

# Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente

## *Burnout in doctors and nurses and their relationship with the construct of hardiness personality*

María Erika Ortega Herrera<sup>1</sup>, Godeleva Rosa Ortiz Viveros  
y Pedro Guillermo Coronel Brizio<sup>2</sup>

### RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue identificar la presencia, nivel y distribución de los factores que constituyen al síndrome de burnout y su relación con la personalidad resistente, con el fin de determinar si este constructo puede ser entendido como un factor de protección que disminuye la probabilidad de que el individuo desarrolle y experimente burnout, además de analizar la influencia de las variables sociodemográficas en el proceso de génesis y desarrollo de este último. Se realizó un estudio descriptivo con diseño transversal y correlacional en el que participaron un total de 119 profesionales de la salud. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario de información general, el Maslach Burnout Inventory y el Inventario de Puntos de Vista Personales. Se detectó un grado moderadamente alto de burnout en la población de estudio, siendo el personal de enfermería el más afectado por este síndrome, en comparación con los médicos. Se encontró una correlación negativa estadísticamente significativa entre la variable de personalidad resistente y burnout. Las variables sociodemográficas estudiadas que tuvieron una correlación estadísticamente significativa con el burnout fueron el sexo, la profesión, la edad, el nivel académico y el tipo de contrato. Los resultados pueden tener especial relevancia en el diseño e instrumentación de estrategias de prevención del burnout en estos profesionales.

**Palabras clave:** Burnout; Personalidad resistente; Variables sociodemográficas.

### ABSTRACT

*The aim of this work was to identify the presence, level and distribution of the factors that constitute the burnout syndrome and its relationship with the hardiness personality, with the purpose of determining if the construct of hardiness personality can be understood as a protection factor that diminishes the probability that the individual develops and experience burnout, as well as analyzing the influence of the socio-demographic variables in the genesis process and development of burnout. It was carried out a descriptive study with transversal and correlational design in which participated a total of 119 health professionals. The instruments used were the Questionnaire of General Information, the Maslach Burnout Inventory, and the Inventory of Personal Points of View. A moderate-high grade of burnout was detected in the study population, being the infirmary personnel the more affected by this syndrome, in comparison with doctors. It was found a statistically significant negative correlation between hardiness and burnout. The socio-demographic variables that did have a statistically significant correlation with the burnout were sex, profession, age, academic level, and contract type. The results may have special relevance in the design and instrumentation of strategies of prevention of the burnout in these professionals.*

**Key words:** Burnout; Hardiness personality; Socio-demographic variables.

---

<sup>1</sup> Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, Dr. Luis Castelazo Ayala s/n, Col. Industrial Ánimas, 91190 Xalapa, Ver., México, tel. (228)841-89-13, correos electrónicos: erortega@uv.mx, orther@hotmail.com y roortiz@uv.mx. Artículo recibido el 28 de enero y aceptado el 13 de mayo de 2006.

<sup>2</sup> Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa" del Estado de Veracruz, Aguascalientes 100, Col. Progreso Macuiltépetl, 91130 Xalapa, Ver., México, tel. (228)843-35-94 al 99, correo electrónico: gcoronel@uv.mx.

## INTRODUCCIÓN

El estrés constituye una condición a la que todos los seres humanos se ven expuestos en algún momento o circunstancia de su vida. De acuerdo con Rout y Rout (2002), “es un proceso complejo en el cual el individuo responde a demandas o situaciones ambientales (estresores) con un patrón de respuestas por parte del organismo que pueden ser fisiológicas, conductuales, cognitivas, emocionales o una combinación de estas, al momento de ser interpretadas estas demandas o situaciones como amenazantes”. Para dichos autores, los estresores pueden ser eventos vitales (por ejemplo, nacimiento de un hijo, casamiento, muerte de un cónyuge, divorcio, etc.) o pequeños incidentes de la vida diaria (por ejemplo, llegar tarde al trabajo por motivo del tráfico, etc.).

La exposición a situaciones de estrés no es en sí misma algo “malo” o que necesariamente

conlleve efectos negativos; sólo cuando las respuestas de estrés —como consecuencia de innumerables estímulos o situaciones ambientales— son excesivamente intensas, frecuentes y duraderas, pueden producir una variedad de trastornos fisiológicos en el organismo (Arden, 2002; Rodríguez, Roque y Molerio, 2002).

En los momentos iniciales del estrés, tales cambios o trastornos son relativamente leves y necesarios ya que permiten al organismo emitir señales que le hacen posible ponerse en guardia y prevenir el desarrollo de problemas más importantes (Rodríguez y cols., 2002), pero cuando son excesivamente frecuentes se agota la energía, la resistencia y los mecanismos adaptativos del organismo (cuerpo), dejándolo más vulnerable ante los problemas de salud, como lo muestra Nogareda (1994) en el siguiente cuadro:

**Cuadro 1.** Consecuencias biológicas del estrés.

Afección	Estrés (fase inicial)	Estrés crónico
Cerebro	Ideación clara y rápida.	Dolor de cabeza, tics nerviosos, temblor, insomnio, pesadillas.
Humor	Concentración mental.	Ansiedad, pérdida del sentido del humor.
Saliva	Muy reducida.	Boca seca, nudo en la garganta.
Músculos	Mayor capacidad.	Tensión y dolor muscular, tics.
Pulmones	Mayor capacidad.	Hiperventilación, tos, asma, taquipnea.
Estómago	Secreción ácida aumentada.	Ardores, indigestión, dispepsia, vómitos.
Intestino	Aumento de la activación motora.	Diarrea, cólico, dolor, colitis ulcerosa.
Vejiga	Flujo disminuido.	Poliuria.
Sexualidad	Irregularidades menstruales.	Impotencia, amenorrea, frigidez, dismenorrea.
Piel	Menor humedad.	Sequedad, prurito, dermatitis, erupciones.
Energía	Aumento del gasto energético.	Fatiga fácil.
Corazón	Aumento del trabajo cardíaco.	Hipertensión, dolor precordial.

