



G.J. Estévez Guerra*
E. Fariña López**
C.D. Marrero Medina***
E. Núñez González****
J. Bravo Martínez*****

*Enfermero. Profesor asociado de Ciencias Psicosociales.
**Enfermero. Profesor titular de Enfermería Geriátrica.
***Enfermera. Profesora asociada de Enfermería Psiquiátrica.
****Licenciado en matemáticas. Profesor asociado de Bioestadística.
*****Enfermero. Profesor asociado de Administración de Servicios de Enfermería.
Unidad Docente de Enfermería de Lanzarote. Universidad de las Palmas de Gran Canaria. Islas Canarias. España.

Correspondencia:
Gabriel J. Estévez Guerra
C/ Blasco Ibáñez, 7
35509-Tahiche. Lanzarote
Tfno.: 928 59 30 10
Fax: 928 59 30 08
E-mail: gestevez@denf.ulpgc.es

Síndrome de *burn-out* en una Unidad de Geriátrica. Una aproximación a la realidad

Burn-out syndrome in Geriatric Center. Approach to the reality

RESUMEN

El presente trabajo estudia la prevalencia del síndrome de *burn-out* en profesionales de enfermería en una Unidad de Geriátrica. Se describe el concepto de *burn-out*, las consecuencias que puede tener a nivel laboral sobre los trabajadores y los instrumentos utilizados. En él participan 50 sujetos pertenecientes al Hospital Insular de Lanzarote y que llevaban en este centro al menos un año. Responden a los diversos cuestionarios el 38% de los trabajadores. Los resultados ponen de manifiesto que existe la percepción de una buena salud general y un moderado agotamiento emocional, pero no se detecta la presencia de dicho síndrome. Concluimos señalando que esta situación podría rela-

SUMMARY

The aim of the present was to study the prevalence of the burn-out syndrome in geriatric nursing staff. We describe the concept of burn-out, the consequences that it can have in the work and the instruments used for its measurement. The initial sample was made up of fifty subjects, nineteen of which remained in this study (38%). The length of time in the place of work was over one year. The most important results were: staff nursing had a good general health and they presented a moderate emotional depletion, but levels of "burn-out" were not found. The authors suggest that this situation is related to the socio-laboral circumstances. Also, we suggest that institutional policy in the care centers should attend the training, assessment and support to staff nursing to optimize the care of the elderly.



cionarse con las características sociolaborales. Así mismo, sugerimos que la política institucional de los centros asistenciales debería atender la formación, asesoramiento y apoyo a los profesionales de la enfermería para optimizar el cuidado de los ancianos.

PALABRAS CLAVE

Burn-out, estrés laboral, enfermería, ancianos.

KEY WORDS

Burn-out, laboral stress, nursing, elderly.

INTRODUCCIÓN

Los estudios que se han venido realizando sobre el síndrome de *burn-out* ponen de manifiesto que éste repercute de manera directa sobre la salud de los trabajadores disminuyendo progresivamente el interés hacia las obligaciones laborales (1-7).

Los orígenes pueden ser diversos, pero no deja de ser llamativo que son precisamente aquellos profesionales que desarrollan un trabajo que se caracteriza por la relación constante y directa con otras personas, en especial las profesiones de ayuda, los que estén en mayor riesgo de sufrirlo (2, 3, 6, 8-10).

Los profesionales de la Enfermería, concretamente, tienen que llevar a cabo un gran esfuerzo mental y físico, con continuas interrupciones y reorganización de las tareas, que agravan el nivel de carga y esfuerzo mentales (1, 3, 4, 11). Deben estar en continuo contacto con la gente, especialmente en el sufrimiento y la muerte (1, 3-5, 8, 12-16). Si a esto añadimos el exceso de trabajo (1-6, 11, 14, 15), las escasas posibilidades de promoción (1, 7, 8) y unas condiciones laborales deficientes (ambigüedad del rol a desempeñar, baja autonomía, conflictos en el equipo, escasez de personal, turnos...) (1-4, 6-8, 11-17) puede, entonces, entenderse que aparezca con mayor facilidad agotamiento y desilusión. Además, muchos de estos elementos dependen de factores externos al propio profesional y, por lo tanto, poco controlables (2, 6).

Estos problemas mencionados no difieren en absoluto con los acontecidos en el campo de la geriatría; antes bien, algunos se encuentran más acusados (18,

19). Como consecuencia de todo ello puede surgir el síndrome de *burn-out*, definido por Maslach y Jackson como una respuesta inadecuada al estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y psíquico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que se han de realizar. Esto da lugar a un cansancio emocional que conduce a la pérdida de motivación y que puede ocasionar frustración y fracaso (3, 8, 16, 20).

