

SINDROME DE BURNOUT Y CALIDAD DE VIDA LABORAL EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD EN BOGOTÁ COLOMBIA

Resumen

El objetivo de este estudio fue describir el Síndrome de Burnout y la Calidad de Vida Laboral en el personal asistencial en una institución de salud de segundo nivel ubicada en Bogotá, y observar si existe relación entre estos constructos. Se aplicó el Inventario de Burnout de Maslach [MBI] y el Cuestionario de Calidad de Vida Profesional [CVP-35] a 62 participantes, pertenecientes a distintos campos del área de la salud. Los resultados indicaron que el 38,7% de los participantes presentaron severidad alta y moderada del síndrome, no obstante, con un nivel de realización personal alto, que unido a la fuerte motivación intrínseca encontrada, constituye un factor protector ante la alta carga laboral y el escaso apoyo directivo. El cansancio emocional correlacionó directamente con la carga laboral e inversamente con la motivación intrínseca. Se resalta la importancia de una eficiente gestión en las organizaciones de salud y la necesidad de una dirección más centrada en las personas a fin de garantizar su bienestar, lo que redundará en su calidad de vida y en la atención ofrecida.

Palabras clave: Calidad de vida laboral, Síndrome de Burnout, trabajadores asistenciales, carga laboral, motivación intrínseca.

BURNOUT SYNDROME AND WORK QUALITY OF LIFE IN HEALTHCARE PERSONNEL OF A HEALTH INSTITUTION IN BOGOTA COLOMBIA

Abstract

According to the results, 38.7% of participants had high and moderate severity of burnout syndrome, however, a high level of individual accomplishment, which together with elevated intrinsic motivation found, constitute an important protective factor against overworked and low support of manager. Emotional exhaustion was directly correlated with overworked and inversely with intrinsic motivation.

The aim of this study was to describe the Burnout and work quality of life of 62 healthcare workers in a second level of complexity health institution located in Bogotá, Colombia, and observe if there is relationship between these concepts. The Maslach Burnout Inventory [MBI] and Professional Quality of Life Questionnaire [CVP-35] were applied to 62 participants, from different healthcare fields. According to the results, 38,7% of participants had high and moderate severity of the syndrome. However, to have high levels of personal fulfillment, joined to intrinsic motivation, constitute a protective factor to face the overworked and the scarce directive support. Emotional

exhaustion were correlated with overworked and inversely with intrinsic motivation. The importance of an efficient management in healthcare organizations and the need to exert a direction more people centered, will promote a better quality of life of healthcare workers and as a result, best assistance to the patients.

Key Words: Work Quality of Life, Burnout Syndrome, Healthcare Personnel, Work overload, intrinsic motivation.

INTRODUCCIÓN

Las empresas en general y las organizaciones de salud en particular suelen preocuparse por obtener desempeños superiores en productividad y competitividad (Quevedo, 2005), lo que en el sector salud adquiere especial relevancia, dada la importancia que tiene el bienestar y la calidad de vida del personal asistencial sobre la atención que se brinda al paciente, pues se ha encontrado en varios estudios, que la satisfacción del paciente y su bienestar guardan estrecha relación con el bienestar del personal de salud (Korzeniewska-Eksterowicz et al., 2010; Cummings et al., 2008; Infante, Moret & Curbelo, 2007). Por otra parte, es importante reconocer que el contexto de la salud tienen unas características muy particulares, distintas a las de otro tipo de organizaciones; se trata de entornos altamente complejos y demandantes, a nivel físico, psicológico y social (Farrero & Calvo, 2008).

A lo anterior se suman las características propias de la labor asistencial que complejizan aún más el entorno, el profesional sanitario debe atender el dolor, la muerte, la enfermedad terminal, todas ellas situaciones de urgencia vital, con alto compromiso emocional (Rout, 2002). Así mismo, las instituciones de salud suelen ser estructuras altamente jerarquizadas y con funciones fragmentadas, pues los servicios de salud que se ofrecen suelen tener diversas especialidades (Korzeniewska-Eksterowicz et al., 2010). Por otra parte, dadas las características del sector de la salud en Colombia, algunos trabajadores asistenciales deben atender varias jornadas, contratos de trabajo inciertos, inestabilidad laboral e insuficiente reconocimiento salarial, todos ellos, aspectos que afecta el bienestar de este personal, e incrementa la necesidad de que éstos trabajadores

deriven satisfacción del rol que desempeñan y de las relaciones interpersonales entre compañeros y superiores (Bormann & Abrahamson, 2014).

Debido a las condiciones descritas, se reconoce ampliamente que los trabajadores del área de la salud, son proclives al desgaste profesional, pues además de lo anterior, su labor asistencial puede acompañarse de dificultades en la relación con la población atendida, ambigüedad y conflicto de rol, ausencia de reconocimiento, reducidas posibilidades de promoción, y sobrecarga de trabajo, se han relacionado en importante medida con los problemas laborales de este colectivo (De las Cuevas, 2007). No cabe duda que realizar cualquier tipo de trabajo ya sea individual o colectivo requiere de una serie de contribuciones (esfuerzo, tiempo, aptitudes, habilidades, entre otras) que los individuos desempeñan no solo por compensación económica y material, sino también para obtener beneficio psicológico y social (Herrera & Cassals, 2005).

Dentro de este contexto el nivel de estrés puede ser considerable y en ocasiones llevar a estos trabajadores a padecer el llamado síndrome de Burnout, que aunque no es un fenómeno nuevo, cada día está cobrando mayor relevancia y reconocimiento en los contextos de salud, en cuanto está demostrado que afecta no solo la eficacia profesional (Maslach, Jackson & Leiter, 1996) sino el bienestar y la calidad de vida del personal sanitario, constituyendo una de las más importantes causas de deterioro de la salud en estos profesionales (Farrero & Calvo, 2008). De esta manera, hay suficiente evidencia para afirmar que el estrés permanente de estos contextos de salud, influyen en la calidad de vida del personal sanitario y que esta relación tiene un efecto directo e indirecto sobre el desempeño de los trabajadores impactando la calidad de la atención ofrecida (Ding, Qu, Yu, & Wang, 2014). Por ello, actualmente, es ampliamente reconocido el alto nivel estrés laboral que se da en el contexto profesional sanitario, lo que determina la necesidad prioritaria de atención (Rout, 2002).

