

**Efectos del Psicodrama Sobre los Niveles de *Burnout*
en Personal de Enfermería de Terapia Intensiva
del Hospital Universitario de Caracas**

Sarina Guerra y Yamileth Romero
sarinita73@gmail.com, yamileth.romero@gmail.com
Escuela de Psicología-Universidad Central de Venezuela

Resumen

Para conocer el efecto del Psicodrama sobre los niveles del síndrome de *Burnout*, se llevó a cabo un estudio cuasi-experimental en una muestra de 46 Profesionales de Enfermería de Terapia Intensiva del Hospital Universitario de Caracas. Se realizó un pre-test para medir los niveles de *Burnout* a través del *Maslach Burnout Inventory* (MBI) y un grupo focal, encontrándose que 50% de la muestra tenía niveles medios y altos de Agotamiento Emocional y medios y bajos de Despersonalización y Realización Personal. Posteriormente, se realizó una sesión psicodramática que se evaluó a través de un cuestionario y un pos-test del MBI. La intervención produjo un incremento en la Realización Personal, concluyéndose que el Psicodrama tiene efectos positivos sobre los niveles de *Burnout* y representa una estrategia útil de apoyo social en el trabajo.

Descriptores: Síndrome de *Burnout*, Psicodrama, estrés laboral, personal de enfermería, *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

Effects of psychodrama on the levels of Burnout in intensive care nursery staff from Hospital Universitario de Caracas

Abstract:

This exploratory, descriptive, quasi-experimental study was carried out to know the effect of psychodrama on the levels of *Burnout* syndrome. The sample was 46 intensive care nursery professionals from the Hospital Universitario de Caracas. A pretest was administered to measure the levels of *Burnout* using the Maslach Burnout Inventory (MBI) and a focus group. The findings revealed that 50% of the sample showed middle and high levels of Emotional Exhaustion. They also showed middle and low levels of depersonalization and personal realization. Subsequently, a psychodramatic session was held which was evaluated using a questionnaire and a MBI posttest. The intervention yielded an increase in personal realization. It was concluded that the psychodrama has positive effects on the levels of *Burnout* and represents a useful social support strategy at work.

Descriptors: Burnout syndrome, psychodrama, work-related stress, nursery staff, Maslach, Burnout Inventory (MBI).

Se ha dicho que la palabra estrés es una de las más imprecisas del vocabulario científico, ya que diferentes autores le han dado gran variedad de significados. De acuerdo a Reeve (1994), Selye, fue el primero que se refirió al estrés tal y como se conoce actualmente y lo definió desde un punto de vista fisiológico, como un estado interno del individuo, caracterizado por el aumento en la actividad del Sistema Nervioso Autónomo (SNA). A pesar de no haber acuerdos únicos, la mayoría de los autores definen el estrés basándose en tres categorías: estímulo, respuesta y proceso.

Una definición de **estrés como estímulo**, es la señalada por Holmes (1979, c.p. Reeve, 1994) quien lo describe como una *situación estímulo* que demanda del individuo su adaptación, así, cualquier acontecimiento potencialmente peligroso, que exija un ajuste de la persona al ambiente, puede ser visto como estrés. El **estrés como respuesta**, sea fisiológica o psicológica, es la que manifiesta un individuo ante un estresor ambiental (Ivancevich y Matteson, 1992). En contraposición a lo inadecuado de las definiciones basadas en estímulo y respuesta, Lazarus y Folkman introducen la idea de **estrés como proceso** (Reeve, 1994). Según Lazarus, el individuo hace una gran actividad cognitiva desde el momento en que está expuesto a un estresor potencial, hasta la reacción que tiene ante él, atravesando por un proceso de tres fases: **anticipación**: el individuo analiza cuáles serán las consecuencias del estresor y cómo lo afrontará; luego pasa por la fase de **espera** del feedback ante la adecuación o no de sus respuestas de afrontamiento; y por último la fase de **resultado**, en la que sucede la reacción ante el éxito o fracaso de sus respuestas de afrontamiento (Reeve, 1994).