Por tanto, el estrés crónico que significa estar continuamente bajo tales circunstancias puede llegar a ser emocional y físicamente extenuante, con alto riesgo de desarrollar enfermedades y manifestaciones relacionadas con el estrés. Como respuesta al estrés laboral crónico, se genera el síndrome de *burnout*, que “es un tipo de estrés laboral institucional que afecta fundamentalmente a los profesionales que precisan mantener una relación de ayuda constante y directa con otras personas” (De las Cuevas, González de Rivera, De la Fuente, Alviani y Ruiz-Benítez, 1997).

Para Pines, Aronson y Krafy (1981), el *burnout* es “el resultado de una constante o repetida presión emocional asociada con un intenso involucramiento con otras personas por largos períodos de tiempo”. En tanto, Moreno, Oliver y Aragoneses (1991) señalan que el *burnout* puede “considerarse como el estado final de una progresión de intentos fracasados de manejar el estrés laboral crónico, que se produce principalmente en los marcos laborales de las profesiones de ayuda”.

Este síndrome se puede identificar a partir de tres dimensiones interrelacionadas:

1) *Cansancio o agotamiento emocional*, que puede ser definido como un proceso en el cual un individuo se sobrecarga y agobia por las demandas emocionales de otros, se siente agotado e incapaz de continuar (Hamann y Gordon, 2000) y cree que no tiene nada que ofrecer a los demás (Gil-Monte, 2002). Tal sentimiento se acompaña de manifestaciones somáticas y psicológicas, tales como abatimiento, irritabilidad, ansiedad y tedio; el individuo se muestra quejumbroso y exhausto, y permanentemente se le percibe insatisfecho y a disgusto con las tareas que son propias del trabajo que ha de realizar, de tal forma que pierde el interés y la capacidad de disfrutar de su tarea y, en general, cualquier sentimiento de satisfacción que en el pasado pudo tener (Carmona, Sanz y Marín, 2002; Drutman, 2001; Fernández y Manzano, 2002; Goncalves, Aizpiri, Barbado y cols., 2002).

2) *Despersonalización*, que pone de manifiesto la distancia defensiva del profesional hacia otras personas —especialmente frente a los beneficiarios de su propio trabajo— a través de un cambio negativo en sus actitudes y respuestas (Carmona y cols., 2002; Drutman, 2001; Moreno y Peñacoba, 1999); es decir, se caracteriza por el desarrollo de sentimientos y actitudes negativas, frías, agresivas y cínicas, deshumanización debida a un endurecimiento afectivo e insensibilidad hacia las necesidades de los receptores de su servicio o colegas, lo que implica que culpe a estos de sus problemas en el trabajo, frustraciones y descenso de su rendimiento laboral (Fernández y Manzano, 2002; Goncalves y cols., 2002; Hamann y Gordon, 2000; Lerner, 1980; Mingote, 1998; Pando, Bermúdez, Aranda y cols., 2003; Ryan, 1971).

3) *Baja realización personal*, que consiste en el sentimiento y la creencia, cada vez más generalizada, de que el trabajo no merece la pena (decepción), de que institucionalmente es imposible cambiar las cosas (insatisfacción con los resultados laborales) y de que no vale la pena intentar la mejora personal e institucional (descontento consigo mismo); finalmente, se caracteriza asimismo por la aparición de pensamientos recurrentes sobre el posible cambio de trabajo o, al menos, de institución donde pueda ejercer (Carmona y cols., 2002; Drutman, 2001; Mingote, 1998; Moreno y cols., 1991; Pando y cols., 2003). Para algunos autores (Mingote, 1998; Gil-Monte, 2002), es la

tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atiende.

Lo anteriormente expuesto hace que el síndrome de burnout sea visto como un fenómeno costoso (Atance, 1997; Díaz, Lartigue y Acosta, 2001; Drutman, 2001; Gil-Monte, 2002; Goncalves y cols., 2002; Maslach y Jackson, 1982; Mingote, 1998; Pines y cols., 1981) debido a que, desde su primera manifestación, los individuos experimentan los siguientes síntomas:

*Psicosomáticos*. Algias (dolor precordial, pinchazos en el pecho, dolores musculares en la espalda y cuello, dolores de estómago y dolores de cabeza), neurovegetativas (taquicardias, palpitaciones, dificultades respiratorias, hipertensión, temblor de manos), fenómenos psicossomáticos tipificados (crisis asmáticas, alergias, úlceras o desórdenes gastrointestinales, diarrea). Otras manifestaciones son los catarros frecuentes, una mayor frecuencia de infecciones, fatiga crónica, trastornos del sueño, falta de apetito, malestar en general y, en las mujeres, pérdidas de ciclos menstruales.

*Conductuales*. Ausentismo laboral, deshumanización, menor rendimiento laboral, aumento de conducta violenta, aumento en las relaciones conflictivas con los compañeros, demoras al llegar a las labores diarias, salir temprano o estar lo más posible fuera del área laboral, tomar periodos largos de descanso, aumento en el consumo de café, comida, cigarrillos, alcohol, barbitúricos y drogas, conflictos maritales, cambios bruscos de humor, aislamiento, incapacidad para relajarse y comportamientos de alto riesgo (conducción suicida, juegos de azar peligrosos), que en conjunto producen disminución en la efectividad y productividad laboral y deterioro de la calidad de vida en general.

