción individuo-ambiente en el proceso del estrés. En la medida que los estudios sobre el fenómeno han avanzado, la complejidad en su definición también ha ido en crecimiento. Por ejemplo, es necesario distinguir entre el estrés positivo y el negativo. Cuando la respuesta se realiza en armonía, respetando los parámetros fisiológicos y psicológicos del individuo, y es adecuada en relación con la demanda, se habla de “eustres”. Por el contrario, cuando la respuesta resulta insuficiente o exagerada en relación con las demandas, ya sea en el plano fisiológico o psicológico, se produce el “distrés” (Slipack, 1996). No obstante, en la mayor parte de la literatura especializada se hace referencia al estrés en su aserción negativa.

El enfoque psicosocial propone diferentes definiciones que pueden ubicarse en tres grandes categorías: (a) definiciones basadas en estímulos, que se enfocan hacia los elementos o estímulos desencadenantes de disrupción del funcionamiento. A estos estímulos se les denomina estresores y son percibidos como amenazantes o dañinos y productores de tensión. Estas definiciones han sido criticadas bajo la premisa de que las personas responden diferencialmente a la misma situación potencialmente estresante; (b) definiciones basadas en procesos intervinientes enfatizan algún tipo de proceso que ocurre entre la situación estímulo y la respuesta potencial a la situación. Se asume que el estrés está determinado por la apreciación o evaluación cognitiva que hace la persona de la relación entre exigencias exteriores, demandas personales y su capacidad para manejar, mitigar o alterara esas demandas en beneficio de su bienestar; y (c) definiciones basadas en la respuesta que se centran en el estado o condición de estar perturbado. Esta aproximación considera el resultado de aspectos objetivos del estresor, diferencias individuales y posibles procesos intervinientes. El énfasis es puesto en la respuesta al estresor.

Morales (1996) asume la noción de estrés como un proceso de construcción emocional, cognitivo y fisiológico que hace la persona ante un evento incierto que desea o tiene que enfrentar, y requiere un estado de preparación y alerta, que puede ser desbordante y abrumador de gran parte de sus recursos como persona. Esta definición se acerca a la propuesta por Sarafino (1997) quien señala que el estrés “es la condición que resulta cuando las transacciones persona-ambiente llevan al individuo a percibir una discrepancia entre las demandas de la situación y los recursos de sus sistemas biológico, psicológico y social” (p. 70). Resumiendo, el estrés es un fenómeno bio-psico-social que altera el funcionamiento del individuo y que produce un desbordamiento de sus capacidades de adaptación.

**ESTRÉS OCUPACIONAL Y SU EXPRESIÓN EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD**

El estrés ocupacional o laboral se conceptualiza como el conjunto de fenómenos que se suceden en el organismo del trabajador con participación de agentes estresantes lesivos derivados directamente del trabajo o que, con motivo de este, pueden afectar la salud del trabajador (Ortega, 1999). Tanto en los países en desarrollo como en los industrializados el medio ambiente de trabajo, en conjunto con el estilo de vida, provocan la acción de factores psicológicos y sociales negativos. Por ello la importancia de su estudio desde el punto de vista profesional ha ido aumentando. Estos estudios incluyen tanto los aspectos fisiológicos y psicológicos, así como los efectos de los modos de producción y las relaciones laborales. Las actuales tendencias en la promoción de la seguridad e higiene en el trabajo consideran no

solamente los riesgos físicos, químicos y biológicos de los ambientes laborales, sino también los múltiples y diversos factores psicosociales inherentes a la empresa y la manera como influyen en el bienestar físico y mental del trabajador.

El estrés en el trabajo se ha convertido en una característica común de la vida moderna. Los resultados de una encuesta aplicada a 28.000 trabajadores de 215 organizaciones en los estados Unidos reveló una poderosa asociación del estrés ocupacional con deficiente ejecución en el trabajo y problemas de salud agudos y crónicos en los empleados (Williams y Cooper, 1998).