El **estrés laboral** es un proceso dinámico de interacción entre la persona y el ambiente que le rodea, se inicia cuando el individuo percibe un desequilibrio entre las demandas de su entorno y su capacidad de respuesta a tales demandas, acarreado consecuencias negativas importantes (Gil-Monte, 2005). El estrés es uno de los riesgos laborales más importantes en los profesionales del sector salud, dado que médicos, enfermeros y auxiliares, suelen estar en contacto permanente con los problemas emocionales y físicos de los pacientes y sus familiares (Pérez, Martín, Gallego, Correa y Pérez, 2003). En relación a esto, en un estudio realizado en el Hospital Yagüe de Burgos, De la Gándara (1998, c.p. Pérez y Cols. 2003), se encontró que los trastornos afectivos, estrés y ansiedad, afectaban preferentemente al personal médico y de enfermería. Al parecer, los trabajadores de determinadas áreas de servicio son más vulnerables a padecer

síndromes asociados al estrés laboral, como es el caso del *Burnout*, respuesta al estrés laboral crónico que aparece cuando las estrategias de afrontamiento que utiliza el individuo ante las demandas ambientales, no son efectivas (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Síndrome de *Burnout*

Burnout, es un término que proviene del neo-anglicismo *Bournout*, que significa “quemarse” o “estar quemado”, fue descrito por primera vez en el año 1947 por un psiquiatra neoyorquino de nombre Freudenberger (Garcés, 2005), quien observó sistemáticamente en los voluntarios de una clínica para toxicómanos, la progresiva pérdida de energía, agotamiento y padecimiento de síntomas como ansiedad y depresión, así como la desmotivación en el trabajo y agresividad contra los pacientes. (Gil-Monte, 2005). A continuación se resume esquemáticamente la evolución histórica del término *Burnout*:

Tabla 1.

Evolución del concepto Burnout de acuerdo a diferentes autores.

Autor	Año	Definición
Freudenberger	1974	Fallar, agotarse o llegar a desgastarse debido a un exceso de fuerza y demandas excesivas de energía y recursos.
Maslach y Pines	1977	Síndrome de agotamiento físico y emocional que implica el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, pobre autoconcepto, y pérdida del interés por los clientes que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicio.

Maslach y Jackson	1979	Síndrome de agotamiento emocional y de cinismo que ocurre con frecuencia en los individuos que trabajan hacia personas, y que dedican mucho tiempo a las relaciones personales de carácter confidencial con esas personas bajo condiciones crónicas de estrés y de tensión.
Edelwich y Brodsky	1980	Pérdida progresiva del idealismo, de la energía y del deseo y de alcanzar objetivos, que aparece en los profesionales de ayuda como resultado de sus condiciones de trabajo.
Pines y Krafy	1982	Estado de agotamiento mental, emocional y físico causado por el estrés emocional crónico resultado de la implicación excesiva con la gente durante largos períodos de tiempo.
Maslach y Jackson	1986	Proceso de pérdida gradual de responsabilidad y desinterés entre los compañeros de trabajo en el campo de la psicología social
Gil-Monte y Peiró	1999	Respuesta al estrés laboral crónico, que está caracterizado por percepción de fracaso profesional por parte del trabajador, desarrollo de actitudes negativas hacia las personas que lo rodean y agotamiento emocional.

Actualmente, la definición de *Burnout* que ha recibido mayor aceptación, es la que lo considera como un síndrome de tres dimensiones interrelacionadas: *Agotamiento Emocional*, *Despersonalización* y *Falta de Realización Personal*,

el cual puede desarrollarse en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad (Gil-Monte y Peiró, 1999).

Dimensiones del síndrome de *Burnout*

Agotamiento Emocional: situación de desgaste de la energía y los recursos emocionales, en la que los trabajadores perciben que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo, y experimentan estar emocionalmente agotados debido al contacto diario con las personas a las que deben prestar ayuda, como parte principal sus funciones (Gil-Monte, 2005).

Baja Realización Personal: es la tendencia a la autoevaluación negativa e insatisfacción con los propios resultados laborales, afectando la capacidad de desempeño y deteriorando las relaciones interpersonales de aquellos profesionales que prestan servicios a otros (Gil-Monte, 2005).