*Emocionales*. Disforia, distanciamiento afectivo, impaciencia, deseos de abandonar el trabajo, irritabilidad, dificultad para concentrarse, déficit de la memoria, aumento de la susceptibilidad, sentimientos de soledad, ansiedad, sentimientos de impotencia o de omnipotencia, dudas acerca de su propia competencia profesional (vivencias de baja realización personal), desmotivación, hastío, baja autoestima, desinterés con posible retirada de la organización.

*Defensivos*. Negación de las emociones, ironía, atención selectiva y desplazamiento de sentimientos.

Este conjunto de síntomas cognitivos y conductuales puede aparecer de forma progresiva, con altibajos, y no siempre en su totalidad. Se dice que gran parte de las causas provienen del funcionamiento organizacional y del equipo, lo que favorece la aparición de dicho síndrome en muchos de sus miembros. Todo ello repercute negativamente en la vida familiar, laboral y social del sujeto que lo padece: pobreza o abandono de su rol social, rupturas de pareja y familiares, mala calidad asistencial a sus pacientes, y muchos efectos más.

En ese sentido, la asociación del burnout con la insatisfacción laboral, con estados emocionales negativos, con una degradación de la competencia profesional y de la propia imagen, con caída de la autoestima y de la percepción de la propia eficacia (Rodríguez, 1995), hace que el estudio del burnout en los médicos y enfermeras sea de vital importancia por ser estas profesiones consideradas de alto riesgo. Dicho riesgo no es extrañar si se consideran las tareas específicas que deben afrontar diariamente estos profesionales: atender el dolor y la muerte; emergencias que implican decisiones en las que la vida está en juego; sobrecarga de responsabilidades; exigencias por parte del paciente y de sus familiares, de los miembros de su equipo de trabajo y de la institución misma, al insistir exclusivamente en la calidad de sus servicios, y exigencias de productividad, eficiencia y uso óptimo de los recursos económicos, financieros y materiales, cuando las condiciones laborales no suelen ser las más propicias para ello.

Pese a que la mayoría de los estudios se centran en los factores de riesgo desde una perspectiva claramente asociada a la enfermedad (Peñacoba y Moreno, 1998), las recientes investigaciones sobre el tema parten de una perspectiva integradora que no sólo considera las variables de carácter organizacional, sino que también pone de manifiesto determinadas variables de personalidad como influencia positiva o negativa en diversos trastornos de salud, a las que supone potenciadores de la salud (Vera, 2004) que permiten al individuo mantenerse en un estado saludable.

Indudablemente, una amalgama de circunstancias pueden aliarse para producir estrés crónico en los profesionales, pero es la percepción personal y los mecanismos de afrontamiento los que parecen establecer el grado de vulnerabilidad individual (Zellars, Perrewe y Hochwarter, 1999). La conjugación de estos elementos explicaría el tipo de relación que se establece entre las variables organizacionales, relacionales y personales, y sobre todo la razón de que, en igualdad de condiciones de trabajo, algunas personas manifiestan síntomas de burnout, no así otras (Moreno, Garrosa y González, 2000).

En efecto, es notable que muchas personas permanezcan saludables a pesar de experimentar situaciones estresantes (Rowe, 1997). En ese sentido, surge la interrogante de qué hace a algunos más resistentes a los estresores diarios que enfrentan en su vida cotidiana, o por qué cierto tipo de personas enferman y tienen dificultad para superar la enfermedad, mientras que a otras no parece afectarles la enfermedad y pueden amortiguar la situación estresante. En la búsqueda por conocer cuáles son los indicadores del sujeto (y del contexto laboral) que favorecen los procesos de salud y bienestar, han surgido los modelos salutogénicos, los cuales se ocupan de los factores que contribuyen a que las personas permanezcan sanas a pesar de condiciones desfavorables o muy negativas.

Para Sullivan (1993), el término "salutogénesis" refleja un énfasis en la salud más que en la enfermedad (patogénesis) como fenómeno de interés en un nuevo paradigma que guía la investigación en el campo del estrés y el afrontamiento. El enfoque único de este modelo, de acuerdo con dicho autor, va más allá de la pregunta epidemiológica tradicional de por qué las personas desarrollan una cierta enfermedad, e incluso del problema general de por qué enferman; este enfoque se dirige a preguntar cómo es que permanecen saludables.

En general, los modelos salutogénicos han enfatizado la relevancia de las variables personales del sujeto, especialmente las variables estables que identifican un estilo conductual de responder de la persona; es decir, tratan de determinar las variables o características que disminuyen la probabilidad de que las personas lleguen a experimentar estrés o burnout.

Entre tales modelos se halla el de Kobasa (1979, 1982), quien desarrolla el constructo de *hardy personality* a partir del estudio de aquellas personas que, ante ciertos hechos vitales negativos, parecen tener características de personalidad que los protegen. Su trabajo, en términos generales, describe un tipo de “personalidad resistente” que facilita una adaptación adecuada a posibles sucesos estresantes y, por consiguiente, una disminución de la probabilidad de padecer malestar y enfermedad. Dicho modelo está conformado y se explica a partir de tres dimensiones interrelacionadas:

*Compromiso.* Es la tendencia a desarrollar conductas y habilidades caracterizadas por la implicación activa personal y la tendencia a identificarse con lo que se hace y con el propio trabajo; por tanto, es un sentido de propósito, valor, interés y significado, expresado por la forma de involucrarse en las diferentes situaciones de la vida (trabajo, familia, relaciones interpersonales, instituciones sociales) (Dobe, 2002; Harrisson, Loisselle, Duquette y Semenic, 2002; Kosaka, 1996; Lambert y Lambert, 2003; Low, 1996; Manganelli, 1998; Moreno, González y Garrosa, 2001; Nicholas, 1993; Soderstrom, Dolbier, Leiferman y Steinhart, 2000; Vera, 2004).