Casi todas las personas, en algún momento, experimentan estrés que se relaciona con sus ocupaciones. Frecuentemente estas situaciones estresantes son menores, de corta duración y escaso impacto sobre la persona. Para muchos otros, el estrés es continuo y por periodos largos de tiempo. En la literatura se han resaltado algunos factores que hacen al trabajo estresante. El estudio de los factores de estrés en las diversas profesiones suele efectuarse atendiendo a factores organizacionales y laborales según diferentes modelos presentados (Moreno y Peñacoba, 1999). Dentro del ámbito organizacional, los estresores más citados en la literatura han sido:

*El conflicto de roles*, entendido como la coexistencia de exigencias opuestas y de difícil conciliación, que se pueden pedir en la realización del trabajo. Este tipo de estresor se expresa en el área de salud de diferentes maneras. Socialmente se exige al médico la máxima competencia en el ejercicio de sus funciones, pero las necesidades urgentes de los pacientes, la competencia profesional, el cumplimiento de las responsabilidades civiles y sociales y la disponibilidad de la familia del enfermo, tienden a generar situaciones conflictivas. Otras veces las prioridades del equipo de salud no coinciden, especialmente entre enfermeras y médicos.

*La ambigüedad de rol*, entendida como la incertidumbre generada por la tarea y/o los métodos de ejecutarla. A veces no se sabe si se están cumpliendo las exigencias requeridas o si se podrá responder a las expectativas. En la práctica médica, suele manifestarse en la incertidumbre proporcionada por los diagnósticos y la toma de decisiones. O en situaciones de emergencia cuando la incertidumbre es mayor, así como en el solapamiento entre los roles de enfermería y médico.

*La sobrecarga de trabajo*, referida al exceso de trabajo y la incapacidad de cumplir las tareas en el tiempo propuesto. La falta de tiempo para acometer todas las tareas exigidas al personal médico es una de las causas más señaladas en la literatura especializada. *Las relaciones interpersonales*, dadas por las relaciones sociales y de interacción que se desarrollan entre los miembros del equipo de trabajo. En el ambiente de salud se ha encontrado que en ocasiones la interacción con pacientes, familiares y con los mismos miembros del personal constituye una fuente de estrés para el personal médico.

Otras fuentes de estrés reportadas en los servicios de salud son la infrautilización de las habilidades, la presión económica, la preocupación y el miedo a la mala práctica, la interferencia laboral con la vida familiar y las prácticas administrativas (Moreno y Peñacoba, 1999). De acuerdo a información epidemiológica, el estrés en los profesionales de salud es mayor que en otro tipo de ocupaciones (Moreno y Peñacoba, 1999). Igualmente, estudios comparativos han revelado que los niveles de estrés son superiores en el personal de enfermería que en el médico (Wolfgang, 1988).

Pareciera que además de los factores extrínsecos en el trabajo también hay variables de tipo personal muy asociadas al estrés en el personal médico. La "cultura médica" se caracteriza por una tendencia al perfeccionismo, alta necesidad de control y eficacia y altas expectativas de éxito. Estas expectativas son reforzadas socialmente y la presión sobre el médico aumenta. Los estudios relacionados con el estrés en los profesionales de salud han revelado que sus consecuencias se revierten en un desempeño profesional inadecuado en relación con las personas que reciben sus cuidados. Por ejemplo, Richardsen y Burke (1991) en un amplio estudio con médicos canadienses encontraron que el estrés elevado se relacionaba con menos satisfacción en la práctica médica y con actitudes negativas hacia el cuidado de la salud de los pacientes.

### **SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (SDP) O BURNOUT.**

En el marco de los estudios sobre estrés ocupacional ha surgido en las dos últimas décadas un profundo interés por la investigación del Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) o Síndrome del *Burnout*. En un principio se pensó que dicho síndrome era sólo característico de profesionales en el campo de servicios humanos, tales como personal de salud, trabajadores sociales y profesores (Maslach y Jackson, 1982). Estudios posteriores han revelado que cualquier tipo de trabajador puede ser susceptible a padecerlo (Demerouti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli, 2001).

Este síndrome, concebido como un trastorno adaptativo ante el estrés crónico, ha sido caracterizado por (a) marcado *Agotamiento Emocional (AE)* representado por tedio, disminución de energía y sentimientos de no poder dar más a nivel afectivo; (b) *Despersonalización (DP)* o mecanismo de defensa ante el aumento de sentimientos de impotencia, expresado por pérdida de empatía humana y cinismo ante las personas objeto del trabajo; y (c) abandono de la *Realización Personal (RP)* entendida como una desvalorización profesional manifiesta en el cuestionamiento de las tareas y de las propias capacidades (Maslach y Jackson 1986; Capilla 2001). El SDP suele ser caracterizado como un estado de decaimiento físico, emocional y mental evidenciado por cansancio, sentimientos de desamparo, desesperanza, vacío emocional y actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y la gente, además de baja autoestima, sentimientos de inferioridad, ineficacia e incompetencia (ver Cordes y Dougherty, 1993).

