

BURNOUT EN ENFERMEROS QUE LABORAN EN LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGÍA DE CIUDAD HABANA

BURNOUT IN NURSERY PERSONNEL OF NEONATHOLOGY SERVICES IN HAVANA CITY

Lic. María de Lourdes Marrero Santos ¹

RESUMEN

Se realiza un estudio observacional de tipo descriptivo en enfermeros de los servicios de neonatología de Ciudad de La Habana, donde se analizan los niveles y dimensiones del síndrome de burnout, así como las influencias que tienen en el mismo sus antecedentes y consecuencias. Se estudia un grupo de variables epidemiológicas y sociodemográficas que pueden ser facilitadoras o inhibidoras del mismo. A través del Cuestionario Breve de Burnout, se constató que la mayoría del personal no está afectado; sin embargo, la despersonalización resultó la dimensión más importante. La tenencia de pareja se asoció significativamente, lo cual denota el papel específico que puede tener en el desarrollo inicial del síndrome en esta profesión.

Palabras claves: Burnout, cuestionario breve de burnout, despersonalización

ABSTRACT

It was carried out a descriptive cross-section study in that personnel for analyzing levels and dimensions of burnout syndrome, as well as the influence on it of antecedents and consequences. Through the application of the Brief Questionnaire of Burnout, it was demonstrated that the majority of the nursery personnel is not affected. Depersonalization resulted the most important dimension. To have consort was associated significantly, expressing its importance in the development of this occupation.

Key words: Burnout, brief questionnaire of burnout, depersonalization

INTRODUCCIÓN

Desde que en 1974 H. J. Fredenberger ¹ introdujera el término *burnout*, se han presentado distintas conceptualizaciones y modelos explicativos; unos autores lo consideran una forma particular de estrés laboral, pero la mayoría lo interpreta como una respuesta al estrés ocupacional crónico con manifestaciones específicas. La revisión de estos conceptos nos indica que las explicaciones sobre el síndrome fueron desplazándose desde el énfasis en los aspectos organizacionales hacia la perspectiva interaccionista propia de los actuales modelos transaccionales de

estrés, donde se enfatiza en la interacción persona-ambiente, alcanzando un lugar primordial las variables personalógicas. C. Maslach y S. Jackson ² hicieron los primeros estudios de caracterización de este síndrome y lo concibieron como un fracaso para afrontar el estrés generado en la relación con los clientes, pero lo definieron como un síndrome integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (despersonalización), hacia el propio profesional (reducida realización personal en el trabajo) y una vivencia de encontrarse emocionalmente cansado.

La definición que tiene mayor consenso es considerarlo como una respuesta al estrés laboral crónico cuando faltan las estrategias funcionales de afrontamiento habitualmente usadas por el sujeto. El proceso de "estar quemado" es entendido como resultado de la influencia de agentes organizacionales y de las características personales. Los modelos transaccionales actuales permiten prever la interacción entre los factores organizacionales y los individuales, considerando a los primeros (entorno laboral) como variables desencadenantes, y los segundos (personales) como factores que cumplen una función facilitadora o inhibidora. Al igual que los antecedentes, también han sido estudiadas las consecuencias del síndrome en dos tipos de repercusiones: a) individuales: en la salud y las relaciones interpersonales con familia y amigos, y b) institucionales: en la insatisfacción laboral, propensión al abandono y el ausentismo, deterioro de la calidad de los servicios, aumento de conflictos laborales, incremento de accidentes de trabajo y otros.

De todo lo expresado anteriormente, podemos inferir la importancia del estudio de este síndrome para los profesionales de la salud y particularmente en las salas de Neonatología, ya que el equipo que trabaja en estas unidades opera, de modo cotidiano, en situaciones de estrés generadas por las condiciones de trabajo que el mismo se impone y por la naturaleza de la tarea que realiza, por lo que

¹ Licenciada en Psicología. Especialista en Psicología de la Salud. Departamento de Psicología. INSAT

Correspondencia:

Lic. María de Lourdes Marrero Santos
Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores
Calzada de Bejucaí km 7½, Apartado 9064, CP 10900, Arroyo Naranjo, Ciudad de La Habana, Cuba
E-mail: insatpsi@infomed.sld.cu

debe enfrentar exigencias y sobrecargas emocionales, intelectuales y físicas muy altas.