La confluencia de estos factores va a provocar múltiples cambios en los profesionales; si nos referimos específicamente a los laborales, hay que hacer especial hincapié en los descritos a continuación:

- Insatisfacción y deterioro del ambiente laboral, (1, 2, 6, 12, 13) que tendrá importantes repercusiones en el cuidado.

- Disminución de la calidad del trabajo (1, 2, 5, 6, 10, 12, 20), puesto que se produce una menor dedicación y el contacto se hace más distante, dando lugar a que se preste menos atención a los pacientes; llevándose a cabo comportamientos donde prevalecerá e imperará el empleo -legalista y literal- del reglamento.

- Absentismo laboral (1, 3, 5, 6, 10, 12, 20), que viene caracterizado por el hecho de que lo que se busca es una reducción del elemento estresante. Aquí hablamos no sólo de ausencia en el trabajo, sino también de disminución del rendimiento en el trabajo. Esto da lugar a que se ocasionen mayores cargas en los compañeros y un bajo índice en la dispensación de cuidados.

- Reconversión profesional (1, 3, 5, 10) a ambientes que disminuyen el contacto con los pacientes, que

28 deriva hacia una pérdida de buenos profesionales cuidadores.

- Y con frecuencia, abandono de la profesión (1, 3, 6, 10).

Por lo tanto, el *burn-out* no sólo se constituye en un problema que afecta de manera directa al trabajador, sino que también repercute en el cuidado de los pacientes, en la propia profesión y en la institución en la que éste se desenvuelve laboralmente (2, 10, 12).

Teniendo en cuenta que un alto número de ancianos no dispone de recursos o capacidades para afrontar el deterioro de la calidad asistencial, se hace necesario -incluso más que en otros campos- investigar qué ocurre con los que cuidan a los ancianos.

OBJETIVOS

Es abundante la bibliografía que analiza el estrés laboral en el personal de enfermería; no obstante, es escasa la que se dedica específicamente a la geriatría. Por esto, el objetivo principal que se persigue es determinar los niveles de estrés laboral en personal de enfermería de unidades geriátricas. Su detección, cuantificación y evaluación, probablemente, mejorarán la calidad de los cuidados de enfermería que se presta a los mayores.

METODOLOGÍA

Ámbito de estudio

Constituido por la Unidad de Geriatría del Hospital Insular de Lanzarote (Islas Canarias), que consta de Unidad de Larga Estancia, Psicogeriatría, Residencia y Unidad de Agudos. En su conjunto dispone de 126 camas (21).

Muestra

Como criterio de inclusión en la muestra se hacía condición *sine qua non* que el trabajador llevara al menos un año de ejercicio profesional en este centro y que formase parte, asimismo, del colectivo de Enfermería. Además, debía estar trabajando en el período encuestador. De tal manera que una plantilla de 63 trabajadores, 13 enfermeros -en sentido genérico- y 50

auxiliares de enfermería, quedó reducida a 50. Responden a los cuestionarios 19 personas (38%). 139

Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario de elaboración propia para las variables sociolaborales, el *Maslach Burn-out Inventory* (MBI) (1) para la determinación del *burn-out*, cuyas tres dimensiones proporcionan información sobre agotamiento emocional (AE), que ocasiona pérdida de energía, agotamiento físico y psíquico, fatiga, desgaste y sentimientos de estar al límite, la despersonalización (DP), que denota un cambio negativo en las actitudes y respuestas hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo, con un consecuente distanciamiento emocional, irritabilidad y rechazo de los mismos y, por último, baja realización personal (RP), que implica sentimientos de incapacidad, baja autoestima, ineffectividad en el trabajo e ideas de fracaso respecto a la propia realización del mismo. Cada una de estas dimensiones se contabilizan del siguiente modo: baja, moderada o alta.

Un último instrumento usado fue el *General Health Questionary* (GHQ), de 28 ítem, que sirve para evaluar el estado de salud general percibido; consta de cuatro subescalas e informa de síntomas somáticos de origen psicológico, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión. Su punto de corte se sitúa, para la población general y dependiendo de los autores, entre 4 y 6 (22).