La mayoría de los autores plantean que el período desadaptativo puede originarse por exceso en el grado de exigencias y acompañarse de escasez en los recursos de afrontamiento (Báez 2001; Capilla 2001). En este mismo orden de ideas se refiere que el SDP resulta de una discrepancia entre los ideales individuales y la realidad de la vida ocupacional diaria. Llega a ser el resultado final de un proceso de atribución en el cual individuos altamente motivados y comprometidos pierden su espíritu (Pines, 1993).

Existen situaciones en las cuales se hace difícil diferenciar el estrés del SDP. De acuerdo con Moreno y Peñacoba (1999) existen algunas diferencias de orden cualitativo, de modo que el estrés puede desaparecer después de un periodo de descanso, mientras que el SDP no. Un trabajo puede resultar excesivo y demandante y producir estrés pero ello no conlleva necesariamente al SDP. Igualmente, el trabajo puede ser monótono y desmotivante y conducir al SDP. Sugieren los autores que, desde esta perspectiva "el burnout no es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue al abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto. El burnout es una variable del estrés específicamente relacionada con la pérdida de elementos cognitivos que valoran un trabajo; aparece cuando se pierde el contexto de justificación de un esfuerzo o de una tarea, más que por el resultado de una carga pesada, monótona o excesiva" (p. 746). Otra diferencia importante radica en que el SDP no aparece abruptamente, sino que es un proceso que hasta puede, en sus etapas iniciales, pasar desapercibido para la misma persona.

El SDP ha sido ampliamente estudiado en las profesiones sanitarias. Las enfermeras se consideran particularmente susceptibles al SDP. De acuerdo a estudios epidemiológicos europeos, el síndrome afecta aproximadamente un 25% de todas las enfermeras. Así mismo, se ha mostrado una asociación positiva con la cantidad de tiempo que las enfermeras pasan con sus pacientes, la intensidad de las demandas emocionales de los pacientes y la atención a pacientes con pobres pronosis. Adicionalmente se ha encontrado que la falta de tiempo para planificar y preparar el trabajo, las interrupciones frecuentes en sus labores y la falta de poder en el proceso de toma de decisiones, son fuertes estresores asociados con la aparición del síndrome (Demerouti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli, 2000).

Entre los médicos se ha estimado que cerca del 40% sufren del SDP con efectos nocivos concomitantes como disminución del rendimiento profesional, somatizaciones y abandono personal (Deckard, Hicks y Hammory, 1992; Hernandez, 2003). Entre los médicos residentes el síndrome ocurre con mayor frecuencia y afecta la atención a los pacientes (Shanafelt, Bradley, Wipf y Back, 2002). En una revisión reciente de las investigaciones realizadas desde 1984 al 2001 con muestras de médicos en USA y Canadá, Chopra, Sotile y Sotile (2004) señalan que de 46 a 80 por ciento de los médicos reportan niveles de cansancio emocional entre alto y moderado; 22 a 93 por ciento de alto a moderado niveles de despersonalización, y 16 a 79 por ciento reportan niveles de falta de realización personal entre bajo y moderado. En lo referente a las consecuencias del síndrome, los datos indican que la primera consecuencia

es la disminución de la satisfacción con el trabajo. También está asociado con disminución de las horas de trabajo, desordenes depresivos, consumo de drogas y alcohol y desatención a los pacientes.

### LA INVESTIGACIÓN

La *primera* investigación fue realizada con la finalidad de profundizar en el estudio del estrés y la satisfacción laboral en una muestra de médicos que laboran en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) de la ciudad de Mérida-Venezuela (D' Anello, Marcano y Guerra, 2003). Las siguientes preguntas guiaron el estudio: ¿Cuáles son las principales fuentes de estrés en los médicos que trabajan en el Hospital Universitario de Los Andes? ¿Existen diferencias en estrés laboral según la especialidad médica? ¿Existen diferencias en las fuentes de estrés entre mujeres y hombres? ¿Cuál es la asociación existente entre estrés ocupacional y satisfacción laboral? ¿Existen diferencias en satisfacción laboral según la especialidad médica?

Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo no-probabilístico por conveniencia. Aunque al principio se había seleccionado una muestra de 150 médicos, solamente hubo voluntad de participación de 73, lo cual representa el 49% de la muestra. De éstos, 38 eran de sexo masculino y 35 del femenino y profesionalmente distribuidos de la siguiente manera: 21 estudiantes del último año de medicina, y 52 médicos de 8 diferentes especialidades: 19 internistas, 5 psiquiatras, 8 radiólogos, 3 neumonólogos, 5 médicos cirujanos, 2 pediatras y 10 cardiólogos. Todos con un promedio de 33 años de edad.

A la muestra se aplicó dos instrumentos: la escala ETRA (Romero García, 1991) para medir estrés en el trabajo y la escala SATRA (Romero García y Salom de Bustamante, 1992) para medir la satisfacción en el trabajo. La ETRA consta de 16 ítems que miden cuatro componentes: Sobrecarga en el trabajo, Relaciones interpersonales, Conflicto de roles e Interferencia en el desempeño de Funciones. La SATRA consta de doce ítems. En ambas escalas los ítems están escritos en formato tipo Lickert de 6 puntos.

Para responder a la primera interrogante referente a las principales fuentes de estrés ocupacional se utilizó el análisis de varianza de una vía. Los resultados reflejaron diferencias significativas  $F(3,73) = 65.6, p < .000$ . Igualmente, las comparaciones de cada par de medias revelaron diferencias estadísticamente significativas ( $p < .05$ ). Así, la interferencia en el desempeño de las funciones resultó ser la principal fuente de estrés, seguida por la sobrecarga en el trabajo, luego los problemas en las relaciones interpersonales y por último el conflicto de roles (tabla 1).

**Tabla 1.** Medias y Desviaciones estándar para cada fuente de estrés

<b>Factores</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>
Interferencia	16.1	4.7
Sobrecarga	13.8	5.1
Relaciones	9.8	5.1
Conflicto	7.3	4.1

La respuesta a la interrogante referida a las diferencias en estrés laboral según la especialidad médica fue respondida comparando las especialidades en cada factor de estrés utilizando el análisis de varianza. Para ello se crearon tres categorías: Estudiantes del último año de medicina (21), Internistas (19) y Especialistas (33). Los resultados indicaron que solamente en el Factor de Interferencias de Funciones existen diferencias significativas  $F(2,70) = 4.20, p < .01$ . Específicamente, el grupo de estudiantes presenta mayor estrés debido a la interferencia de funciones que los internistas ( $p < .03$ ), quienes a su vez presentan puntajes más bajos que los especialistas ( $p < .05$ ) (Tabla 2).

**Tabla 2.** Medias y Desviaciones estándar para el factor Interferencia de funciones

<b>Especialidad</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>
Estudiantes	17.5	3.7
Especialistas	16.9	5.1
Internistas	13.9	5.4

Al explorar las diferencias de género en las fuentes de estrés laboral mediante la prueba “t” de Student se encontró que no existen diferencias significativas entre ambos sexos. Respecto a la cuarta interrogante de la investigación, tal como se esperaba, los datos indicaron una asociación moderada, negativa y significativa entre estrés y satisfacción en el trabajo,  $r = -.38$ . ( $p < .01$ ). Finalmente, se encontraron diferencias en satisfacción laboral según la especialidad médica  $F(2,70) = 5.18 < .008$ . Las comparaciones múltiples indicaron que los estudiantes que laboran en emergencia presentan menor satisfacción en el trabajo que los especialistas y los internistas ( $p < .05$ ) (tabla 3).

**Tabla 3.** Medias y Desviaciones estándar en Satisfacción en el trabajo

<u>Especialidad</u>	<u>M</u>	<u>DE</u>
Estudiantes	58.57	10.8
Especialistas	66.21	4.7
Internistas	63.66	8.9

Los resultados de la presente investigación apoyan parte de los hallazgos reportados en la literatura especializada. En primer lugar, se encontró que el grupo de estudiantes que labora en el área de emergencia presenta mayores índices de estrés, específicamente en el factor Interferencia de Funciones, seguido por el grupo de especialistas y finalmente los internistas. Este hallazgo refleja la vulnerabilidad ante el estrés de los estudiantes ante situaciones de alta demanda (Linn y Zeppa, 1994; Hamberger y Stone, 1983). Las causas pueden ser múltiples; desde la naturaleza de las tareas que deben ejecutar, para las cuales en muchos casos no se sienten competentes, hasta la carencia de recursos y la sobreexigencia de la demanda.