De acuerdo a Buela-Casal y Caballo (1991), al experimentar Baja Realización Personal, el profesional padece depresión, baja moral, intolerancia a la presión, tiende a evitar el contacto interpersonal y profesional, su productividad se ve disminuida a igual que su autoestima.

Despersonalización: debido al endurecimiento afectivo de los trabajadores, Buela-Casal y Caballo (1991), señalan que la Despersonalización pone de manifiesto un cambio negativo en la actitud hacia las demás personas, se incrementa la irritabilidad y la pérdida de motivación.

Perspectivas de abordaje del síndrome de *Burnout*

Existen dos perspectivas que permiten delimitar conceptualmente el síndrome *Burnout*, la primera es de carácter **clínico**, orientada al diagnóstico y lo entiende como un **estado** al que el sujeto llega como consecuencia del estrés laboral. La segunda, de carácter **psicosocial** y orientada a la explicación del fenómeno, su etiología y desarrollo; lo explica como un **proceso** que se

desarrolla en la interacción de las características del entorno laboral y personal. A continuación se presenta un cuadro resumen de las perspectivas clínica y psicosocial, de acuerdo a diferentes autores (Gil-Monte, 2005).

Tabla 2.

Definiciones según perspectivas clínicas y psicosocial.

PERSPECTIVA	AUTOR	AÑO	DEFINICIÓN
Clínica	Freudenberger	1974	Estado en el que la persona siente que falla, se agota y llega a desgastarse debido a un exceso de fuerzas, demandas excesivas de energías o de recursos.
	Fischer	1983	Estado resultante del cuadro narcisista que conduce a la disminución de la autoestima.
	Pines y Arosón	1998	Estado que combina fatiga emocional, física y mental, falta de entusiasmo en el trabajo y en la vida en general.
	Edelwich y Brodsky	1980	Es un proceso de desilusión o desencanto hacia la actividad laboral.
Psicosocial	Harrison	1983	Si los sujetos en su contexto laboral, encuentran factores que obstaculizan su tarea, y no les permiten conseguir sus objetivos, esto afecta su esperanza de conseguirlos y con el tiempo se genera el Burnout, que retroalimenta negativamente su motivación para ayudar.

Prince y Murphy	1984	Proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral, y sugieren que puede ser explicado de manera similar a un proceso de duelo, pues conlleva pérdidas a nivel personal, interpersonal, institucional y societal.
Leiter y Maslach	1988	Proceso que es consecuencia de los estresores laborales, y se caracteriza por el desarrollo de sentimientos de agotamiento emocional, despersonalización y pérdida de compromiso personal en las actividades laborales.
Cox, Kuk y Leiter	1993	Respuesta al estrés laboral, que se desarrolla cuando las estrategias de afrontamiento utilizadas por el sujeto no son eficaces para manejar el estrés y sus efectos
Buunk y Schaufeli	1993	El síndrome se manifiesta debido a los procesos de intercambio social con los pacientes, y por los procesos de filiación y comparación social con los compañeros

Para efectos de la presente investigación, el síndrome de *Burnout* se abordó bajo la **perspectiva psicosocial**, específicamente con el modelo de Leiter y Maslach (1988), que definen el síndrome como un proceso que surge debido a la carencia de herramientas de los profesionales de ayuda, para afrontar el estrés laboral (Gil-Monte, 2005). De acuerdo al modelo de **Leiter y Maslach** (1988, c.p. Gil-Monte y Peiró, 1997), en los sujetos que padecen *Burnout*, se manifiestan sentimientos de Agotamiento Emocional, que dan paso

a una actitud Despersonalizada hacia los pacientes que deben atender, y como resultado de esto, pierden su compromiso personal en las actividades laborales, manifestándose en una Baja Realización Personal en el trabajo.

Intervención del Síndrome de Burnout: Apoyo Social en el Trabajo

La intervención basada en el apoyo social en el trabajo, se origina en la Sociología y la Psicología Social, y asegura que el bienestar psicológico está asociado con la integración social del sujeto, permitiendo a las personas obtener nueva información, adquirir habilidades, conseguir refuerzo social y apoyo emocional, además les permite sentir que otros se preocupan por ellos; que son estimados y valorados y que pertenecen a una red de comunicación y obligaciones compartidos con otros (Gil-Monte, 2005). En la presente investigación, se consideró el psicodrama como herramienta útil para fortalecimiento de esa red social en el trabajo.