Para Walker ³, hay múltiples causas que determinan que quienes trabajan en una unidad de cuidados intensivos de neonatología (UCIN) sufran desgaste; entre ellas se encuentran:

- ◆ Largas jornadas de intensos esfuerzos en un ambiente restringido.
- ◆ Necesidad de adquirir y mantener destrezas técnicas complejas.
- ◆ Frecuente existencia de situaciones éticas de difícil solución.
- ◆ Exposición constante a intensas reacciones propias y de los padres.
- ◆ Cuidar de recién nacidos, cuyas condiciones rápidamente variables demandan decisiones correctas inmediatas y su rápida instrumentación.

Aún sin que se cometan errores, los pacientes ingresados en estas unidades tiene una alta tasa de mortalidad. Para Bartz y Maloney ⁴, si la metas del grupo son irreales, el fracaso en el alcance de los objetivos lleva a una pérdida importante de la autoestima; todo el tiempo y la energía disponible se dedican al paciente que no mejora y a investigar la posibilidad de que alguien cometa una equivocación. Uno de los problemas que más se ha estudiado es el de la comunicación; en la UCIN se espera que el personal sea firme y objetivo, pero que además transmita simpatía y calor humanos. A veces es posible observar una sobrevaloración de los equipos de monitoreo electrónico, el personal se orienta hacia los equipos y percibe a los pacientes y padres como incapaces de comunicarse ⁵.

Se reconocen en los afectados, según Marshall y Kasman ⁶, la presencia de síntomas físicos, tales como fatiga crónica, insomnio, dolores musculares, cefaleas, trastornos gastrointestinales, palpitaciones y tics, entre otros; síntomas emocionales como depresión, desaliento y desesperanza, frustración y desencanto, resentimiento y hostilidad, sensación de aislamiento y culpa; y síntomas psíquicos como evitar estar en la unidad, pérdida de afecto hacia pacientes y familiares a los que se trata de forma deshumanizada, distante y hasta agresiva, actitudes negativas que transmiten desaliento “para qué esforzarse si...”, actitudes cénicas “espero que este paciente no sea trasladado a

la unidad”, oposición a cambios; se considera aislado, no reconocido en su trabajo y se vuelve irritable y susceptible, no deja la unidad aun cuando se siente extenuado (sobrecompromiso), se siente culpable y no comparte con otros lo que le pasa.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio observacional descriptivo con el objetivo de constatar la presencia del burnout en enfermeros que trabajan en las UCIN de Ciudad de La Habana, así como los niveles y las dimensiones del síndrome, sus variables antecedentes y consecuencias, y la relación de los niveles del síndrome con algunas variables epidemiológicas y sociodemográficas. Del universo de la población de enfermeros de las 7 UCIN de Ciudad Habana participaron, cumpliendo los criterios de inclusión, 100 enfermeros, para el 81%. Los instrumentos de medición utilizados fueron el Cuestionario Breve de Burnout (CBB) para evaluar los niveles y las dimensiones del síndrome, y el Inventario de Síntomas de Estrés.

El personal de enfermería de esta muestra se caracteriza por una prevalencia del 98% del sexo femenino, el 43% tiene menos de 30 años y el 45% tiene entre 30 y 40 años, por lo que es una muestra bastante joven. El 45% son casadas, el 59% no tiene hijos. En cuanto a escolaridad, el 100% tiene 12 grado y el 76% tiene turno rotativo; no hay mucha diferencia en cuanto a los años de experiencia, pues la mayoría tiene menos de 5 años (32%), entre 5 y 10 años 26% y entre 11 y 20 años 24%, esto debido a la población joven. El 69% de la población no realiza ninguna actividad laboral en su tiempo libre; en cuanto al número de pacientes, el 40% atiende entre 11 y 20 pacientes diariamente.

RESULTADOS

Según se muestra en la tabla 1, sólo un enfermero presenta altos puntajes de burnout. La mayoría de las afectaciones corresponden a un nivel "moderado". Sin embargo, a pesar de los datos obtenidos anteriormente, es necesario hacer un detallado análisis de los resultados en cada una de las dimensiones del síndrome en el personal médico y de enfermería.

TABLA 1
CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE BURNOUT EN ENFERMEROS

NIVEL DE AFECTACIÓN	FRECUENCIA	%
No afectados	74	74
Moderadamente afectados	25	25
Altamente afectados	1	1

La mayoría de los enfermeros neonatólogos no manifiestan afectaciones en el cansancio emocional ni en la realización personal (tabla 2). A pesar de esto, no debemos descartar que el 30 y 45 %, respectivamente, están afecta-

dos en estas dimensiones a un nivel moderado o alto. En este resultado pueden estar influyendo diversos factores: la población de enfermeros neonatólogos en nuestra ciudad es muy joven, el 35% tiene menos de 5 años de gra-

duado; debido a la falta de personal, la superación es prácticamente nula; además, la tensión constante para no cometer errores en un campo tan sensible como éste, la introducción constante de nuevas tecnologías y conoci-

mientos, la relación cargada emocionalmente, tanto con los niños como con las madres, pueden acabar reduciendo la autoeficacia percibida.