El Burnout, no es un fenómeno reciente, fue descrito hace ya varias décadas, partir de la observación que hizo Freudenberg (1974, 1977) sobre la relación entre la calidad de la atención prestada y la sensación de agotamiento tanto físico como emocional del personal de salud, y la pérdida del interés por el trabajo asistencial. Este autor

caracterizó el síndrome a través de tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

Entre los determinantes sociales que influyen en la aparición del síndrome de burnout están las variables demográficas, las características individuales y las características de la organización y del trabajo. Al respecto se encontró que la prevalencia del síndrome de burnout era más frecuente e intensa en urgencias, Adriaenssens, De Gucht & Maes, 2015) y curiosamente menos en cuidados críticos que en servicios generales (Smart et al, 2014). Así mismo, se ha identificado alto nivel de agotamiento en el personal del turno nocturno, pero altos niveles de agotamiento emocional, despersonalización e insatisfacción en el personal del turno matutino, como consecuencia de las altas demandas de trabajo en esa franja horaria. Por otra parte se ha encontrado que el nivel educativo de los trabajadores esta relacionado con el burnout, probablemente por la monotonía del cargo, reducida responsabilidad y escasa posibilidad para tomar decisiones, propios de estos trabajadores (Patlán, 2013).

No obstante no existe suficiente consenso académico sobre si el tipo de trabajo es el que predispone al burnout, pues al parecer el fenómeno puede estar mas relacionado con las políticas de la organización (Adriaenssens, et al., 2015). La sobrecarga laboral relacionada con el número de pacientes atendidos, el exceso de horas de trabajo y el reducido nivel de bienestar psicológico que perciben estos trabajadores podrían ser los factores predisponentes (Amutio, Ayestaran, & Smith, 2008). Debido a esto, estudios recientes han demostrado la importancia de una buena gestión de los recursos humanos en salud, no solo por el bienestar de este personal sino por incrementar la calidad de la atención en salud (Papathanasiou, 2015). Lo anterior resalta la importancia de un liderazgo en salud mas centrado en las personas que en las tareas, en el que el líder se preocupe por los trabajadores, a fin de que ellos deriven satisfacción de su trabajo.

El agotamiento emocional suele ser precursor al desarrollo del síndrome (Silva, Ribeiro, Alves, & De Sousa, 2014). De forma contraria pero coherente, las personas emocionalmente más estables, con alto sentido de compromiso con el trabajo, alta percepción de control sobre las demandas de su labor, y capacidad para responder a los problemas como retos, suelen tener menor probabilidad de padecer el síndrome de

burnout y manifestar mayor bienestar y calidad de vida laboral (Amutio et al., 2008), aspectos que previenen la aparición del burnout.

Se ha observado en varios estudios que el síndrome de burnout afecta la calidad de vida del personal de salud (Fradelos et al., 2014), y aunque ésta dependa de aspectos externos e internos, impacta de manera positiva o negativa al trabajador. Esta relación puede también verse afectada por variables sociodemográficas tales como educación, área de trabajo, horas/días de trabajo y condición socio-económica, pero no con edad, sexo, número de hijos, antigüedad en el cargo y estado civil (Contreras, Espinosa, Hernández & Acosta, 2013).

Por otra parte, al igual que en el síndrome de burnout, la calidad de vida laboral puede verse afectada por agotamiento o cansancio psicológico, inconformidades con el salario y escaso acceso a actividades de entretenimiento, ocio, descanso debido a las altas demandas laborales (Canova et al., 2014). Así, las decisiones que toman los directivos en torno a la planificación y la gestión del personal, pueden influir en la carga de estrés laboral afectando el nivel de bienestar del personal de salud y la calidad de vida, en cuanto incrementa el agotamiento físico, mental y promueve la aparición de trastornos asociados al estrés (Lima, Freitas, Dos Santos, Pereira, & Reis, 2013). Lo anterior cobra especial relevancia en cuanto estudios previos han encontrado relación entre calidad de vida laboral y la salud general de los trabajadores de la salud, independientemente de variables sociodemográficas como género, edad, estado civil, profesión, cargo o área de trabajo (Buitrago & Martinez, 2011). Parece claro que el desequilibrio entre nivel de esfuerzo y recompensa, unido a un compromiso excesivo en el trabajo se ha considerado un factor de riesgo para la salud que predispone a los trabajadores a la enfermedad cardiovascular, dolor musculoesquelético, y quejas psicosomáticas, las cuales se ha asociado con incremento en las licencias por enfermedad, la intención de abandonar el lugar de trabajo (Barbosa et al., 2014).

La calidad de vida laboral es una variable fuertemente relacionada con la calidad del desempeño laboral (Fradelos et al., 2014). Los trabajadores con mejor calidad de vida, se esfuerzan más, muestran un mayor compromiso con su trabajo y tienden a percibir mayor apoyo directivo. Por otra parte, los trabajadores con baja calidad de vida

presentaron menor esfuerzo y recompensa baja. En este dominio, el percibir insuficiente recompensa fue un factor determinante de la baja calidad de vida percibida por el trabajador, que se manifiesta en la insatisfacción con el apoyo recibido de amigos y con las relaciones personales en general (Barbosa et al., 2014).

En términos generales puede afirmarse que el personal de la salud que presenta el síndrome de burnout, es más susceptible a presentar problemas de salud mental, afectando de manera importante su calidad de vida (Suñer-Soler et al., 2013), pues este síndrome, afecta todas las dimensiones de la vida; familia, trabajo, relaciones interpersonales entre otras (Papathanasiou, 2015). El síndrome de burnout afecta la calidad de vida laboral y trae como consecuencia la pérdida de capital humano en las organizaciones de salud. Ortiz y Arias (2009) encontraron que estos trabajadores tienen más probabilidad de abandonar sus puestos de trabajo y presentan mayor rotación, siendo la despersonalización el factor del síndrome de desgaste profesional con mayor poder explicativo, sobre esta intención de abandono. El agotamiento emocional adquiere también una gran relevancia pues se ha correlacionado inversamente con la calidad de vida laboral (Schmidt et al, 2013). Por el contrario, altos niveles de realización personal y buena calidad de vida, dan lugar a la mejora de la salud física y mental de profesionales sanitarios lo que a su vez, redundará en la calidad de la asistencia prestada por el personal de salud así como su nivel de productividad (Cañadas-De la Fuente, et al., 2015).

Con base en lo anterior, el propósito de este estudio es describir las características del burnout y la calidad de vida laboral de un grupo de trabajadores asistenciales y observar si existe relación entre estos constructos. Así mismo se pretende observar si las variables sociodemográficas pueden tener un efecto moderador en dicha relación.