En cuanto a los estresores; se encontró que la interferencia en las funciones es el más impactante, seguido por la sobrecarga en el trabajo, problemas en las relaciones interpersonales y finalmente el conflicto de roles. La interferencia de funciones implica la interrupción de lo que esta haciendo. Es probable que en el medio asistencial, específicamente en el HULA, las demandas impuestas por la multiplicidad de tareas a cumplir no puedan ser desempeñadas en el tiempo previsto y los médicos no cuentan con los recursos personales para establecer control sobre ello. Así mismo, el componente organizativo puede no ser el que garantice una adecuada eficiencia desencadenándose así malestar y estrés en el personal.

En concordancia con la literatura especializada (ver Richardsen y Burke, 1991) se esperaba que las mujeres reportaran mayores niveles de estrés, sin embargo, los datos no arrojaron diferencias significativas entre los sexos. Este es un aspecto que merece mayor investigación con el fin de determinar bajo cuales condiciones las diferencias por sexo pueden emerger.

También se encontró que mientras mayores son los niveles de estrés menor es la satisfacción en el trabajo. Esta asociación era esperable y apoya los hallazgos ofrecidos por investigaciones anteriores (Decker y Borges, 1993; Salom y D’ Anello, 1992; Mantilla y Lameda, 1996). En la medida que los médicos perciben que no cuentan con los recursos personales y ambientales para responder a las demandas de sus funciones y, sienten estrés, en esa medida su descontento con las tareas que ejecutan será mayor. Ya Cooper, Routh y Farragher (1989) habían reportado que la interferencia de funciones y las constantes interrupciones en el trabajo eran estresores altamente predictivos de la insatisfacción laboral en médicos generales.

Finalmente, se encontró que el grupo de estudiantes está más insatisfecho en el trabajo que el grupo de especialistas e internistas. Si son los estudiantes que laboran en la sección de emergencia los que presentan mayor grado de estrés, no es de extrañar que sean los más insatisfechos. Estudios previos ( Revicki, Whitley y Gallery, 1993) han sugerido que uno de los factores que funciona como recurso de control del estrés en médicos residentes es el apoyo social de los compañeros y la clara delimitación de funciones que favorezcan el desempeño eficiente; aspecto éste a ser tomado en consideración como medida preventiva del estrés.

El propósito de la *segunda* investigación fue analizar el Síndrome del Desgaste Profesional (SDP) o “Burnout” en enfermeras del Hospital Universitario de La Universidad de Los Andes (Flores, Pernía, León y D’ Anello, 2002). Para tal fin se escogió una muestra de 105 licenciados en enfermería, con funciones administrativas (12) y asistenciales (94) que se

desempeñan en el área de Emergencia de Adultos, Emergencia Obstétrica, Emergencia Pediátrica, Quirófano, UCI y Servicios de Hospitalización. La edad promedio de los participantes fue de 39 años (93,3% de sexo femenino y 6,7% de sexo masculino). Con respecto al estado civil, el 31,4% eran solteros, 53,3% casados y 15,2% divorciados. El tiempo promedio de servicio era de 14 años, con un tiempo mínimo de 1 año y un tiempo máximo de 47 años. El 41,9% laboraban en el turno matutino (7 am - 1 pm), 32,4% en la tarde (1 pm - 7 pm) y 23,8% trabajan en el turno nocturno (7 pm - 7 am El 1,9% no informó su turno de trabajo.