Tratamiento estadístico

En un primer estadio se realiza un análisis de carácter descriptivo, pasando a continuación a estudiar las posibles correlaciones entre las diferentes variables. Con respecto a esto último conviene señalar lo siguiente: disponemos de una muestra muy pequeña (N= 19) en la que, además, desde el punto de vista de la homogeneidad, los datos están levemente distribuidos. Dado que no se puede utilizar la prueba de independencia de la ji-cuadrado de Pearson por no reunir los requisitos que se piden para ella, se recurre a la prueba exacta de Fisher, que es la idónea para este tipo de muestras (23).



140 RESULTADOS

Con respecto a las variables sociolaborales, la Tabla 1 nos permite observar que dominan nítidamente las mujeres (84%), las casadas (68,5%) y las auxiliares de enfermería (79%). El turno que prevalece es el rotatorio (84%). La edad media de la muestra es de 37 años, llevando una docena en la profesión y en su servicio actual 5,5 años (Tabla 2). En lo que respecta al MBI se observa que existe un moderado agotamiento emocional, baja despersonalización y una alta realización personal, tal y como se aprecia en la Tabla 3. La Tabla 4 nos permite constatar la prevalencia de la subescala de AE que alcanza, en nuestra muestra, el 73,7%. Las cuatro subescalas del GHQ-28 proporcionan un conjunto de valores que al estar todos por debajo del punto de corte se deduce que existe, en general, una buena salud percibida (Tabla 5).

Tabla 1. Variables sociolaborales

V. cualitativas	Porcentajes
Sexo	Mujer: 84,2% Varón: 15,8%
Estado civil	Solteros: 15,8% Casados: 68,5%
Categoría profesional	Enfermeros/as: 21,1% Auxiliares de Enfermería: 78,9%
Turno	Rotatorio: 84,2% Otros: 15,8%

Tabla 2. Variables sociolaborales

V. cuantitativas	Media (D.E.)
Edad	37,11(10,5)
Tiempo en la profesión	12 (8,14)
Tiempo unidad actual	5,53 (4,61)

Tabla 3. Valores medios de las subescalas del MBI

	Valores obtenidos (DE)	Rangos de las escalas
RP	21,4 (7,4)	0-32
AE	13,5 (5,5)	0-36
DP	4,1 (3,1)	0-20

Tabla 4. Prevalencia de agotamiento emocional

Grado	N	Media
Bajo	5 (26,3%)	
Moderado	10 (52,6%)	
Alto	4 (21,1%)	
TOTAL	9	13,53

Tabla 5. Valores medios de las subescalas del GHQ-28

	Medias	D.E.
Síntomas somáticos	3,05	2,09
Ansiedad e insomnio	2,58	2,36
Disfunción social	1,47	1,80
Depresión	1,10	1,63

Por otro lado, los valores obtenidos al correlacionar las distintas dimensiones del MBI con las variables sociolaborales indican que no existe relación entre la mayoría de éstas. Existen indicios de asociación entre las varias RP y sexo femenino ($p < 0,16$); no obstante, se hace preciso ampliar la muestra para confirmarlo; asimismo, hay indicios de asociación, en las mismas condiciones anteriores, entre las variables RP y ser auxiliar de clínica ($p < 0,22$).

Cuando realizamos el mismo procedimiento entre las dimensiones del MBI y las subescalas del GHQ se observa la existencia de claros indicios de asociación ($p < 0,09$) entre las variables agotamiento emocional y baja disfunción social. Por último, cabe añadir que se puede estimar la existencia de una relación lineal múltiple entre las variables AE y las subescalas del GHQ, obteniéndose un coeficiente de correlación de Pearson +0,708 y un coeficiente de determinación $R = 0,50$; cantidades que no siendo muy elevadas, sí vienen a indicar una cierta dependencia positiva entre las variables mencionadas aunque, como hemos citado anteriormente, se debe ampliar la muestra.

DISCUSIÓN

En primer lugar se hace necesario destacar que los resultados obtenidos sólo pueden ser orientativos

30 sobre lo que pueda estar ocurriendo en los centros destinados al cuidado de ancianos, ya que el volumen de respuestas no ha sido porcentualmente muy elevado, contando, además, con un bajo número de trabajadores.

Algunos autores han encontrado que cuanto más tiempo se lleva en el ejercicio laboral en un servicio (24) o ante el incremento ascendente de la edad (5) se produce un mayor desgaste profesional. Conviene señalar que otros (4, 25) han obtenido resultados contrarios. En cualquier caso en nuestra muestra no hemos encontrado relación entre estas variables, quizás sean otras que vienen relacionadas proporcionalmente al tiempo que se lleva, las que condicionen su efecto.