La cualidad del compromiso inherente a la personalidad resistente no se limita únicamente a un sentimiento de autoestima o de competencia personal, sino que incluye también un sentimiento de comunidad, de corporación, de pertenencia (eso que los existencialistas denominan “existir con otros”), sentimiento que supone un beneficio al tener una disposición de ayuda de otros en situaciones estresantes si lo necesitan, y de que los otros cuentan con su apoyo para hacer frente a esas situaciones estresantes (Moreno y cols., 2001; Peñacoba y Moreno, 1998; Roca, 2004).

*Control.* Se refiere a la creencia y convicción que tiene la persona de poder intervenir en el curso de los acontecimientos dentro de límites razonables (Dobe, 2002; Harrisson y cols., 2002; Kosaka, 1996; Low, 1996; Manganelli, 1998; Soderstrom y cols., 2000). Quienes así piensan, consideran que no son ajenos al desarrollo de los episodios en los que participan y que pueden influir en ellos alterando o modificando su curso, minimizando las creencias de indefensión ante los eventos displacenteros y buscando explicacio-

nes sobre el porqué de los hechos, enfatizando su propia responsabilidad en detrimento de las acciones de otros, del azar o del destino (Kosaka, 1996; Lambert y Lambert, 2003; Moreno y cols., 2001; Nicholas, 1993; Peñacoba y Moreno, 1998; Roca, 2004; Vera, 2004). Ello les permite considerar que pueden utilizar los sucesos —al menos parcialmente— en su propio beneficio al tener siempre presente algunas consecuencias predecibles debidas a su propia actividad (Vera, 2004).

*Reto.* Lleva a los sujetos a considerar que el cambio está presente en todos los aspectos de la vida como característica habitual y que supone una posibilidad y una alternativa para mejorar las propias competencias (Dobe, 2002; Lambert y Lambert, 2003; Moreno y cols., 2001, Vera, 2004); por ende, es visto como productor de crecimiento personal (Manganelli, 1998; Nicholas, 1993). Esta dimensión, según Peñacoba y Moreno (1998), proporciona flexibilidad cognitiva y tolerancia a la ambigüedad, dos características que permiten considerar el cambio como la condición natural y más deseable. Así, facilita la aparición de estados saludables a través de dos vías: una directa, como percepción positiva del cambio, y otra indirecta, dado que no se dedican esfuerzos cognitivos a la percepción de la amenaza, sino que se invierten en el afrontamiento efectivo o búsqueda de recursos.

Definitivamente, si no se pueden cambiar las normas, reglas y estructuras organizacionales de un sistema sanitario en general y de un hospital en particular, la actuación del psicólogo de la salud puede incidir sobre aspectos individuales de personalidad que, tras su modificación o mantenimiento, hacen factible brindar a las personas conocimientos, habilidades y estrategias para su beneficio y protección.

Si la respuesta a la solución de fenómenos tan complejos como el burnout es el estudio de constructos como la personalidad resistente, entonces el esfuerzo debe dirigirse a conocer y probar lo que la literatura reporta sobre ellos. En ese sentido, la presente investigación se orientó al estudio de la personalidad resistente como una de las posibles alternativas para la solución y manejo del fenómeno de burnout, en cuanto que la personalidad resistente se caracteriza por ser un modulador que reduce la probabilidad de experimentar estrés o de atenuar sus consecuencias negativas,

facilitando una adaptación adecuada a posibles eventos estresantes y, por consiguiente, una disminución del riesgo de enfermar.

Por lo anteriormente expuesto, se realizó el presente estudio con el objetivo de analizar el comportamiento del síndrome de burnout y su relación con el constructo de personalidad resistente en médicos y enfermeros del un centro estatal de cancerología ubicado en la ciudad de Xalapa (México), con la finalidad de que este análisis arroje elementos útiles para el diseño de propuestas de intervención encaminadas a su prevención, manejo o solución; sobre todo, se espera que los resultados de dichas propuestas se reflejen en los niveles individual, institucional y social implicados.

## MÉTODO

### Participantes

La población de este estudio descriptivo, transversal y correlacional quedó constituida por 119 profesionistas (61 del personal de enfermería y 58 del personal médico) de los diferentes servicios y turnos del Centro Estatal de Cancerología de Veracruz "Dr. Miguel Dorantes Mesa", de la antecitada ciudad.

### Instrumentos

Para obtener la información necesaria, se utilizaron los siguientes instrumentos:

a) *Cuestionario de información general*, de elaboración propia, que permite conocer algunos aspectos sociodemográficos y características laborales del personal en estudio, tales como sexo, edad, estado civil, escolaridad, profesión, turno, antigüedad en la institución, tipo de contrato y demás.

b) *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, que es un inventario de veintidós ítems distribuidos en tres escalas denominadas "agotamiento emocional" (nueve ítems), "despersonalización" (cinco ítems) y "realización personal" (ocho ítems), en los que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre sus sentimientos y pensamientos en relación con diversos aspectos de su interacción en el trabajo y su desempeño habitual. Las respuestas a los ítems se dan en una escala tipo Likert con siete categorías de respuesta, con recorrido de "nunca", que tiene un valor de 0, a "todos los días", con un valor de 6. Altas puntuaciones en agotamiento emocional y despersonalización y bajas en realización personal indican un mayor desgaste profesional. Así, el burnout se entiende como una variable continua que ordena a los individuos en un nivel bajo, moderado o alto, según la puntuación obtenida (Tabla 1), elaborada específicamente para extraer valores de referencia propios de la población de estudio, sobre la cual se basaron los resultados y su interpretación.

c) *Inventario de Puntos de Vista Personales (PVP)*, que consta de cincuenta ítems que evalúan y reflejan operacionalmente las tres dimensiones que componen la personalidad resistente ya descritas: reto (diecisiete ítems), compromiso (dieciséis ítems) y control (diecisiete ítems). Las respuestas a los ítems se proporcionan en una escala tipo Likert con cuatro categorías de respuesta, que van desde "totalmente falso", con valor de 1, hasta "totalmente verdadero", con valor de 4. Dado que este instrumento aún no cuenta con baremos y normas diagnósticas, se elaboró un cuadro operativo (Tabla 2) que clasifica las puntuaciones de los sujetos en tres niveles: bajo, medio y alto.