A la muestra se le aplicó en sus sitios de trabajo, de forma individual y bajo condiciones estándar la escala SDP (D'Anello, 2002) diseñada para medir el Síndrome de Desgaste Profesional. Este instrumento es una adaptación del Maslach Burnout Inventory (MBI), elaborado por Maslach y Jackson (1981) y adaptado a la población española por Moreno, Oliver y Aragonese (1991). La versión venezolana está conformado por 16 reactivos escritos en formato tipo Lickert de cinco puntos, (1= nunca, 2= algunas veces al año, 3= algunas veces al mes, 4= algunas veces a la semana y 5= diariamente). Consta de tres subescalas: Agotamiento Emocional (AE) de 5 ítems; Despersonalización (D) de 4 ítems y Realización Personal (RP) de 7 ítems. La subescala de agotamiento emocional valora la vivencia de estar exhausto a nivel emocional por las demandas del trabajo, la subescala de despersonalización, mide el grado en que pueden reconocerse en uno mismo actitudes de frialdad y distanciamiento relacional y la de realización personal evalúa los sentimientos de autoeficiencia y de desarrollo personal en el trabajo.

A continuación se presentan los resultados más relevantes del estudio. Debido a que las subescalas presentan diferente número de reactivos, las medidas se presentan en puntajes escalares (1 a 5) con el fin de facilitar su lectura. En la Tabla 4 se reportan las estadísticas descriptivas.

**Tabla 4.** Estadísticas descriptivas para las dimensiones del Síndrome de Desgaste Profesional

<b>Dimensiones</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>
Agotamiento emocional	2.16	.73
Despersonalización	1.37	.56
Realización personal	4.50	.59

El Síndrome de Desgaste Profesional se caracteriza por puntajes altos en Agotamiento Emocional y en Despersonalización y puntajes bajos en Realización Personal. Al observar las medias obtenidas por la muestra del estudio se evidencian puntajes bajos en AE y D y alto en RP. Ello indica que en términos generales, el SDP es bajo.

En el estudio se hipotetizó que las enfermeras asistenciales, por la propia naturaleza de sus funciones, presentarían mayor SDP que las enfermeras que laboran en el área administrativa. Como puede observarse en la Tabla 5, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ninguna de las dimensiones del SDP. Sin embargo, se nota en las medidas obtenidas que existe una tendencia en las enfermeras asistenciales a mayores puntajes en AE y D y menores en RP.

**Tabla 5.** Comparación entre enfermeras asistenciales y administrativas en las tres dimensiones del Síndrome de Desgaste Profesional

<b>Sub-escalas</b>	<b>Estratos</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Agotamiento emocional	Asistenciales	2.20	.75	1.60	.11
	Administrativas				
Despersonalización	Asistenciales	1.38	.56	.81	.41
	Administrativas	1.25	.53		
Realización personal	Asistenciales	4.48	.60	-.40	.69
	Administrativas	4.58	.49		

Con el fin de ilustrar mejor la distribución de los puntajes para cada dimensión del SDP se conformaron grupos extremos alto y bajo para cada dimensión. Para ello se tomó como criterio las respectivas medias y desviaciones estándares, es decir, el grupo alto quedo

constituido por aquellos sujetos con puntajes superiores a una desviación estándar sobre la media y el grupo bajo quedó conformado por los sujetos con puntajes por debajo de una desviación estándar de la media. Los datos de la Tabla 6 claramente muestran la tendencia de un mayor número de enfermeras asistenciales a presentar altos puntajes en agotamiento emocional y despersonalización comparados con el grupo de enfermeras administrativas. Igualmente se observa la relación inversa al comparar los grupos bajos.

**Tabla 6.** Comparación entre enfermeras asistenciales y administrativas en grupos extremos en las dimensiones del Síndrome de Desgaste Profesional

Sub-escalas	Estratos	F	%	F	%
Agotamiento emocional	Asistenciales	17	18.3	16	17.2
	Administrativas	1	8.3	4	33.3
Despersonalización	Asistenciales	17	18.3	47	50.5
	Administrativas	1	8.3	9	75.0
Realización personal	Asistenciales	29	31.2	16	17.2
	Administrativas	4	33.3	1	8.3

Se evaluó el efecto del turno de trabajo sobre el SDP. Los resultados no reflejaron diferencias entre los tres turnos de trabajo. Similares resultados fueron reportados por De Las Cuevas (1995). Igualmente, Kandolin (1993) estudió la influencia de los turnos de trabajo en una muestra del personal de enfermería en Finlandia, demostrando la inexistencia de relación entre ambas variables.