METODOLOGÍA

Participantes

En el estudio participaron 62 trabajadores asistenciales (38 mujeres y 24 hombres) de una Institución Prestadora de Salud (IPS) de segundo nivel de complejidad, ubicada en

la Ciudad de Bogotá. Los trabajadores pertenecían a distintas áreas de la salud: médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería e instrumentadores quirúrgicos, con una edad comprendida entre los 19 y los 65 años, y una antigüedad promedio superior a los 7 años en la institución.

Instrumentos

Cuestionario de Calidad de Vida Profesional [CVP-35]: Se utilizó la versión en castellano validada y adaptada por Cabezas (1998). La escala consta de 35 ítems que evalúan la experiencia de bienestar derivada del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas de trabajo y los recursos psicológicos, organizacionales y relacionales de los que dispone para afrontarlas. El CVP-35 es uno de los cuestionarios más recomendados para identificar los niveles de calidad de vida laboral en los profesionales de la salud, posee tres dimensiones: 1) Apoyo directivo (13 ítems), 2) Demanda de trabajo (11 ítems), 3) Motivación intrínseca y una medida general de calidad de vida percibida por el sujeto (1 ítem). Es un instrumento auto-administrado compuesto de una escala tipo Likert que va de 0 (nada) a 10 (mucho), El instrumento ha demostrado ser válido y confiable, presenta una consistencia interna aceptable para los todos factores (,70) y alta para la puntuación global (,81) (Caboblanco, et al., 2000). En términos generales se puede afirmar que este instrumento constituye una adecuada medida multidimensional de la calidad de vida profesional que puede ser utilizada en distintos entornos, debido no solo a su consistencia interna, sino también a su capacidad discriminatoria y su estructura factorial (Fernández et al. , 2000).

Cuestionario de Inventario de Burnout de Maslach [MBI]: Se utilizó la versión en español del MBI de Gil-Monte y Peiró (1997). Es un cuestionario auto-administrado constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, que indagan acerca de los sentimientos y actitudes del profesional respecto a su trabajo y hacia los pacientes. El cuestionario presenta seis alternativas de respuesta desde 0 (nunca) a 6 (todos los días) y consta de tres subescalas: 1) Realización Personal (sentimientos de autoeficacia y realización personal), 2) Agotamiento Emocional (vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo) y 3) Despersonalización (grado en que

cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento). El MBI presenta una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9.

Procedimiento

Una vez obtenido el permiso de la IPS de Segundo Nivel de atención, así como el consentimiento informado de los participantes, se procedió a la aplicación individual, de los instrumentos. Se informó a los participantes que su inclusión en el estudio era voluntaria, anónima y que no obtendrían incentivos económicos por su participación.

RESULTADOS

Tabla 1.

Características sociodemográficas de los participantes

	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Mujer	38	61,3
Hombre	24	38,7
Estado Civil		
Soltero	29	46,8
Casado	29	46,8
Divorciado	4	6,5
Nivel educativo formal		
Técnica	33	53,2
Profesional	4	6,5
Especialización	20	32,3
Maestría	5	8,1
Área de formación		
Medicina	20	32,3
Enfermería	5	8,1
Auxiliar de enfermería	33	53,2
Instrumentación	4	6,5

En el estudio participaron un total de 62 trabajadores de la salud. En la tabla 1, se presentan las características sociodemográficas de los participantes en el estudio. Como se puede observar, algo más de la mitad de los participantes fueron mujeres (61,3%), casados y solteros en igual proporción, con un nivel de formación especialmente técnica (53,2%) y de especialización (32,3%).

Tabla 2.

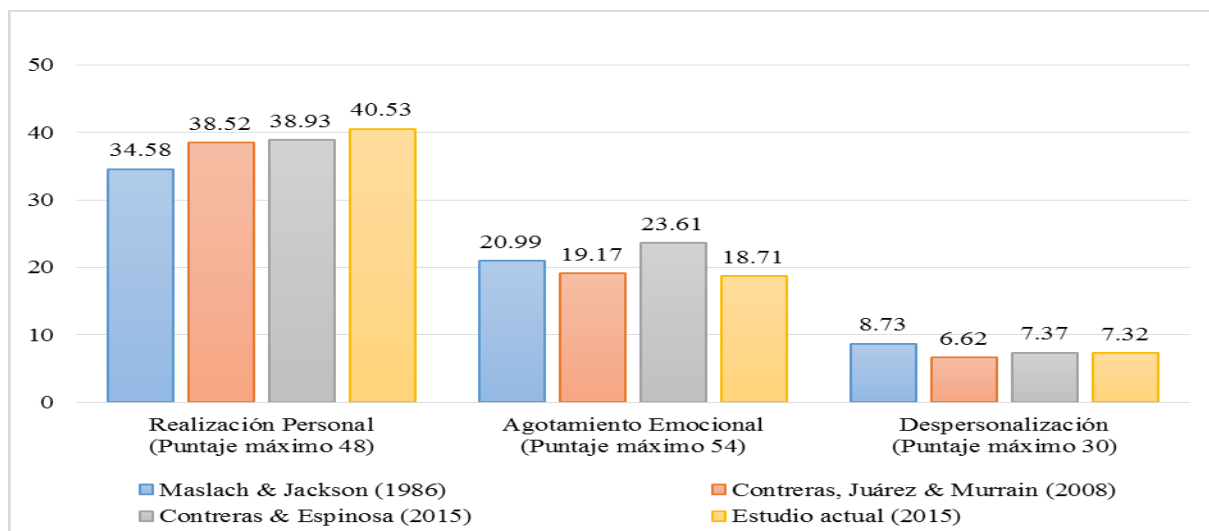
Nivel de Burnout de los participantes, de acuerdo con las sub-escalas del MBI

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Agotamiento emocional	1,00	42,00	18,71	9,08
Despersonalización	0,00	22,00	7,32	5,11
Realización Personal	28,00	51,00	40,53	5,97

De acuerdo con los resultados, la muestra presenta medias elevadas en realización personal lo que constituye un recurso importante en esta población. El agotamiento emocional es notablemente más alto que la despersonalización, patrón que se ha observado en diferentes estudios realizados en Colombia (Tabla 2). Lo que conlleva a unas buenas prácticas laborales por la satisfacción y realización de las personas que laboran allí

Los participantes de este estudio presentan medias elevadas en realización personal, incluso mayor a la encontrada en otras investigaciones. Es interesante anotar que el patrón se conserva, esta dimensión suele ser más alta que las otras dos lo que constituye un recurso importante en esta población. Así mismo, el agotamiento emocional es notablemente más alto que la despersonalización, patrón que se ha observado también en diferentes estudios.