TABLA 2
CLASIFICACIÓN DE LAS DIMENSIONES DEL BURNOUT EN ENFERMERÍA

DIMENSIONES	CANSANCIO EMOCIONAL		DESPERSONALIZACIÓN		FALTA DE REALIZACIÓN PERSONAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
No afectado	70	70	43	43	55	55
Moderadamente afectado	25	25	53	53	43	43
Altamente afectado	5	5	4	4	2	2

La despersonalización manifiesta los más altos niveles de afectación. La labor de enfermería neonatológica es muy compleja, pues implica no sólo un alto nivel de eficacia profesional, sino también un compromiso personal en el que, se quiera o no, se afectan sus propias emociones y necesidades. Los enfermeros neonatólogos son los primeros que tienen contacto directo con el recién nacido, aumentando la implicación; su cuidado, alimentación y satisfacción de necesidades vitales son, por una parte, muy gratificantes, pero otros procedimientos son bastante cruentos y difíciles; hay algunas situaciones para las cuales ellos no están preparados, como la muerte del niño y el sufrimiento de padres, y para los que ellos tienen escasas habilidades de control e ineficaces estrategias de afrontamiento, su trabajo; además, se centra más en el "cuidado" del neonato, lo cual conduce a un marcado estrés porque tienen a su cargo la responsabilidad del monitoreo sistemático de los cambios que se producen en el niño, para lo cual se requiere no sólo de pericia y competencia profesional, sino de iniciativa y de toma de oportunas decisiones.

A los enfermeros se le entrena para cuidar, no para afrontar la muerte, quedando un sentimiento de frustración e impotencia cuando alguien muere; muchas veces ellos interpretan las manifestaciones de duelo como señales de debilidad o de no profesionalismo, lo que puede estar asociado a la despersonalización⁷.

Consideramos que esta alta despersonalización encontrada en el personal de enfermería puede estar relacionada con mecanismos defensivos. Golembiewski et al⁸ establecieron como hipótesis que es necesario una desperso-

nalización significativa para vivenciar la disminución de la realización personal y, a su vez, reducciones significativas de esta última, son necesarias para provocar elevados niveles de cansancio emocional. Esto puede explicar los resultados obtenidos al no haberse completado el proceso de burnout en todas sus fases en este personal. Se impone, entonces, de manera urgente, iniciar en este personal programas preventivos que frenen la posibilidad de desarrollo de las demás dimensiones y, por tanto, del síndrome en general, ya que, al parecer, el modelo secuencial de desarrollo del burnout en este personal seguiría la línea: despersonalización - falta de realización personal - cansancio emocional, de forma similar a como han puesto de manifiesto los estudios de Golembiewski y Munzenrider^{8,9}.

En la tabla 3 se evidencia que existe en el personal de enfermería una fuerte correlación entre el síndrome, sus dimensiones y los antecedentes y consecuencias del mismo, corroborando los planteamientos de Moreno y muchos otros autores que se refieren a las variables desencadenantes y facilitadoras, las dimensiones y las consecuencias para la salud, las relaciones interpersonales y la calidad del servicio institucional que se brinda¹⁰⁻¹². El cansancio emocional y la falta de realización personal correlacionaron significativamente, de forma positiva, con los antecedentes y las consecuencias. La despersonalización sólo correlaciona significativamente con el nivel general de burnout, lo cual apunta a su papel determinante en el síndrome, visto globalmente, aun cuando el proceso de desarrollo de burnout no se haya completado.

TABLA 3
RELACIÓN SIGNIFICATIVA ENTRE EL BURNOUT Y LOS ANTECEDENTES Y CONSECUENCIAS

	BO	CE	D	FRP	CT	T	O
CE	0.00						
D	0.00	0.10					
FRP	0.00	0.00	0.95				
CT	0.04	0.00	0.51	0.02			
T	0.00	0.00	0.25	0.00	0.00		
O	0.04	0.00	0.14	0.07	0.00	0.56	
C	0.00	0.00	0.10	0.05	0.02	0.00	0.07