**Tabla 1.** Criterios diagnósticos operativos para obtener los niveles del síndrome de burnout.

Criterios diagnósticos operativos	Niveles			
	Media	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	10.65 ± 8.77	≤ 3	4-15	≥ 16
Despersonalización	3.26 ± 3.64	≤ 0	1-6	≥ 7
Realización personal	40.14 ± 7.91	≤ 34	35-52	≥ 53

**Tabla 2.** Criterios diagnósticos operativos para obtener los niveles de la personalidad resistente.

Criterios diagnósticos operativos	Niveles			
	Media	Bajo	Medio	Alto
Reto	48.06 ± 5.12	≤ 44	45-52	≥ 53
Compromiso	51.22 ± 4.09	≤ 48	49-54	≥ 55
Control	53.88 ± 5.05	≤ 50	51-57	≥ 58

## Procedimiento

El primer paso para obtener la información fue solicitar el apoyo por parte de director de la institución, en tanto que el siguiente se refirió propiamente a la aplicación de los instrumentos. Por cuestiones de espacio en el hospital, y por las propias actividades y horarios del personal médico y de enfermería, no fue posible hacer un levantamiento de la información de manera grupal como se tenía considerado inicialmente. Se logró el acceso a la mayor parte de las áreas que conforman el hospital y el apoyo de los jefes de servicio de las áreas de enfermería y medicina, lo que permitió aplicar individualmente los cuestionarios. En el caso de no encontrarse el personal requerido, se dejaba a los jefes de servicio los respectivos cuestionarios para que el personal los contestara, regresando posteriormente por los que estuvieran debidamente llenados. La información se manejó de manera anónima y confidencial.

## Análisis estadístico

Para llevar a cabo el análisis estadístico, se utilizó el Software Statistica 6.1, Statsoft, Inc<sup>®</sup>, 1984-2002. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo mediante la aplicación de Basic Statistics, necesario para la descripción del comportamiento de cada una de las variables consideradas en la investigación. Para el análisis inferencial, se utilizó el módulo Nonparametrics, el cual permite explorar la correlación entre dichas variables. Dentro de este módulo se utilizó el coeficiente de correlación de Kendall-Tau, que permite trabajar con datos categóricos de escala ordinal y mide la fuerza de relación entre dos variables con un nivel de significancia aceptable de  $p \leq 0.05$ .

## RESULTADOS

### Análisis descriptivo

De los 119 profesionistas que participaron en el estudio, 51% correspondió al personal de enfermería y 49% al personal médico. El 56% estuvo constituido por mujeres. La edad promedio de la población fue de 40 años, siendo el rango de 31 a 50 años donde se ubicó 55% de ella.

Respecto del estado civil, 55% de la población contaba con pareja (casados y unión libre), y 38% tenía un nivel académico de especialidad.

De las diferentes áreas de trabajo que integran el hospital, se encontró que en las de consulta externa, hospitalización y oncología se concentraba 80% del personal; 78% tenía entre uno y veinte años de labor en el hospital. El 44% de la población de estudio trabajaba en el turno matutino, con una antigüedad que iba de uno a diez años (63%). El tipo de contrato que predominó en la población de estudio fue el de base (68%), lo que da cuenta del tipo de seguridad en el empleo.

El 55% reportó atender de uno a diez pacientes en una jornada normal de trabajo, dedicando de once a veinte minutos por cada paciente. Sólo 44% reportó desempeñar otro trabajo adicional, específicamente en un consultorio privado (67% de ese porcentaje), para lo cual ocupaba los turnos vespertino (34%) y mixto (33%).

Del listado de síntomas elaborado con la finalidad de indagar cuál de estos presentaba frecuentemente el personal médico y el de enfermería en algún momento de su jornada, los que tuvieron porcentajes ligeramente altos fueron las cefaleas recurrentes (28%), dolor epigástrico al consumir alimentos (25%), pesadez o compresión al nivel del cuello (44%), dolor acompañado de rigidez

en la espalda (46%), cansancio, fatiga y agotamiento (36%); aun cuando no ocurrían en porcentajes elevados, ya muestran un claro indicio de su presencia y posibles repercusiones en sus actividades laborales y salud.

Del total de la muestra, 36% (43 casos) manifestaba burnout (medio y alto), siendo el personal de enfermería el más afectado (Cuadro 1).

En el Cuadro 2 se muestran los resultados de las mediciones en los tres niveles.