Figura 1. Comparación del síndrome de Burnout en diferentes estudios con personal de salud. Son muestras colombianas a excepción del estudio original de Maslach & Jackson (1986).



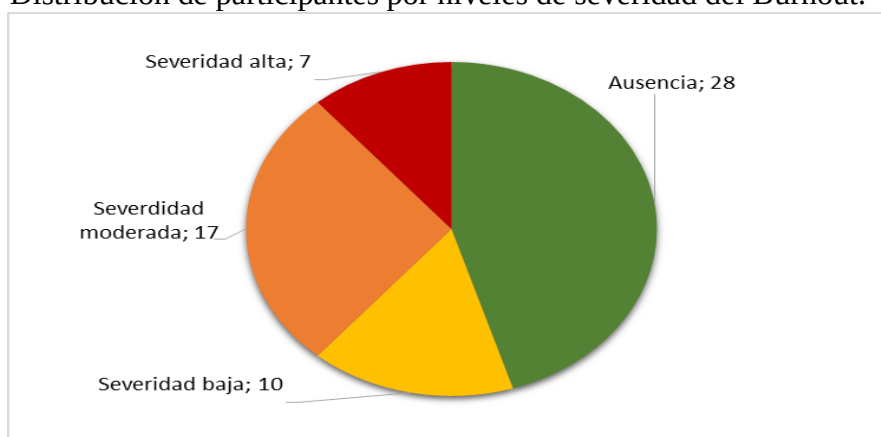
En la Figura 1, puede observarse la comparación entre los resultados obtenidos en esta investigación y los encontrados en otros estudios.

También es notable que hay mayor satisfacción personal en comparación con anteriores estudios, el agotamiento emocional es el más bajo alcanzado con respecto a esos anteriores estudios realizados, lo que se interpretaría que hay mejoras en la percepción de las personas que laboran nuestra organización estudiada y por último, en la despersonalización se encuentra en el promedio y a su vez el segundo más bajo (comparándolo con los otros estudios) lo que conduce a realmente a una “leve” aparición del Síndrome de Burnout (Sub-escalas) en nuestra población estudiada.

Al comparar los resultados de las sub escalas del burnout, se evidencia que sus valores son homogéneos en cada una de estas sub escalas (comparándolo con los estudios anteriores) pero van en orden descendente: realización personal (40, 53%), agotamiento emocional (18,71%) y despersonalización (7,32%). Pero si a cada una de esas sub escalas las analizamos más rigurosamente a nivel individual (al comparar con los otros estudios), podemos decir que en realización personal que ésta avanza a medida que avanzan los años; para el caso del agotamiento emocional se observa que la tendencia es a disminuir con los años (excepto el estudio realizado en 2008) y por último, la

despersonalización es de tendencia lineal por lo menos en los dos últimos estudios realizados en población colombiana.

Figura 2. Distribución de participantes por niveles de severidad del Burnout.



Respecto al nivel de severidad, puede observarse una alta proporción de trabajadores de la salud sin el síndrome, sin embargo entre los que lo padecen, hay un porcentaje importante con severidad moderada y alta que debe ser atendida. La distribución del síndrome de Burnout y su nivel de severidad en los participantes puede observarse en la figura 2.

Con respecto a la severidad del burnout podemos decir que, es casi ausente o muy baja si las sumamos entre sí (38 personas) que representan el 61,3% del total de la población estudiada. Mientras que quienes la presentan de una manera entre moderada a severa (24 personas), son el 38,7% restante, porcentaje importante si consideramos los efectos del síndrome sobre el personal y la calidad de la atención en salud.

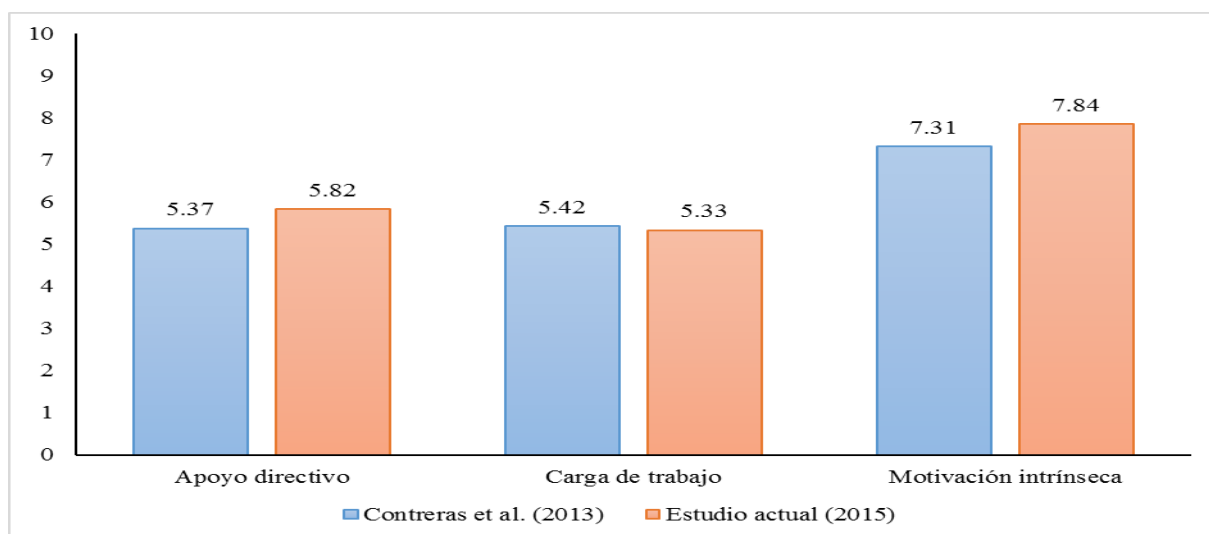
Tabla 3.

Estadísticos descriptivos de las sub-escalas del CVP-35

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
CVP: Apoyo Directivo	62	2,67	8,47	5,82	1,18
CVP: Carga de trabajo	62	2,91	7,82	5,33	1,18
CVP: Motivación intrínseca	62	5,38	10,00	7,84	1,06

En la tabla 3, se presentan los resultados del estudio respecto a la calidad de vida laboral, es interesante observar como en este estudio, al igual que en otros, se observa una alta motivación intrínseca, lo que es considerado nuevamente, como un factor protector del síndrome.