Psicodrama

El psicodrama, es un método terapéutico, de diagnóstico y tratamiento, ideado por J. L. Moreno, médico y psicólogo estadounidense de origen rumano, cuyo fin es desarrollar habilidades para la expresión de emociones, manejo de sentimientos de rabia y culpa; exploración de la personalidad, la dinámica emocional individual e interpersonal, a través de técnicas dramáticas (Gispert, 1982). El propio Moreno (1966) lo define como un “método que sondea a fondo la verdad del alma mediante la acción” (p. 108).

Durante una sesión de psicodrama, y con el fin de realizar una intervención terapéutica, el problema que aflige al sujeto es dramatizado durante la escena, este suele ser compartido por los otros miembros del grupo, convirtiéndose el individuo en un representante en acción (Moreno, 1966). Las dramatizaciones consisten en representaciones de alguna situación significativa, basada en sucesos importantes o conflictivos en la vida de los participantes (Martínez, 1977).

El sentido del psicodrama, es lograr que por medio de la actuación del conflicto, se de un efecto catártico principalmente en el protagonista, ya que al actuar el problema, se libera de él, y al mismo tiempo resulta terapéutico para el público espectador (Moreno, 1993).

Estructura del Psicodrama

De acuerdo a Moreno (1966) cada sesión de psicodrama, está estructurada habitualmente en tres fases: a) preparación, relajamiento y caldeamiento, b) la propia representación o acción, c) la participación terapéutica del grupo (cierre). De acuerdo a Ramírez (1987), la primera fase consiste en la preparación, tanto física como psicológica, de cualquier acto, en la que participan el director, el grupo y el protagonista, este último será el centro de la acción psicodramática. La finalidad del caldeamiento es promover la espontaneidad y creatividad del grupo; para ello el director debe emplear técnicas que generen confianza y cohesión. Esta fase culmina en el momento en que se ha seleccionado al protagonista, que será aquella persona que se encuentre en mayor situación de conflicto.

La segunda fase o la **acción**, comienza cuando el director se acerca física y psicológicamente al protagonista para guiar su calentamiento individualmente, luego lo entrevista para ahondar sobre el conflicto presente. El protagonista cambia de rol al representar a las personas involucradas en su problema, de esta manera, se ve obligado a ver la situación del conflicto desde otros puntos de vista, permitiendo al grupo prepararse para asumir esos papeles como “Yo auxiliares”. Luego se desarrolla la acción dramática (Ramírez, 1987).

En la fase de **cierre**, se busca reintegrar al protagonista al grupo y promover la catarsis grupal, esto se desarrolla bajo el principio de que todos son co-terapeutas y pacientes al mismo tiempo. El público suele participar verbalmente, añadiendo apretones de manos y abrazos, de esta manera se

establecen vínculos estrechos en el grupo, ya que al expresar sus sentimientos y experiencias dolorosas o placenteras, encuentran una base común que los une a todos (Ramírez, 1987).

Método

Tipo de Investigación: Según Hernández, Fernández y Baptista (2003) esta investigación posee un alcance explicativo, pues trata de establecer relaciones causa-efecto entre las variables. Asimismo, considerando otro tipo de clasificación, y tomando en cuenta que este estudio no cumple con todas las características de un experimento, se ubica dentro de las investigaciones *cuasiexperimentales*.

Diseño de Investigación: se utilizó el “diseño pre-prueba – post-prueba y grupos intactos, uno de ellos control”, que de acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2003) consta de la administración de pre-pruebas a los grupos que conforman la investigación (experimental y control), un tratamiento y una post-prueba.

El diagrama del diseño de investigación es el siguiente:

G1	O ₁	X ₁	O ₂
G2	O ₃	X ₂	O ₄

Figura 1. Diagrama del diseño pre-prueba – post-prueba y grupos intactos, uno de ellos control. Hernández Fernández y Baptista (2003).