La evaluación de las cuatro subescalas del GHQ nos lleva a constatar que hay buena salud general; del mismo modo es inexistente la asociación entre aquéllas y las características sociodemográficas, en la línea de lo señalado por otros autores (4). Los resultados obtenidos en el MBI son muy similares a los que se pueden encontrar en otros estudios realizados en ámbitos diferentes (12, 13, 16, 25). La discusión debe oscilar en torno a si consideramos el síndrome de *burn-out* como un constructo unidimensional en el que el AE sería un buen indicador de *burn-out* (8), y por lo tanto estaríamos hablando de su existencia en nuestra unidad, o si lo consideramos tridimensional (20), en cuyo caso no podríamos hablar de *burn-out*, pues precisa necesariamente la existencia de baja RP. La clara correlación existente entre el AE y la baja disfunción social, unida a cierta dependencia entre el AE y las subescalas del GHQ, nos inclina a considerar que esta segunda alternativa es más precisa a la hora de constatar la existencia o no de *burn-out*.

CONCLUSIONES

Nosotros entendemos que la existencia *per se* de AE no supone la presencia de *burn-out*. No cabe duda de que es un dato preocupante, pero es necesario que se acompañe de alteraciones en la DP y RP. Pensamos que la presencia de AE está relacionada

141 con el tipo de trabajo que realizan los trabajadores en este centro. Creemos que la alta RP y la baja disfunción social actúan como amortiguadores que, por ahora, no les conduce al *burn-out*. Siendo conscientes de que se hacen necesarios más estudios, aventuramos que esto puede ser consecuencia directa de las características de nuestro ámbito de estudio. Por un lado, nos encontramos con una isla relativamente poco poblada (alrededor de 80.000 personas) y, por otro, con el hecho de que el centro donde se trabaja es pequeño, por lo que la mayor parte de los trabajadores se conocen desde hace años, existiendo en muchas ocasiones trasvases de unas unidades a otras, aunque permaneciendo en el mismo centro. Consecuencia directa de esto es que las relaciones interpersonales son más directas y próximas, a lo que cabe añadir que en muchas ocasiones, y por las características del trabajo, existe una mayor autonomía funcional.

Sin embargo es necesario constatar que el mantenimiento de este AE puede hacer que se intensifique en cualquier momento, lo que podría conducir a que se invirtiera la tendencia de alguna de las otras dimensiones del MBI, y entonces sí que podríamos encontrarnos con *burn-out*.

Tal y como señalábamos al inicio del presente artículo, son muchos los factores que pueden estar incidiendo en esta situación. Sobre un buen número de ellos es muy difícil intervenir ya que las propias estructuras institucionales y las características del trabajo continuado (mañana, tarde y noche) hacen dificultosa la búsqueda de alternativas satisfactorias para todos.

Creemos que otras intervenciones sí son posibles y podrían ayudar a afrontar, de manera gratificante, el trabajo que se desarrolla en estos centros. Nos referimos al desarrollo de una formación que resalte los aspectos psicosociales de los cuidados y que no se centre tan sólo en la mera orientación biologicista; asimismo, intensificar la formación para ayudar y afrontar las etapas finales de la vida de los ancianos puede mejorar la calidad de los cuidados que se les presta y ayudaría a los trabajadores a superar la rutina y la desmotivación



142 que acompaña, en muchas ocasiones, la atención a los ancianos.

No queremos cerrar este artículo sin señalar que se hace preciso continuar investigando en este campo, no sólo evaluando el estrés laboral, sino determinando la influencia de las distintas variables que lo provocan. La calidad de la atención que se presta a nuestros mayores está en juego.

AGRADECIMIENTOS

31

Queremos destacar nuestro agradecimiento a los verdaderos protagonistas de este trabajo, los trabajadores de la Unidad de Geriatría del Hospital Insular de Lanzarote. Por otro lado, también queremos agradecer la revisión del presente artículo a Frank Estévez Guerra.