Figura 3. Comparación entre la calidad de vida laboral del personal de salud encontrada en este estudio con la encontrada en un estudio previo.



En la figura 3 (*sub-escalas del CVP-35*), se cotejan los resultados de este estudio con el realizado por Contreras et al. (2013). Como se puede observar en esta figura, en este estudio los resultados son más promisorios, debido a que se observa un mayor apoyo directivo y la motivación intrínseca es más positiva, aunque la carga de trabajo sea relativamente la misma que en estudios anteriores

Tabla 4.

Coeficientes de correlación entre sub-escalas del MBI y CVP-35

	MBI: Cansancio emocional	MBI: Despersonaliz ación	MBI: Realización Personal

CVP: Apoyo Directivo	Correlación de Pearson	-,174	-,180	,087
	Sig. (bilateral)	,177	,160	,501
CVP: Carga de trabajo	Correlación de Pearson	,561**	,234	,071
	Sig. (bilateral)	,000	,068	,585
CVP: Motivación intrínseca	Correlación de Pearson	-,282*	-,159	,267*
	Sig. (bilateral)	,026	,218	,036

Al observar las correlaciones entre calidad de vida y Burnout se observa que el cansancio emocional correlaciona de manera positiva con la carga de trabajo y de manera negativa con la motivación intrínseca. Así mismo, la motivación intrínseca correlacionó positivamente con la realización personal (Tabla 4).

Tabla 5.

Modelo de predicción en mujeres del Cansancio Emocional con base en las dimensiones Carga de Trabajo y Motivación Intrínseca de la Calidad de Vida Profesional. (R² ajustado = .462)

Coefficientes^a

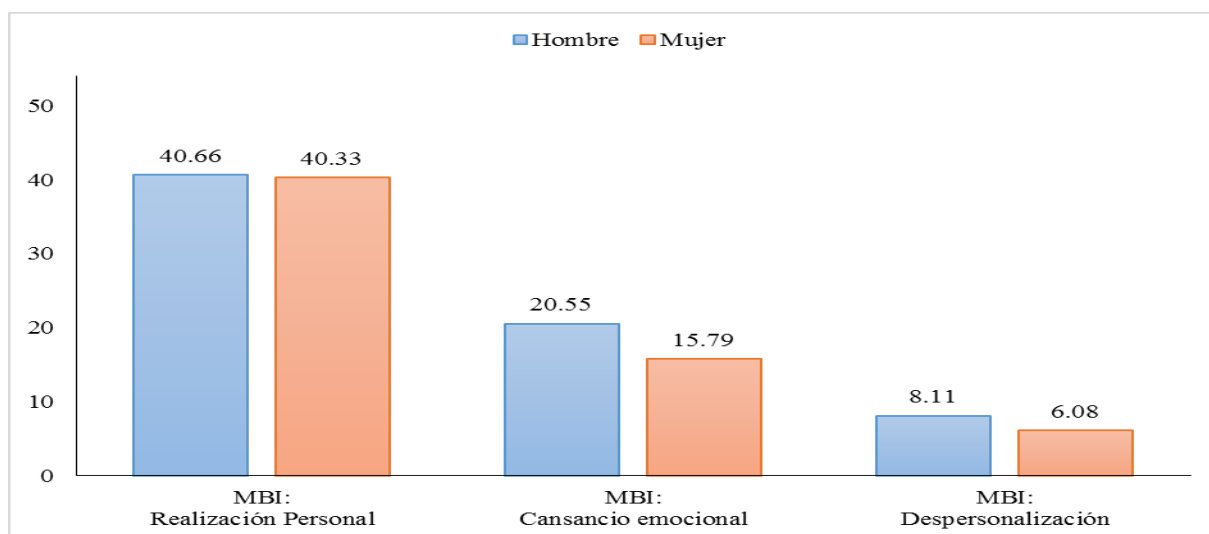
		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
Modelo		B	Error estándar	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	19,914	6,868		2,900	,005
	CVP: Carga de trabajo	4,984	,740	,646	6,737	,000
	CVP: Motivación intrínseca	-3,545	,820	-,415	-4,323	,000

a. Variable dependiente: MBI: Cansancio emocional

Teniendo en cuenta las correlaciones significativas entre las sub-escalas de los dos instrumentos se realizaron análisis de regresión lineal teniendo como variables predictivas las dimensiones de calidad de vida profesional y como variable criterio cada una de las sub-escalas del MBI por separado. Únicamente el modelo que predice cansancio emocional (MBI) resultó ser estadísticamente significativo ($F=18.201$ sig.=

.000) con resultado de R cuadrado ajustado de ,458 con base en las tres sub-escalas de la calidad de vida profesional. No obstante, de estas tres variables predictivas, el apoyo directivo resultó no aportar al modelo y en consecuencia se excluyó de un subsiguiente modelo que también resultó significativo ($F=27,20$ sig. = .000) y mantuvo su capacidad predictiva (R cuadrado ajustado = .462). Por lo que es un modelo más parsimonioso, pues mantiene su capacidad con menor cantidad de variables. De acuerdo con el resultado obtenido, el cansancio emocional incrementa directamente con la carga de trabajo e inversamente la motivación intrínseca (Tabla 5).

Figura 4. Sub-escalas del MBI segmentada por sexo.



Se encontró que de las variables sociodemográficas únicamente el sexo presentó diferencias significativas y sólo en la dimensión cansancio emocional ($F= 4.257$ sig. = .043), por lo que se realizó nuevamente la estimación del modelo de regresión y se encontró que para las mujeres se mantuvieron las mismas dos variables predictivas significativas ($F= 26.066$ sig. .000), carga de trabajo y motivación intrínseca pero con un incremento en el R cuadrado ajustado (.575). En el caso de los hombres, aunque el modelo se mantuvo significativo ($F= 4.715$ sig. .020), el R cuadrado ajustado disminuyó (.244) y la variable motivación intrínseca dejó de ser significativa, por lo que se excluyó de un análisis subsiguiente, en el que el cansancio emocional se predice de manera

significativa ($F= 8,013$ sig. $.010$) con base en la carga de trabajo (R cuadrado ajustado = $.234$). De acuerdo con los resultados, el cansancio emocional en las mujeres participantes en el estudio está relacionado directamente con la carga de trabajo e inversamente con la motivación intrínseca, mientras que en el caso de los hombres participantes en el estudio, el cansancio emocional de los mismos está directamente relacionado con la carga de trabajo, aunque en menor medida si se comparan con sus compañeras laborales.