Leyenda: **G:** Grupos seleccionados de acuerdo a los puntajes obtenidos por los participantes en el MBI. **O:** Medidas preprueba-postprueba. **X1:** Tratamiento experimental (Sesión Psicodramática). **X2:** Sin tratamiento. **G₁:** Grupo experimental, recibe el tratamiento de Sesión de Psicodrama. **G₂:** Grupo control, no recibe el tratamiento.

Participantes

Población: la población seleccionada para esta investigación estuvo conformada por el personal de enfermería, perteneciente a la Terapia Intensiva

del Hospital Universitario de Caracas que laboraba en los turnos: matutino, vespertino y nocturno, entre los meses de abril y agosto del año 2008. A continuación se presenta el tamaño de la población de acuerdo a los turnos de trabajo:

N= 150 enfermeros y enfermeras pertenecientes a la UTI del HUC, ubicadas en los siguientes turnos de trabajo: Matutino (7am a 1pm), Vespertino (1pm a 7pm) y Nocturno (7pm a 7am). **n**= enfermeras con niveles medios y altos de *Burnout*

Muestra: se trata de una muestra no probabilística de tipo accidental (Kerlinger, 2002), conformada por 46 sujetos pertenecientes al personal de enfermería de la UTI del HUC.

Para la asignación de los individuos al grupo experimental y control, se tomó como criterio de selección los puntajes que indicaron niveles medios y altos en las dimensiones Agotamiento Emocional y Despersonalización; y niveles bajos y medios en la dimensión Baja Realización Personal en la primera aplicación del MBI. Por otro lado, de acuerdo a las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, número de hijos, grado de instrucción, turno y antigüedad en el cargo) la muestra tuvo las siguientes características:

Tabla 3.
Descripción total de la muestra según variables sociodemográficas.

Sexo		Edad		Estado Civil			Tenencia de hijos		Grado de Instrucción			Turno de Trabajo			Antigüedad en el cargo					
F	M	<33	>33	N	C	S	O	Si	No	TSU	Lic	Post	M	V	N	0-2	3-5	6-10	11-20	>21
39	7	20	19	7	16	22	8	26	20	15	28	3	16	15	14	13	13	11	5	4

Leyenda: **F:** Femenino. **M:** Masculino. **<33:** Menores de 33 años. **>33:** Mayores de 33 años. **C:** Casado. **S:** Soltero. **O:** Otros (viudos, divorciados y condición no especificada). **Si:** Posee hijos. **No:** No posee hijos. **TSU:** Técnico Superior Universitario. **Lic:** Licenciado. **Post:** estudios a nivel de Post grado. **M:** matutino. **V:** Vespertino. **N:** Nocturno. **0-2:** de 0 a 2 años de antigüedad en el cargo. **3-5:** de 3 a 5 años de antigüedad en el cargo. **6-10:** de 6 a 10 años de antigüedad en el cargo. **11-20:** de 11 a 20 años de antigüedad en el cargo. **>21:** de 21 años en adelante de antigüedad en el cargo.

Materiales

Maslach Burnout Inventory: se trata de un cuestionario con una escala de valoración tipo Likert con siete (7) grados de frecuencia que van de 0 “nunca”, 1 “pocas veces al año”, 2 “una vez al mes”, 3 “pocas veces al mes”, 4 “una vez a la semana”, 5 “pocas veces a la semana” y 6 “todos los días”. El instrumento consta de 22 ítems que miden las tres dimensiones del síndrome. Para conocer los puntajes alcanzados por los individuos en cada una de las dimensiones del síndrome, se utilizó el criterio que establece el manual de corrección del MBI (Núñez, 2002), que establece como puntaje máximo posible de la dimensión Agotamiento Emocional, 54 puntos; el de la dimensión Despersonalización, 30 puntos, y de Baja Realización Personal, un máximo de 48 puntos. En las tres

dimensiones, los puntajes mínimos posibles son de 0 puntos (Núñez, 2002). En la siguiente tabla se señalan los ítems correspondientes a cada una de las dimensiones y sus puntajes máximos y mínimos.

Tabla 4:
Puntajes máximos y mínimos en las dimensiones del Burnout según el MBI. Lombardi (2002).