BIBLIOGRAFÍA

1. De la Gándara Martín, JJ. Estrés y trabajo: El síndrome del *burn-out*. Madrid: Cauce Editorial; 1998.
2. Llor B, Abad MA, García M, Nieto J. Factores de riesgo psicológico del profesional de la salud: el estrés laboral. En: Ciencias psicosociales aplicadas a la salud. Madrid: McGraw-Hill - Interamericana de España; 1995. p. 225-305.
3. Faura i Vendrell T. Síndrome de *burn-out*. Enfermería, grupo de alto riesgo. Rev ROL Enf 1988; 116: 53-6.
4. Escribá Agüir V, Más Pons R, Cárdenas Echeagaray M, Burguete Ramos D, Fernández Sánchez R. Estresores laborales y bienestar psicológico. Impacto en la enfermería hospitalaria. Rev ROL Enf 2000; 23 (7-8): 506-11.
5. Romá Ferri MT, Ribera Domene D, Cartagena de la Peña E, Sans Quintero MI, Reig Ferrer A. Estrés laboral en enfermería infantil. Una comparación con los profesionales que cuidan población no infantil. Enf Clin 1993; 3 (5): 173-9.
6. Fornés Vives J. Respuesta emocional al estrés laboral. Rev ROL Enf 1994; 186: 31-9.
7. Cano Peregrina MA, García Córdoba C, García Ruiz E, López Abellán M, Parera Duarri N. ¿Está quemada la enfermería? Síndrome de *burn-out*. Enfermería Intensiva 1996; 7 (4): 138-46.
8. Faura T, Roigé M, Serra R, Ortega C, Monegal M, Roigé A, Caja C. Prevalencia del síndrome de *burn-out* en enfermeras de hospitalización y de atención primaria. Enf Clin 1995; 5 (3): 105-10.
9. Lluch MT, Novel G, Ortiz A. La ansiedad y el estrés como componentes básicos del enfermar. En: Novel G, Lluch MT y Miguel MD. Enfermería psicosocial y salud mental. Barcelona: Masson-Salvat; 1997. p. 165-73.
10. López Rodrigo M. Estrés de los profesionales de Enfermería. ¿Sobre qué o quién repercute?. Rev ROL Enf 1995; 201: 65-8.
11. Santana Ortega M. Enfermería de UCI: del estrés el *burn-out*. Enfermería Canaria 1998; 14: 8-13.
12. Meseguer A, González R, Calatayud E. Enfermería, *burn-out* y unidades de alto riesgo. Enf Clin 1996; 6 (6): 249-54.
13. Martín MJ, Viñas J, Pérez J, Luque M, Soler Insa PA. *Burn-out* en personal de enfermería. Rev Psiq Fac Med Barna 1997; 24 (5): 113-8.
14. Laria Jiménez JC *et al*. Estrés en los profesionales de enfermería. Enf Clin 1995; 5 (1): 15-25.
15. Burguete Ramos M^aD, Velasco Laiseca. Estresores ocupacionales y estrategias de afrontamiento en personal de enfermería de puerta de urgencias. Enf Clin 1996; 6 (4): 17-23.
16. García Pizarro M^aA, Carrión García L. El síndrome de *burn-out* en profesionales de enfermería cardiológica. Enfermería Canaria 2000; 16: 19-24.
17. Escribá Agüir V. Horarios de trabajo: repercusiones sobre la salud. Rev ROL Enf 1994; 169: 61-6.
18. Fariña López E, Estévez Guerra GJ. Análisis de la plantilla de diplomados en enfermería en los centros geriátricos de la isla de Lanzarote. Gerokomos 2001; 12 (3): 112-6.
19. Mompert MP. Las enfermeras del envejecimiento, el envejecimiento de las enfermeras. Gerokomos 1997; 8 (19): 3-10.
20. Manzano García G, Ramos Campos F. La despersonalización: clave para identificar el síndrome de *burn-out* en personal de enfermería. Enfermería Científica 1999; 206-207: 69-77.
21. De León Arbelo ER. Hospital Insular de Lanzarote. Síntesis histórica: 1950-2000. Lanzarote: Servicio de publicaciones del Cabildo, 2000.
22. Goldberg D, Williams P. Cuestionario de Salud General (GHQ). Guía para el usuario de las distintas versiones, versión en lengua española validada por A. Lobo y P. Enrique Muñoz. Barcelona: Masson, S.A.; 1996.
23. Polit D, Hungler B. Estadística Inferencial. En: Investigación científica en Ciencias de la Salud. 4^a edición. México: Interamericana-McGraw-Hill; 1994. p. 433-61.
24. Fornés Vives J, Ponsell Vicens, Guasp Sitjar E. Ansiedad-Estrés en enfermería. Rev ROL Enf 2001; 24 (1): 51-6.
25. García Pizarro M^aA, Villaverde Ruiz M^aL, Carrión García L. Influencia de las variables sociodemográficas en el Síndrome de quemarse en el trabajo. Enfermería Canaria 2001; 17: 10-6.