En cuanto a los antecedentes, el tedio fue el de más alta correlación significativa con el nivel de burnout. Es necesario aclarar que en esta población la organización no es semejante en todos los hospitales, lo que puede estar influyendo en el hecho de que la variable "organización" no correlacione significativamente con el resto de las variables. En los diferentes servicios estudiados de Neonatología hay diferentes factores en relación con el subsistema de dirección, liderazgo y clima y ambiente laboral. Las consecuencias tienen una fuerte correlación con el síndrome, sus dimensiones y los antecedentes, lo que apunta a que estamos ante el inicio de un verdadero proceso de burnout, y no deben ser manifestaciones aisladas de estrés. Suelen centrarse en quejas y síntomas tales como insomnio, cefaleas tensionales, ganas de comer a toda

hora, migraña y ansiedad. Estos resultados coinciden con los encontrados en trabajos de autores precedentes como Gil-Monte y Peiró¹¹, Hamberguer y Stone¹³ y Chacón¹⁴, que plantean a esta sintomatología como la más frecuente en el personal de salud con burnout, y que más influencia tiene en la salud y la calidad de vida de este personal.

Para conocer la asociación entre las variables epidemiológicas y sociodemográficas y los niveles y las dimensiones del burnout, se utilizó la distribución de frecuencia de cada una aplicando la prueba de Chi Cuadrado (X^2). No resultaron significativas las asociaciones entre los valores globales del síndrome y las variables sociodemográficas sexo, edad, hijos, especialidad, experiencia, turno de trabajo y tiempo de trabajo en casa en este personal (tabla 4).

TABLA 4
RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE TENENCIA DE PAREJA Y EL BURNOUT EN ENFERMEROS

	NO AFECTADOS		ENFERMEROS MODERADAMENTE AFECTADOS		ALTAMENTE AFECTADOS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Con pareja	44	76	14	24	---	---
Sin pareja	30	62	11	26	1	2

$X^2= 8,34$ $p= 0.01$

Solo se encontró relación significativa entre los valores globales del síndrome y la tenencia de pareja en el caso de los enfermeros; el 28 % de los afectados no tenían pareja, lo que confirma los hallazgos de la mayoría de los autores que plantean que los casados experimentan menos burnout, quizás por el apoyo sociofamiliar recibido por el cónyuge, la calidad de las relaciones conyugales y la satisfacción - insatisfacción matrimonial^{11,12}.

La asociación significativa observada en la tabla 5 se obtiene porque sólo el 15 % de los enfermeros no afectados no han realizado cursos de superación en la especialidad, mientras que el 85 % de enfermeros afectados no los han realizado. Obviamente, el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos neonatales es muy joven, su desarrollo profesional apenas comienza; sin embargo, sus posibilidades de superación son muy escasas debido al déficit de personal. Diversos autores han argumentado que las expectativas sobre al profesión contribuyen al burnout, pues representan una fuente de demandas sobre ellos mismos en el trabajo. Melchior, Vanderberg, Halfens y Abu-Saad¹⁵ relacionaron las expectativas elevadas e inadecuadas como fuente de burnout. El gran avance en la carrera puede significar para el sujeto que hace una importante contribución a la sociedad, lo cual contradice cualquier creencia de falta de realización personal. Gorter, Albrecht, Hoogstraten y Eijkman¹⁶ hallaron que la carencia de perspectiva profesional estaba fuertemente relacionada al burnout. Así también, Martin y Schinke¹⁷ y Hatton¹⁸ encontraron fuerte asociación entre el burnout y oportunidades de promoción en el trabajo.

En cuanto a la variable hijos, un alto porcentaje de no afectados (10 %) tiene hijos, mientras que de los afectados no tiene hijos el 80 %. Aunque no existe un consenso en la literatura, Gil-Monte y Peiró¹¹ refieren que los sujetos con hijos tienen un estilo de vida más estable que los que no los tienen; estos últimos usan más el trabajo como fuente de vida social, se implican excesivamente con la gente en el ámbito laboral y aumentan el riesgo de burnout. Consideramos que esta afirmación es lo que puede estar influyendo directamente en los enfermeros de las unidades de cuidados intensivos neonatales: muy jóvenes, no tienen hijos, y han concentrado en su trabajo su realización personal, sumándole a este factor la escasa promoción y las pocas posibilidades que tienen actualmente en cuanto a superación. Esto puede llevar a un proceso de frustración típico de la reducida realización personal en el trabajo, que puede completar y profundizar el proceso de desarrollo del burnout y traer consecuencias negativas en la calidad del trabajo y en la satisfacción laboral.

De todo lo anteriormente expuesto, se puede inferir que en el futuro una gran parte del personal pueda avanzar en el proceso de desarrollo del burnout, profundizándose el mismo con todas sus consecuencias negativas, inclusive la de abandonar su trabajo. Se impone, en consecuencia, la necesidad de un programa preventivo que permita frenar el proceso de desarrollo del burnout, centrado en el desarrollo de habilidades sociales y comunicativas con los pacientes y el resto del equipo, en la formación de habilidades de autocontrol y en la búsqueda de afronta-

mientos más eficaces ante el estrés generado por este tipo de tarea.