Escala	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Baja Realización Personal
Items	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	5, 10, 11, 15, 22	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21
Puntaje Máximo	54	30	48
Puntaje Mínimo	0	0	0

Para poder afirmar que un individuo presenta el síndrome, de acuerdo al MBI, es necesario que se obtengan puntajes altos en las dos primeras dimensiones y un puntaje bajo en la tercera. Se dice que presenta niveles bajos de Agotamiento Emocional, si los puntajes son menores a 19 puntos; presenta nivel medio, si el sujeto alcanza entre 20 y 26 puntos; y el nivel de *Burnout* es alto, si obtiene más de 27. En cuanto a la Despersonalización, se consideran bajos, los puntajes menores a 6; se establecen como niveles medios, los que estén entre 7 y 9 puntos; y altos, los mayores a 10 puntos. En la dimensión Baja Realización Personal, se considera como un nivel bajo los puntajes que son menores a 35; niveles medios, los que se ubican entre 36 y 38; y niveles altos los mayores a 39 puntos.

A continuación se presenta una tabla resumen que indica los criterios usados para considerar los niveles altos, medios y bajos del síndrome de *Burnout*, de acuerdo al MBI (Núñez, 2002).

Tabla 5:
*Criterios para establecer los niveles de Burnout
 según el MBI. Núñez, 2002*

Dimensiones	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento Emocional	Menor a 19	Entre 20 y 26	Mayor a 27
Despersonalización	Menor a 6	Entre 7 y 9	Mayor a 10
Baja Realización Personal	Menor a 35	Entre 36 y 38	Mayor a 39

Grupo Focal: este método fue creado por Bogardus en 1926, con la finalidad de obtener una visión profunda de la opinión de las personas; el mismo se ideó para determinar la manera en que los participantes producen y procesan la información. Durante el mismo, se entrevistan a dos o más personas al mismo tiempo acerca de un tema en particular, con la presencia de un moderador que conduce la discusión de forma libre y abierta (Kerlinger, 2002). Para efectos de esta investigación, se realizó un grupo focal para conocer la opinión y sentimientos que tienen los enfermeros respecto a su trabajo.

Guión de la sesión de psicodrama: para poder llevar a cabo la intervención, fue necesario diseñar un guión que permitiera desarrollar la actividad de acuerdo a las fases generales que componen una sesión psicodramática. Este guión fue construido con la asesoría de los expertos consultados en esta investigación.

Cuestionario de evaluación de la sesión de psicodrama: a fin de conocer la opinión de los participantes de la sesión psicodramática en cuanto al desarrollo de la misma, se les suministró un cuestionario, que consiste en un conjunto de preguntas abiertas o cerradas, respecto a una o más variables

a medir. En este caso, se prefirió el uso de preguntas abiertas, con el fin de evitar la restricción de las alternativas de respuesta (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Método de análisis del Grupo Focal y Cuestionario de Evaluación: para el procesamiento de los datos, la información recabada a partir del Grupo Focal y el Cuestionario de Evaluación, fue sometida a un análisis de contenido, del cual se obtuvieron categorías que permitieron ubicar dentro de ellas las respuestas dadas por los participantes.

Procedimiento

Pre-prueba: debido a la posibilidad de autoadministración que ofrece el MBI, se suministraron sobres contentivos de protocolos del MBI con sus instrucciones y cartas de consentimiento informado que debían ser llenadas por las enfermeras y enfermeros participantes. La data recolectada se analizó estadísticamente a través del programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 10.0 en español, del que se obtuvo un estudio de la muestra con respecto a cada una de las dimensiones del Síndrome de *Burnout* y de las variables sociodemográficas consideradas en la investigación.

Grupo Focal: partiendo de la Guía de Entrevista Profunda, diseñada y validada por la Dra. María Antonieta Lombardi en el año 2000, utilizada en una investigación realizada con el personal de enfermería del Servicio de Emergencias del HUC y en base a los resultados de la primera aplicación del MBI, se realizó una adaptación del guión, añadiéndose otras preguntas relacionadas con las dimensiones del *Burnout*. Para la validación, se recurrió al juicio de expertos, llevado a cabo por dos profesionales de la Psicología, quienes hicieron consideraciones relativas al contenido y pertinencia de las interrogantes planteadas en el Guión. Para la selección de la muestra, se realizó una invitación abierta que permitió la participación voluntaria del personal

de enfermería de los tres turnos, participando un total de 9 enfermeras y 1 enfermero, 5 del turno matutino, 2 del vespertino y 3 del turno nocturno. La dinámica de la actividad siguió el orden natural de los Grupos Focales, quedando estructurada en tres momentos: apertura, conversación y cierre.