**Cuadro 1.** Distribución de la población que tiene burnout por profesión.

Burnout	Enfermería						Burnout	Medicina					
	Mujeres		Hombres		Total			Mujeres		Hombres		Total	
	fr	%	fr	%	fr	%		fr	%	fr	%	fr	%
Sí	24	39	3	5	27	44	Sí	6	10	10	17	16	28
No	27	44	7	11	34	56	No	10	17	32	55	42	72
Total	51	84	10	16	61	100	Total	16	28	42	72	58	100

**Cuadro 2.** Medias y las frecuencias obtenidas por niveles.

Población (n = 119)	Niveles de burnout						
	Media	Bajo		Medio		Alto	
		fr	%	fr	%	fr	%
Agotamiento emocional (AE)	10.65 ± 8.77	31	26	59	50	29	24
Despersonalización (DE)	3.26 ± 3.64	43	36	61	51	15	13
Realización personal (RP)	40.14 ± 7.91	29	24	90	76	-	-

Al realizar el análisis respecto de la presencia y nivel de la personalidad resistente en la población de estudio, se halló que 21% del personal de enfermería y 28% del médico tenía este tipo de perso-

nalidad (Cuadro 3). El Cuadro 4 muestra a su vez las medias y distribución por niveles obtenidos en reto, compromiso y control.

**Cuadro 3.** Distribución de la población con personalidad resistente por profesión.

Personalidad resistente	Enfermería						Personalidad resistente	Medicina					
	Mujeres		Hombres		Total			Mujeres		Hombres		Total	
	fr	%	fr	%	fr	%		fr	%	fr	%	fr	%
Sí	15	25	2	3	17	28	Sí	3	5	9	16	12	21
No	36	59	8	13	44	72	No	13	23	33	56	46	79
Total	51	84	10	16	61	100	Total	16	28	42	72	58	100

**Cuadro 4.** Medias y distribución por niveles obtenidos en reto, compromiso y control.

Total de la población (n = 119)	Niveles de personalidad resistente						
	Media	Bajo		Medio		Alto	
		fr	%	fr	%	fr	%
Reto	48.07 ± 5.13	27	23	73	61	19	16
Compromiso	51.23 ± 4.04	25	21	68	57	26	27
Control	53.88 ± 5.05	29	24	58	49	32	27

**Análisis inferencial**

De las hipótesis planteadas en esta investigación y que dan cuenta de la relación entre las variables sociodemográficas, burnout y personalidad resistente, las que resultaron significativas fueron, a saber:

H<sub>i1</sub>. A mayor presencia de burnout, menor personalidad resistente (p ≤ .022260).

H<sub>i2</sub>. El personal de medicina exhibe un menor nivel de burnout en comparación con el personal de enfermería (p ≤ .005142).

H<sub>i4</sub>. Los sujetos del sexo femenino muestran mayor nivel de burnout que los del sexo masculino (p ≤ .000992).

H<sub>i6</sub>. A mayor edad, menor nivel de burnout (p ≤ .044870).



H<sub>i10</sub>. A mayor nivel académico, menor nivel de burnout ( $p \leq .022260$ ).

H<sub>i20</sub>. Los sujetos que cuentan con base en su empleo manifiestan menor nivel de burnout frente a los sujetos que cuentan con contrato por tiempo determinado ( $p \leq .032099$ ).

H<sub>i23</sub>. Los sujetos que tienen una pareja estable presentan mayor nivel de personalidad resistente que quienes no tienen pareja ( $p \leq .008382$ ).

## DISCUSIÓN

La investigación realizada ilustra la aplicación de modelos teóricos a la situación específica de un hospital de cancerología. En general, el trabajo detecta un grado moderadamente alto de burnout; al comparar estos resultados con otras muestras, se observa que el nivel de burnout en el tipo de personal evaluado en la investigación (médicos y enfermeras) es similar al de otros estudios (Caballero, Bermejo, Nieto y Caballero, 2001; Pardo, López, Moraña y cols., 2002; Pera y Serra-Prat, 2002; Quiroz y Saco, 2004; Román, 2003).

En relación con el sexo y de acuerdo a lo reportado por numerosos autores (Albaladejo, Villanueva, Ortega y cols., 2004; Álvarez, Arce, Barrios y Sánchez, 2005; Atance, 1997, entre otros), se confirma que son las mujeres el grupo más vulnerable debido a la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y el trabajo en el hogar, así como la elección de una carrera que prolonga el rol de la mujer. Respecto de la profesión, es el personal de enfermería el que reporta niveles más elevados de burnout; debe recordarse que a este grupo de profesionales lo conforman en su mayoría mujeres, situación que viene a reforzar lo anteriormente dicho, y que las características propias del trabajo de la enfermera son el cuidado estrecho y continuo de los pacientes durante toda la jornada de trabajo.

En el estudio se confirmó la hipótesis de que la edad guarda relación con la presencia de burnout, confirmando lo reportado por Atance (1997), Álvarez y cols. (2005) y Martínez y López (2005), quienes han encontrado que los profesionales de mayor edad exhiben menos burnout en comparación con los profesionales jóvenes; parecería que los profesionales de mayor edad han superado las

expectativas idealistas con las que todo profesional joven comienza su vida laboral, además de que la experiencia laboral les ha proporcionado elementos que les han permitido permanecer en su trabajo.

La relación entre la variable sociodemográfica “nivel académico” y el burnout fue estadísticamente significativa, encontrándose que entre mayor es el nivel académico, menor es el nivel de burnout. Esto podría explicarse en términos de que el nivel académico le puede proporcionar mayor acceso a la información, mayor capacidad de análisis y mejor comprensión de lo que implican los altos niveles de estrés en la salud.

Respecto del tipo de contrato, se halló que los sujetos que disponían de base en su empleo mostraron un menor nivel de burnout, lo que confirma lo encontrado en el estudio realizado por Quiroz y Saco (2004).

Por otra parte, los resultados parecen confirmar que el modelo de personalidad resistente ejerce una influencia moduladora en los procesos de estrés y burnout. En este estudio, la relación que hay entre la personalidad resistente y el burnout fue negativa y estadísticamente significativa, aunque por la poca relación que se establece entre la personalidad resistente con las demás variables sociodemográficas sería conveniente limitar este resultado a dicha población antes de realizar afirmaciones contundentes y generalizadas.