Tabla 6.

Modelo de predicción en mujeres de Cansancio Emocional con base en las dimensiones Carga de Trabajo y Motivación Intrínseca de la Calidad de Vida Profesional. (R^2 ajustado = $.575$)

Coeficientes^{a,b}

		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
Modelo		B	Error estándar	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	25,630	8,316		3,082	,004
	CVP: Carga de trabajo	6,026	,931	,718	6,471	,000
	CVP: Motivación intrínseca	-4,864	1,021	-,528	-4,763	,000

a. Variable dependiente: MBI: Cansancio emocional

b. Selección de casos sólo para los cuales Sexo = Mujer

En la Sub-escalas del MBI segmentada por sexo, se puede decir que en cuanto a la realización personal ambos sexos (hombres-mujeres) presentaron valores muy similares, del cansancio emocional se concluye que los hombres son quienes más lo padecieron (H: 20,55-M: 15,79) y en la despersonalización, son los hombres quien más marcaron éste ítem (H: 8,11- M: 6,08).

Dado que entre hombres y mujeres hubo diferencias significativas en las dimensiones de Burnout analizadas, se realizaron modelos de predicción por separado. Tal como se puede observar en la tabla 6, en el caso de las mujeres el cansancio emocional puede

predecirse de manera significativa con base en las dimensiones carga de trabajo y motivación intrínseca de la calidad de vida profesional.

Tabla 7.

Modelo de predicción en hombres de Cansancio Emocional con base en las dimensiones Carga de Trabajo de la Calidad de Vida Profesional. (R2 ajustado = .244)

Coeficientes^{a,b}

		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
Modelo		B	Error estándar	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	,302	5,608		,054	,958
	CVP: Carga de trabajo	3,000	1,060	,517	2,831	,010

a. Variable dependiente: MBI: Cansancio emocional

b. Selección de casos sólo para los cuales Sexo = Hombre

En el caso de los hombres el cansancio emocional puede predecirse solo a partir de la carga laboral, una de las dimensiones de la calidad de vida (Tabla, 7). Estos hallazgos evidencian diferencias de género en relación con el vínculo entre calidad de vida laboral y Burnout, en particular en la variable nuclear de este síndrome, tal como lo es el cansancio emocional.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio evidencian el efecto protector que tiene la realización personal en los trabajadores de la salud, dimensión que suele ser alta en ellos, tal como se ha evidenciado en los distintos estudios comparados. Es también interesante observar que la caracterización del síndrome tiende a seguir un mismo patrón, aunque sus dimensiones se manifiesten en mayor o menor medida. Es decir, la realización personal suele ser la más alta, y le siguen en su orden el agotamiento emocional y la

despersonalización. Aunque en este estudio el agotamiento emocional no fue significativamente alto, si presenta un nivel que debe ser atendido desde la gestión de las instituciones de salud, pues es una de las dimensiones que suele ser precursora del síndrome (Silva, et al., 2014). La despersonalización fue menor pero al igual que la dimensión cansancio emocional debe ser atendida para prevenir la configuración del síndrome, el cual suele relacionarse con el desempeño, en este caso con la calidad de la atención al paciente (Ding et al., 2014; Papathanasiou, 2015).

Este estudio permitió corroborar también que el personal de salud es proclive al desgaste profesional. En este estudio se observó que el 38,7% de los participantes presenta un grado de severidad del burnout que va de moderada a severa (24 personas) lo cual constituye un porcentaje importante al considerar el efecto del síndrome sobre la salud del personal de salud y la calidad de la atención brindada. Es importante aclarar que en sí mismo el síndrome puede asociarse con las características propias de la labor asistencial y las condiciones laborales, que en ocasiones son adversas (Bormann & Abrahamson, 2014), dificultades con la población atendida, ambigüedad, conflicto de rol, poco reconocimiento, escasa posibilidad de promoción, sobrecarga de trabajo (De las Cuevas, 2007) y nivel de estrés al que están sometidos estos trabajadores (Rout, 2002) el cual afecta la calidad de vida de los profesionales, afectando de manera directa o indirecta la atención brindada al paciente (Ding et al., 2014).

Nuevamente se pone de relieve la necesidad de considerar la necesidad de intervenir en la gestión de los servicios de salud, a fin de garantizar la satisfacción del personal de salud y del paciente que recibe la asistencia, más aun considerando la evidencia arrojada en varios estudios en los que se demuestra la estrecha relación entre estas variables (Korzeniewska-Eksterowicz et al., 2010; Cummings et al., 2008; Infante, et al., 2007).

De forma similar y consecuente con la realización personal como dimensión del síndrome de burnout, este personal muestra niveles altos de motivación intrínseca, característica de la calidad de vida laboral (Cañadas-De la Fuente, et al., 2015). Estas dos características al parecer es lo que protege a esta población de padecer el síndrome o reduce su severidad. Esta relación puede corroborarse en los resultados de la correlación positiva encontrada en este estudio, las cuales coinciden con investigaciones previas

donde también se ha encontrado que la motivación intrínseca se correlacionó de manera positiva con la calidad de vida laboral y de manera inversa con las cargas de trabajo (Martín, 2004). En este estudio la motivación intrínseca fue más alta que en el estudio previo realizado, al igual que el apoyo directivo, lo que protege al personal de salud del síndrome de burnout, a pesar de la carga de trabajo propia de la labor asistencial (Amutio et al., 2008).

De acuerdo con los resultados y tal como aparece en la literatura, el cansancio emocional se relaciona con la carga de trabajo, lo cual coincide con lo hallado por Canova et al., (2014), pero de forma inversa con la motivación intrínseca, es decir a mayor motivación intrínseca menor cansancio emocional, este resultado reafirma la importancia de la gestión humana en las organizaciones de salud y la necesidad de una dirección efectiva, más aun si se considera que el cansancio emocional es el precursor del síndrome de forma reiterada se observa entonces que la motivación intrínseca correlaciona positivamente con la calidad de vida laboral e inversamente con las cargas de trabajo (Martin, 2004).

De acuerdo con el resultado de la regresión lineal se pudo establecer que el cansancio emocional se incrementa con la carga laboral e inversamente con la motivación intrínseca. Estos resultados indican que una adecuada gestión (reducir carga de trabajo) reduciría el cansancio emocional (precursores del síndrome). Desde la dirección un liderazgo efectivo centrado en las personas más que en las tareas podría incrementar la motivación intrínseca. Así las organizaciones de salud podrían requerir un liderazgo más efectivo y una gerencia más eficiente a fin de garantizar una mejor calidad de vida del personal de salud a través de la reducción del burnout, lo que tendría importantes implicaciones sobre la calidad de la atención en salud generando un importante impacto en el bienestar de los pacientes.