En cuanto al efecto del servicio en el que se labora, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las tres dimensiones. Específicamente se encontró que las enfermeras de medicina interna presentan más alto el SDP, expresado como mayor agotamiento emocional que las de quirófano ( $p < .02$ ) y emergencia obstétrica ( $p < .04$ ); mayor despersonalización que las de UCI y menor realización personal que las de emergencia obstétrica ( $p < .01$ ), quirófano ( $p < .002$ ), pediatría ( $p < .09$ ) y emergencia de adultos ( $p < .08$ ) (ver Tabla 7).

Este resultado pudiera estar relacionado al hecho de que las enfermeras que laboran en servicios como emergencia y UCI actúan de manera independiente al tomar decisiones de índole profesional según las situaciones de urgencia y/o emergencia que se presentan. Lo contrario ocurre en los servicios de Medicina Interna en donde los paciente graves y crónicos con un riesgo mayor de complicaciones y muerte son hospitalizados, lo cual pudiera ocasionar la pérdida progresiva de energía, además de desgaste, agotamiento y fatiga en el personal responsable de la atención. Estos resultados son similares a los hallados por Mingote, Denia y Jiménez (1998) en un estudio de 109 profesionales de enfermería que trabajaban en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

**Tabla 7.** Comparación entre las áreas de servicio en las dimensiones del SDP. 2001.

Dimensiones	Servicio	N	M	D.E.	F	p
Agotamiento emocional	Emergencia	19	2.34	.95	3.04	.05
	Medicina interna	12	2.87	.62		
	Pediatría	12	2.10	.57		
	Quirófano	15	1.96	.67		
	Emerg. Obstét.	8	1.85	.56		
	UCI	11	2.02	.69		
Despersonalización	Emergencia	19	1.28	.38	2.64	.00
	Medicina interna	12	1.83	.64		
	Pediatría	12	1.56	.95		
	Quirófano	15	1.27	.46		
	Emerg. Obstét.	8	1.19	.34		
	UCI	11	1.18	.25		
Realización personal	Emergencia	19	4.50	.58	4.11	.00
	Medicina interna	12	3.90	.72		
	Pediatría	12	4.55	.79		
	Quirófano	15	4.80	.29		
	Emerg. Obstét.	8	4.82	.34		
	UCI	11	4.44	.43		

También se evaluó el efecto de la edad, años de experiencia y el estado civil sobre el SDP no encontrándose efecto alguno de dichas variables.

Resumiendo, los resultados de la presente investigación indican que entre las enfermeras que laboran en el IAHAULA el Síndrome de Desgaste Profesional es relativamente bajo. Sin embargo, no se debe subestimar las 18 (17.1 %) personas que obtuvieron altos puntajes en las dimensiones de agotamiento emocional, las 17 (17 %) que obtuvieron altos puntajes en despersonalización y las 17 (16.2 %) que obtuvieron puntajes bajos en realización personal. Un análisis profundo de las causas del SDP en estos trabajadores, así como el diseño de lineamientos organizacionales para estimular formas eficientes de enfrentamiento de dichas causas, merecen la atención de los gerentes asistenciales. También es necesario profundizar en los desencadenantes específicos del SDP en el área de Medicina Interna con el fin de crear formas de prevención y tratamiento que optimicen la salud psicológica del personal que allí labora.