Dada la presencia del síndrome en el entorno hospitalario y a que definitivamente detrás de él subyacen muchos de los problemas que aquejan al sistema sanitario —no sólo en lo que se refiere a malestar físico o psíquico del trabajador, sino a sus consecuencias (empeoramiento de la relación médico-paciente y de la calidad de atención, incumplimiento de horarios, falta de motivación para el trabajo, entre otros)—, se deberían poner en marcha medidas que eviten su desarrollo y progresión.

Se han planteado diferentes estrategias para la reducción y prevención del burnout; algunos autores concluyen que los altos niveles de burnout sólo pueden ser aliviados de forma individual basándose en cambios de actitudes personales dirigidas a un mejor manejo de las situaciones de estrés cotidianas inherentes a dichas profesiones. Una de las posibles opciones para ello sería tratar de mejorar los recursos de protección o de resistencia

individual para afrontar de forma más eficiente los estresores propios de la función laboral y potenciar la percepción de control y la autoeficacia personal. Trabajando desde un ambiente educativo en la construcción de un patrón de comportamiento que tenga el perfil de la personalidad resistente —concepto dinámico que tiene cambios en el tiempo debidos al aprendizaje—, es muy probable modificar este tipo de comportamientos asociados al contexto laboral.

Lo que metodológicamente pudiera considerarse una limitación en esta investigación es la utilización de instrumentos generados en otros países. La razón es que los criterios diagnósticos operativos reportados por Mingote (1988) y ampliamente difundidos en la investigación sobre burnout están basados necesariamente en un sistema sanitario muy diferente del local. Si bien el Inventario de Puntos de Vista Personales es una adaptación al español del Personal Views Survey de Kobasa (1982) realizada por Moreno, Alonso y Álvarez (1998), se recomienda utilizarlo con las debidas precauciones en los países hispanoparlantes y solamente con la finalidad de contar con aproximaciones exploratorias al estudio de la personalidad resistente, ya que aún no cuenta con baremos ni normas diagnósticas. En ese sentido,

la posible falla se superó en este estudio recurriendo al mismo procedimiento del sistema de percentiles que en su momento hicieran Maslach y Jackson (1982) para obtener valores de referencia propios de la población de estudio para cada escala, logrando así que los datos estuvieran más acordes a la situación.

En resumen, se puede decir que, a pesar de haberse confirmado la relación entre algunas variables sociodemográficas y la presencia de burnout, así como la que hay entre las variables de personalidad resistente y burnout, dichos hallazgos no pueden ser generalizados en virtud de las características de la población estudiada. Sería conveniente llevar a cabo un estudio con el mismo contingente de personal, pero en diferentes áreas del sector salud; es decir, siendo el Centro Estatal de Cancerología un hospital oncológico, el personal médico y de enfermería ya tiene de antemano la carga emotiva que implica el manejo de pacientes con una enfermedad como el cáncer, a lo que se suma la carga de estrés inherente a dicha actividad profesional. Además, permitiría constatar con mayor seguridad el papel que desempeña la personalidad resistente como modulador frente al burnout.

## REFERENCIAS

- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M.E. y Domínguez, V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505-516.
- Álvarez, A.M., Arce, M.L., Barrios, A.E. y Sánchez de C., A.R. (2005). Síndrome de burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes. *Revista de Posgrado de la Via. Cátedra de Medicina*, 141, 27-30.
- Arden, J.B. (2002). *Surviving job stress: How to overcome workday pressures*. Franklin Lakes, NJ: Career Press Incorporated.
- Atance M., J.C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 7(3), 293-303.
- Caballero M., M.A., Bermejo F., F., Nieto G., R. y Caballero M., F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 27(5), 313-317.
- Carmona M., F.J., Sanz R., L.J. y Marín M., D. (2002). Relaciones entre el síndrome de burnout y el clima laboral en profesionales de enfermería. *Interpsiquis 2002*. Disponible en <http://www.psiquiatria.com> (Consultado el 23 de abril de 2002).
- De las Cuevas, C., González de Rivera, J.L., De la Fuente, J.A., Alviani, M. y Ruiz B., A. (1997). Burnout y reactividad al estrés. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 41, 10-18.
- Díaz R., R.M., Lartigue B., T. y Acosta V., M.E. (2001). Síndrome de burnout. Desgaste emocional en cirujanos dentistas. *Revista ADM*, 63(2), 63-67.
- Dobe, K. (2002). *The relationship between hardiness, health locus of control, and attitudes towards complying to medical advice concerning preventive care*. Disponible en línea: <http://www.anselm.edu/internet/psych/theses/seniors2002/dobe> (Consultado el 26 de agosto de 2004).
- Drutman, J. (2001). Burnout o el “incendio” de los trabajadores de salud. *Revista Virtual Odontomarketing*. Disponible en línea: <http://www.odontomarketing.bizland.com/articulos/art37.htm>.