Es interesante observar que hay diferencia entre hombres y mujeres respecto al cansancio emocional (mayor en los hombres). Aunque en ambos casos está asociado con la carga de trabajo, en las mujeres se encontró además una relación inversa con la motivación intrínseca. Los hombres también tuvieron niveles más elevados de despersonalización. Al parecer en las mujeres la motivación hacia el trabajo parece ser

un factor protector con mayor impacto. En éste estudio se pudo identificar que los hombres experimentaron mayor cansancio emocional en función de una posible sobrecarga laboral, mientras que para las mujeres, adicional a la carga, tal cansancio parece estar involucrando aspectos de carácter motivacional.

Finalmente vale la pena resaltar la necesidad prioritaria de ejercer una buena gestión en las instituciones de salud, pues muchos de los problemas que predisponen al síndrome y afectan su calidad de vida, están asociados con aspectos relacionados con la administración de estas organizaciones (por ejemplo sobrecarga laboral). Una buena gestión favorecería no solo por el bienestar de este personal sino ayudaría a incrementar la calidad de la atención en salud (Papathanasiou, 2015). Lo anterior resalta también la importancia de un liderazgo en salud más centrado en las personas que en las tareas, en el que el líder se preocupe por el bienestar de los trabajadores, a fin de que ellos deriven satisfacción de su trabajo y experimenten emociones positivas hacia su labor.

Los resultados de este estudio permiten confirmar la importancia de dirigir las organizaciones de salud desde una perspectiva más enfocada en las personas. Se proporciona evidencia sobre la relación entre el Síndrome de Burnout y la Calidad de Vida Laboral, y como esta relación se ve influida por el apoyo del directivo y la motivación que brinden a los miembros de su organización.

Se confirma que las condiciones laborales de los trabajadores del área de la salud, constituyen factores determinantes en la presentación de alguna de las dimensiones del síndrome de Burnout, afectando la calidad de vida laboral. Lo cual puede a su vez, relacionarse con la calidad del servicio ofrecido por estos profesionales, aspecto que debe ser estudiado en futuros estudios. Estos resultados identifican los factores que pueden ser protectores del síndrome y redundan en la calidad de vida profesional de los trabajadores de la salud, orientando a líderes y gerentes de las entidades de salud respecto a la importancia de ejercer ciertas prácticas en su gestión.

REFERENCIAS

- Acosta, F. J. & Guerra, A. M. (2011). Influencia de la Calidad de Vida en los Patrones de Comportamiento Agresivo en Trabajadores Asistenciales del Sector Salud. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 20(2), 109-120.
- Adriaenssens, J., De Gucht, V. & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of Burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 649-661.
- Aldrete Rodríguez, M. G., Navarro Meza, C., González Baltazar, R., Contreras Estrada, M. I. & Pérez Aldrete, J. (2015). Factores psicosociales y síndrome de Burnout en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud. *Ciencia & Trabajo*, 17(52), 32-36.
- Amutio, A., Ayestaran, S. & Smith, J. (2008). Evaluación del Burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 24 (2), 235-252.
- Barbosa, M., Barbosa, M., Duarte, A., Gomes, V., Ferreira, E., Lima, A. & Conceição, R. (2014). Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: a cross sectional study. *Teles et al. Health and Quality of Life Outcomes* 12, 72.
- Betancur, A., Guzmán, C., Lema, C., Pérez, C., Pizarro, M., Salazar, S., Uribe, L. & Vásquez, E. (2012). Síndrome de Burnout en trabajadores del sector salud. *Revista CES Salud Pública*, 3 (2), 184-192.
- Bormann, L. & Abrahamson, K. (2014). Do staff nurse perceptions of nurse leadership behaviors influence staff nurse job satisfaction? The case of a hospital applying for Magnet designation. *Journal of Nursing Administration*, 44(4), 219-25.
- Borracci, R., Calderón, J., Sokn, F., Angel, A., Lerman, J., Darú, V. & Manrique, J. (2008). Relación entre el nivel de ingresos y la calidad de vida profesional de los cardiólogos en la Argentina. *Rev. Argent Cardiol*; 76:352-358.
- Buitrago, S. & Martínez, G. (2011). Factores laborales psicosociales y calidad de vida laboral de los trabajadores de la salud de ASSBASALUD ESE Manizales (Colombia). *Archivos de Medicina (Col)*, 11 (2), 114-126.
- Burgos, P., Ruiz Albi, T., Queipo Burón, D., Rescalvo Santiago, F., Martínez León, M., Amo Merino, P. & Burgos Díez, C. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores sanitarios. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 58(226), 27-34.
- Cabezas, C. (1998). Síndrome de desgaste profesional, estrés laboral y calidad de vida profesional. *Formación Médica Continua*, 5, 491 - 492.
- Caboblanco, M., Martín, J., Páez, M., Garijo, J., Rodríguez, A. & Cortes, J. A. (2004). Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). *Gaceta Sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, 18(2), 129-136
- Canova, C. J., Puello Vilorio, Y., Quintero Ramírez, N., Camargo Mejía, Y., Amaya Hernández, L., Guzmán Galván, Y., & Cervantes Polo, S. (2014). Calidad de vida percibida por el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos de