#### REFERENCIAS

- Báez G. (2001). El síndrome de burnout en mujeres que trabajan en el campo de la violencia familiar. **Atención Primaria**, 8,178-183.
- Capilla P. (2001). El síndrome de burnout o de desgaste profesional. **JAMA** 58, 56-58.
- Chopra, S., Sotile, W. y Sotile, M. (2004). Physician Burnout. **JAMA**, 291, 633-634.
- Cooper, C., Rout, U. y Faragher, B. (1989). Mental health, job satisfaction and job stress among general practitioners. **British Medical Journal**, 298, 366-370.
- D'Anello, S. (2002). Adaptación del MBI en muestras venezolanas. Reporte técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas. Universidad de los Andes, Mérida-Venezuela.
- D'Anello, S. Marcano, E. y Guerra, J. (2003). Estrés ocupacional y satisfacción laboral en médicos del Hospital Universitario de La Universidad de Los Andes. **Medula**, 9, 4-9..
- Deckard, G., Hicks, L. y Hammory, B. (1992). The occurrence and distribution of burnout among infectious diseases physicians. **Journal of Infectious Disease**, 25, 165-224.
- Decker, P. y Borgen, F. (1993). Dimensions of work appraisal: Stress, strain, coping, job satisfaction, and negative affectivity. **Journal of Counseling Psychology**, 40, 470-478.
- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F. y Schaufeli, W. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. **Journal of Advanced Nursing**, 32, 1-20.
- Demerouti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli, (2001). The job demands-resources model of burnout. **Journal of Applied Psychology**, 86, 499-512.
- De Las Cuevas, J., De a Fuente, M., Aliviana, A., Ruiz, B. (1995). Desgaste profesional y clima laboral en atención primaria.
- Flores, M., Pernía, A., León, G. y D'Anello, S. (2002). Desgaste profesional en el personal de enfermería que labora en el Instituto Autónomo del Hospital Universitario de Los Andes. Tesis no publicada.
- Hamberger, L. y Stone, G. (1983). Burnout prevention for human service professionals. **Journal of Holistic Medicine**, 5, 149-162.
- Hernandez, J. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. **Revista Cubana de Salud Pública**, 39, 103-110.
- Linn, L. y Zerpa, R. (1984). Does surgery attract students who are more resistant to stress? **Annals of Surgery**, 200, 638-643.
- Mantilla, M. y Lameda, A. (1996). Compromiso organizacional, estrés laboral, disposición al cambio y satisfacción con el trabajo. Mérida: Memorias EVEMO 6: 159-163.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). The Measurement of experienced burnout. **Journal of Occupational Behavior**, 2, 99-113.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis. En G. Sanders y J. Suls (eds.), **Social Psychology of Health and Illness**, Hillsdale, Nueva Jersey, Lawrence Erlbaum.
- Mingote, C., Denia, F., Jiménez, A. (1998). Síndrome del Desgaste Profesional. **Revista del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario. Madrid**, 5, 493-510.
- Morales, N. (1996). El proceso del estrés. Memorias Evemo 4: 54-62. Mérida. Venezuela
- Moreno, B., Oliver, C., Aragonese, A. (1991). El Burnout: una forma específica de estrés laboral. En Buela C., Caballo (Eds.), **Manual de Psicología Clínica Aplicada**. España. (pp. 271-285).
- Moreno, B. y Peñacoba, C. (1999). El estrés asistencial en los servicios de salud. En M. Simón (ed.), **Manual de psicología de la Salud**. Madrid: Biblioteca nueva (pp. 739-757)
- Ortega, J. (1999). Estrés y trabajo. **MedSpain**, Revista electrónica de medicina y salud.

- Pines, A. (1993). **Burnout: An existencial perspectiva**. En W. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional Burnout*. Washington, DC : Taylor and Francis.
- Revicki, D., Whitley, T. y Gallery, M. (1993). Organizational characteristics, perceived work stress, and depression in emergency-medical residents. **Behavioral Medicine**, **19**, 74-81.
- Richardson, A. y Burke, R. (1991). Occupational stress and job satisfaction among physicians: sex differences. **Social Sciences Medical**, **33**, 1179-1187.
- Romero, O. (1991). La escala ETRA para medir estrés. Reporte técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas. Universidad de los Andes, Mérida-Venezuela.
- Romero, O. y Salom, C. (1992). La escala SATRA para medir satisfacción en el trabajo. Reporte técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas. Universidad de los Andes, Mérida-Venezuela.
- Salom, C. y D'Anello, S. (1992). Motivación al logro, actitud hacia el trabajo, satisfacción laboral y estrés. Mérida: Memorias EVEMO 4: 85- 93.
- Sarafino, (1997). **Health Psychology**. New York: John Wiley and Sons, INC.
- Selye, H. (1975). **Tensión sin angustia**. Madrid, Guadarrama.
- Shanafelt, T., Bradley, K., Wipf, J. y Back, A. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. **Annals of Internal Medicine**, **136**, 358-367.
- Slipack, O. (1996). Estrés laboral. **Alcmeon**, **19**. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica.
- Williams, S. y Cooper, C. (1998). Measuring occupational stress. **Journal of Occupational Health Psychology**, **3**, 306-321.
- Wolfgang, A. (1988). Job stress in the health professions: A study of physicians, nurses and pharmacists. **Behavioral Medicine**, **14**, 43-47.