TABLA 5
SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA CHI CUADRADO Y VARIABLES EN ENFERMEROS

VARIABLES	CANSANCIO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACIÓN	FALTA DE REALIZACIÓN PERSONAL
Sexo	0.35	0.94	0.43
Estado civil	0.78	0.77	0.38
Hijos	0.50	0.18	0.00 *
Especialidad	0.17	0.35	0.03*
Turno	0.80	0.42	0.64
Edad	0.97	0.58	0.72
Experiencia	0.55	0.63	0.81
No. de pacientes	0.83	0.99	0.33
Trabajo en casa	0.28	0.68	0.82

CONCLUSIONES

1. Los enfermeros que laboran en las unidades de cuidados intensivos neonatales de Ciudad de La Habana no están, en su mayoría, globalmente afectados por el síndrome de burnout.
2. La dimensión del burnout más afectada en el personal de enfermería fue la despersonalización, lo que hace suponer que en el proceso de desarrollo secuencial del síndrome ésta sea una de las afectaciones más tempranas.
3. Las puntuaciones globales de burnout mostraron correlaciones positivas con las dimensiones, antecedentes y consecuencias, lo que confirma la naturaleza del fenómeno sometido a estudio como un verdadero proceso de burnout.
4. Se encontró asociación significativa entre los valores globales del síndrome de burnout y el "estado civil", lo cual apunta al papel específico que pueden tener estas variables en el desarrollo inicial del síndrome en estos profesionales.
5. La "tenencia de hijos" y la "especialidad" se asociaron significativamente con la falta de realización personal en los enfermeros neonatólogos, lo cual señala el papel que estas variables pueden jugar en los mismos.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Freudenberguer HJ. Staff burnout. *Journal of Social Issues* 1974;30(1):159-65.
2. Maslach C, Jackson SE. *Maslach burnout inventory*. Palo Alto: Consulting Psychological Press; 1981.
3. Walker CHM. Neonatal intensive care and stress. *Arch Dis Child* 1997;57(4):85-93.
4. Bartz C, Maloney JP. Burnout among intensive care nurses. *Res Nus Health* 1986;9(2):147-53.
5. Stechmiller JK, Harandi HN. Predictors of burnout in critical care nurses. *Heart Lung* 1993;22(6):534-41.
6. Marshall RE, Kasman C. Burnout in the neonatal intensive care unit. *Pediatrics* 1992;65:1161-73.
7. Rogers AC. Vulnerability health and health care. *Jadv Nurs* 1997; 26(1):65- 72.
8. Golembiewski RT, Munzenrider R. *Phases of burnout: development in concepts and applications*. New York: Praeger; 1989.
9. Golembiewski RT, Munzenrider R, Carter D. Phases of progressive burnout and their work site covariants: critical issues in OD research and praxis. *J. Appl Behav Science* 1993;19(4):461-81.
10. Moreno B. El burnout como una forma específica de estrés. Ponencia presentada en el II Simposio de Psicología Aplicada. Jaén; 1994.
11. Gil-Monte PR, Peiró JM. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis; 1997.
12. Grau JA, Chacón M. Burnout en los equipos de salud: la disección de un mito. *Revista de Psicología y Salud Ed. Especial N° 3*. Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana, Xalapa, México (en prensa 1999).
13. Hamberguer LK, Stone GU. Burnout prevention for human service professionals: proposal for a systematic approach. *J Holistic Med* 1983;5(2):149-62.
14. Chacón M. Sentido de coherencia y personalidad resistente y burnout en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos de Cuba. Tesis para optar por el título de Máster en Psicología de la Salud, Ciudad Habana: Facultad de Salud Pública; 1993.
15. Melchior ME, Vanderberg AA, Halfens R, Abu-Saad H. Burnout and the work environment of nurses in psychiatric long-stay care setting. *Soc Psychiatr Psychia Epid* 1997;32(3):158-64.

16. Gorter RC, Albrecht G, Hoogstraten J, Eijkman MAJ. Professional burnout among Dutch dentists. *Community Nurs Health* 1999;32(2):21-31.
17. Martin V, Schinke SP. Organizational and individual factors influencing job satisfaction and burnout of mental health workers. *Soc Work Health Care* 1998;28(2):51-62.
18. Hatton C. Staff stress in psychiatric and behavioral disorders in developmental disabilities and mental retardations. London: Ed. N. Bouros, Cambridge University Press; 1999.