- una clínica privada de la ciudad de Santa Marta. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 16(1), 87-99.
- Cañadas, G., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. & De La Fuente, E. (2015). Risk factors and prevalence of Burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies* 52, 240–249.
- Contreras, F., Espinal, L., Pachón, A. & González, J. (2013). Burnout, liderazgo y satisfacción laboral en el personal asistencial de un hospital de tercer nivel en Bogotá. *Diversitas*, 9(1), 65-80.
- Contreras, F., Espinosa, J., Hernández, F. & Acosta, N. (2013). Calidad de vida laboral y liderazgo en trabajadores asistenciales y administrativos en un centro oncológico de Bogotá (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, 30(3). 569-590.
- Contreras, F., Juárez, F. & Murraín E. (2008). Influencia del Burnout, la calidad de vida y los factores socioeconómicos en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales y auxiliares de enfermería. *Pensamiento Psicológico*, 4(11), 29-44.
- Cortés, J., Martín, J., Morente, M., Caboblanco, M., Garijo, J. & Rodríguez, A. (2003). Clima laboral en atención primaria: ¿qué hay que mejorar? *Attention Primaria*, 32, 288-95.
- Cummings, G., Olson K., Hayduk, L., Bakker, D., Fitch, M. & Green, E. (2008). The relationship between nursing leadership and nurses' job satisfaction in Canadian oncology work environments. *Journal of Nursing Management*, 16, 508-518.
- De las Cuevas, C., González de Rivera, J.L., De la Fuente, J.A., Alviani, M. & Ruiz B., A. (2007). Burnout y reactividad al estrés. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 41, 10-18.
- Ding, Y., Qu, J., Yu, X. & Wang, S. (2014). The Mediating Effects of Burnout on the Relationship between Anxiety Symptoms and Occupational Stress among Community Healthcare Workers in China: A Cross-Sectional Study. *PLoS ONE*, 9(9).
- Farrerofis, L. & Calvo, F. (2008). Estudio descriptivo del Síndrome de Burnout en una muestra de profesionales de enfermería en el área sur de gran canaria. *Ansiedad y Estrés*, 14(1), 101-113.
- Fernández, M. I., Moínelo, A., Villanueva, A., Andrade, C., Rivera, M., Gómez, J. M. et al. (2000). Satisfacción laboral en los profesionales de Atención Primaria del área 10 del Insalud de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 74, 139-147
- Fradelos, E., Mparo, Ch., Vassilopoulou, Ch., Argyrou, P., Tsironi, M., Zyga, S. & Theofilou, P. (2014). Burnout syndrome impacts on quality of life in nursing professionals: The contribution of perceived social support. *Progress in Health Sciences*, 4(1), 102-109.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Freudenberger, H. J. (1977). Burn-out: the organizational menace. *Training and Development Journal*, 31, 26-27.
- Gil-Monte, P. & Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Grau, A., Suñer, R. & García, M. (2005). Burnout syndrome in health workers and relationship with personal and environmental factors. *Gaceta Sanitaria*, 19(6), 463-70.

- Guevara, C. A., Henao, D. P. & Herrera, J. A. (2004). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. *Colombia médica*, 35(4), 173-178.
- Herrera, R. & Cassals, M. (2005). Algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral de enfermería. *Revista Cubana Enfermería*, 21(1), 1-12.
- Infante, I., Moret, A. & Curbelo, I. (2007). Satisfacción del personal de enfermería en servicios de oncología. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(3), 0-0.
- Korzeniewska-Eksterowicz, A., Przysło, L., Grzelewski, T., Stolarska, M., Młynarski, W., Stelmach, I., Krakowiak, J. & Stelmach, W. (2010). Job satisfaction among health professionals of Home Hospice for Children of Lodz Region. *Advances in Palliative Medicine*, 9(3) 67-72.
- Lima, J., Freitas, R., Dos Santos, F., Pereira, R. & Reis, L. (2013). Estrés en la actividad administrativa de enfermería: consecuencias para la salud. *av.enferm.*, XXXI (2): 144-152.
- López Fernández, A., Sáez Rodríguez, D., García Aranda, M. J., López Paiz, A. & Hernández Saavedra, L. (2015). Estudio sobre las relaciones del síndrome de Burnout con algunos factores psicosociales. *Revista de investigación y Docencia Creativa de la Universidad de Granada*, 4(13), 94-99.
- Martín, J., Cortés, J. A., Morente, M., Caboblanco, M., Garijo, J., & Rodríguez, A. (2004). Características métricas del cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35). *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 129-136.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Manual*. Palo Alto.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. (1996). *Maslach burnout inventory manual*. Consulting Psychologists Press
- Murray, C. J. & Lopez, A. D. (1996). *Global burden of disease* (Vol. 1).Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ortiz Valdés, J. A. & Arias Galicia, F. (2009). El desgaste profesional (Burnout) y calidad de vida laboral como predictores de la búsqueda de otro trabajo en profesionales de la salud y de la educación en el occidente de México. *Cienc. Trab*, 11(34), 222-226.
- Papathanasiou, I. V. (2015). Work-related Mental Consequences: Implications of Burnout on Mental Health Status among Health Care Providers. *Acta Informática Medica*, 23(1), 22-28.
- Patlán, J. (2013). Efecto del Burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo. *Estudios Gerenciales*, 29, 445-455.
- Quevedo, A., Lubo Palma, A., Montiel, M., Rojas, L., Pérez, I. & Chacin, B. (2005). Estrés y afrontamiento en trabajadores de una institución de coordinación y asistencia de emergencias. *Salud de los Trabajadores*, 13(2), 97-105.
- Risquez, M., García, C.C. & Tebar, E.D. (2012). Resiliencia y Síndrome de Burnout en estudiantes de enfermería y su relación con variables sociodemográficas y de relación interpersonal. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 88-95.
- Rodríguez, F., Ramos, M., Pérez, S., García, L., & Diz, P. G. (2005). Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. *Atención primaria*, 36(8), 442-447.
- Rout, U. (2002). Estrés laboral en profesionales de la salud. *Empleo, estrés y salud*, 5, 93-108.

- Schmidt, D. R. C., Paladini, M., Biato, C., Pais, J. D. & Oliveira, A. R. (2013). Qualidade de vida no trabalho e Burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. *RevBrasEnferm*, 66(1), 13-7.
- Seguel, F. & Valenzuela, S. (2014). Relación entre la fatiga laboral y el síndrome Burnout en personal de enfermería de centros hospitalarios. *Enfermería universitaria*, 11(4), 119-127.
- Silva, E., Ribeiro, S., Alves, J. & De Sousa, M. (2014). Síndrome de Burnout em enfermeiros na atenção básica: repercussão na qualidade de vida. *Journal of Research Fundamental Care Online*. DOI: 10.9789/2175-5361. V6i4.1384-1395.
- Smart, D., English, A., James, J., Wilson, M., Daratha, K. B., Childers, B. & Magera, C. (2014). Compassion fatigue and satisfaction: A cross- sectional survey among US healthcare workers. *Nursing & health sciences*, 16(1), 3-10.
- Suñer - Soler, R., Grau-Martín, A., Font-Mayolas, S., Gras, M. E., Bertran, E. & Sullman, M. J. (2013). Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 305–313.
- Zhang, Y. & Feng, X. (2011). The relationship between job satisfaction, Burnout, and turnover intention among physicians from urban state-owned medical institutions in Hubei, China: a cross-sectional study. *BMC health services research*, 11(1), 235.