- Fernández L., N. y Manzano G., G. (2002). Síndrome de burnout: sus efectos y prevención en las organizaciones. *Capital Humano*, 151. Disponible en línea: <http://www.bdntraining.com/web/noticias/repo26.asp>.
- Gil-Monte P., R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-Genral Survey. *Salud Pública de México*, 44(1), 33-40.
- Goncalves F., E., Aizpiri J., A., Barbado A., P.J., Cañones G., A., Fernández C., J.J., Rodríguez, S., De la Serna, P. y Solla C., J.M. (2002). Síndrome de burnout en el médico general. *Medicina General*, 43, 278-283.
- Hamann, D.L. y Gordon, D.G. (2000). Burnout. *Music Educators Journal*, 87(3), 34-40.
- Harrison, M., Loisselle, C.G., Duquette, A. y Semenic, S.E. (2002). Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Quebec. *Journal of Advanced Nursing*, 38(6), 584-591.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality and health: an inquiry to hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Kobasa, S.C. (1982). The hardy personality: toward a social psychology of stress and health. En G. S. Sanders y J. Suls (Eds.): *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kosaka, M. (1996). Relationship between hardiness and psychological stress response. *Journal of Performance Studies*, 3, 35-40.
- Lambert, V.A. y Lambert, C.E. (2003). Psychological hardiness, workplace stress and related stress reduction strategies. *Nursing and Health Sciences*, 5, 181-184.
- Lerner, M.J. (1980). *The belief in a just world: a fundamental delusion*. New York: Plenum Press.
- Low, M.J. (1996). The concept of hardiness: a brief but critical commentary. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 588-590.
- Manganelli, P. (1998). *Hardiness and health. A thesis*. Department of Psychology of Saint Anselm College. Disponible en línea: <http://www.anselm.edu/internet7psych/senior99/manganelli.htm>.
- Martínez L., C. y López S., G. (2005). Características del síndrome de burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Archivos en Medicina Familiar*, 7(1), 6-9.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis. En G. S. Sanders y J. Suls (Eds.): *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Mingote, A. (1998). Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continuada (Barcelona)*, 5(8), 493.
- Moreno J., B., Alonso, M. y Álvarez, E. (1998). Sentido de coherencia, personalidad resistente, autoestima y salud. *Psicología de la Salud*, 13(2), 185-207.
- Moreno J., B., Garrosa H., E. y González G., J.L. (2000). Personalidad resistente, burnout y salud. *Escritos de Psicología*, 4: 64-77.
- Moreno J., B., González G., J.L. y Garrosa H., E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En J. Buendía y F. Ramos (Eds.): *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Pirámide.
- Moreno J., B., Oliver, C. y Aragonese, A. (1991). El "burnout", una forma específica de estrés. En G. Buela-Casal y V.E. Caballo (Comps.): *Manual de psicología aplicada*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Moreno J., B. y Peñacoba P., C. (1999). El estrés asistencial en los servicios de salud. En M. A. Simón (Ed.): *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, métodos y aplicaciones* (pp. 739-761). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Nicholas, P.K. (1993). Hardiness, self-care practices and perceived health status in older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1085-1094.
- Nogareda C., S. (1994). Fisiología del estrés. *Notas Técnicas de Prevención del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo*, 5(10). Disponible en línea: [http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp\\_e10.htm](http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_e10.htm).
- Pando M., M., Bermúdez, D., Aranda B., C., Pérez C., J., Flores S., E. y Arellano P., G. (2003). Prevalencia de estrés y burnout en los trabajadores de la salud en un hospital ambulatorio. *Psicología y Salud*, 13(1), 47-52.
- Pardo A., J., López H., F., Moriña M., M., Pérez C., M., Freire P., P. y Fernández L., R. (2002). ¿Estamos quemados en atención primaria? *Medicina de Familia*, 3(4), 245-250.
- Peñacoba, C. y Moreno J., B. (1998). El concepto de personalidad resistente. Consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología*, 58, 61-96.
- Pera, G. y Serra-Prat, M. (2002). Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria (Barcelona)*, 16(6), 480-486.
- Pines, A., Aronson, E. y Kafry, D. (1981). *Burnout: from tedium to personal growth*. New York: Free Press.
- Quiroz V., R. y Saco M., S. (2004). Factores asociados al síndrome burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cuzco. *Rev. Electrónica SITUA*, 23. Disponible en línea: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevisitas/situa/situa.htm>.
- Roca P., M.A. (2004). La personalidad resistente, variable moduladora de la salud. *Psicología Positiva*, 1. Disponible en línea: <http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=News&file=article&sid=193>.

- Rodríguez G., R., Roque D., Y. y Molerio P., O. (2002). Estrés laboral, consideraciones sobre sus características y formas de afrontamiento. *Psicología Científica*. Disponible en línea: [http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar-gonro01\\_1.htm](http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar-gonro01_1.htm).
- Rodríguez M., J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Román H., J. (2003). Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana Salud Pública*, 29(2), 103-110.
- Rout, U.R. y Rout, J.K. (2002). *Stress management for primary health care professionals*. Hingham, MA: Kluwer Academic Publishers.
- Rowe, M.M. (1997). Hardiness, stress, temperament, coping, and burnout in health professionals. *American Journal of Health Behavior*, 21(3), 163-172.
- Ryan, W. (1971). *Blaming the victim*. New York: Pantheon.
- Soderstrom, M., Dolbier, C., Leiferman, J. y Steinhardt, M. (2000). The relationship of hardiness, coping strategies, and perceived stress to symptoms of illness. *Journal of Behavioral Medicine*, 23(3), 311-328.
- Sullivan, G.C. (1993). Towards clarification of convergent concepts: sense of coherence, will to meaning, locus of control, learned helplessness and hardiness. *Journal of Advanced Nursing*, 18(11), 1772-1778.
- Vera P., B. (2004). Resistir y rehacerse: una reconceptualización de la experiencia traumática desde la psicología positiva. Personalidad resistente, resiliencia y crecimiento postraumático. *Psicología Positiva*. Disponible en línea: <http://www.psicologia-positiva.com/resistir.pdf>.
- Zellars, K.L., Perrewe, P.L. y Hochwarter, W.A. (1999). Mitigating burnout among high-NA employees in health care: what can organizations do? *Journal of Applied Social Psychology*, 29(11), 250-271.