Sesión de Psicodrama: partiendo de los hallazgos encontrados con el MBI y el Grupo Focal, se diseñó la forma en la que estaría estructurada la sesión de psicodrama. Adicionalmente las investigadoras recibieron entrenamiento y sensibilización, por parte de un experto, respecto al rol que desempeñarían en la actividad. El grupo experimental lo conformaron 7 individuos, de los cuales 4 fueron seleccionados por poseer niveles medios y altos de *Burnout*, mientras que los otros tres, que formaban parte de la muestra inicial asistieron de forma voluntaria.

Post-prueba: después de la intervención, se procedió a la aplicación de la Post-prueba tanto al grupo que recibió la intervención como a siete sujetos que presentaron niveles medios y altos de *Burnout* y que no participaron en la sesión de Psicodrama (grupo control). Se utilizó el MBI, como método cuantitativo y un Cuestionario de Evaluación, como método cualitativo que fue respondido únicamente por los sujetos que recibieron la intervención; además de esto, se transcribió la grabación de video de la actividad, lo que permitió obtener los datos que posteriormente se analizarían con el objetivo de conocer los efectos del Psicodrama sobre los niveles de *Burnout*.

Selección del grupo control: para seleccionar los sujetos que conformarían el grupo control, se realizó una tabla con la información de los 46 sujetos que realizaron la pre-prueba, tomando tres criterios de selección: “presencia de *Burnout*”, “no participación en la sesión de psicodrama” y “aplicación del post-test”, de los siete (7) sujetos que cumplían con estos criterios, se seleccionaron 4 al azar y se formó el grupo control.

Resultados:

Se presentan de acuerdo a un análisis cualitativo y cuantitativo en base a los objetivos planteados en la investigación

Análisis Cuantitativo: los resultados se ordenan en figuras que dan cuenta de la distribución de los datos, a fin de facilitar su lectura e interpretación. A continuación se muestra la distribución de frecuencias de acuerdo a las respuestas dadas por los sujetos a cada una de las dimensiones del síndrome de *Burnout* a través del *Maslach Burnout Inventory*.

Tabla 6:

Distribución de frecuencias según dimensiones del MBI y sus niveles

Dimensiones	Niveles		Bajo		Medio		Alto		Total Dimensiones	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Agotamiento Emocional	23	50%	9	19.56%	14	30.43%	46	100		
Despersonalización	41	89.13%	2	4.34%	3	6.52%	46	100		
Baja Realización Personal	7	15.21%	9	19.56%	30	65.21%	46	100		

En la tabla 6, se puede observar cómo se distribuyó la muestra, por niveles, en las tres dimensiones del síndrome. Con relación a la dimensión Agotamiento Emocional, 23 sujetos, correspondiente al 50% de la muestra, presentaron niveles bajos; 9 sujetos, que conforman el 19.56% de la muestra, se ubica en

niveles medios y el otro 30.43%, es decir, 14 sujetos, se ubican en los niveles altos. Esto indica que 49.99% de los sujetos estudiados, poseen niveles medios y altos para esta dimensión. En relación a la dimensión Despersonalización, 41 sujetos que conforman el 89.13% de la muestra total, presenta niveles bajos, mientras que el 4.34% se ubica en niveles medios, lo cual corresponde a 2 sujetos; en los niveles altos, se encontraron 3 sujetos que representan el 6.52% de la muestra total. Todo ello indica, que el 10.86% de los sujetos estudiados, se ubican entre niveles medios y altos de Despersonalización. En cuanto a la Baja Realización Personal, se encontró que el 15.21%, es decir 7 sujetos, se ubicaron en los niveles bajos, mientras que 9 sujetos que representan 19.56% de la muestra, obtuvieron niveles medios; y 30 sujetos, perteneciente al 65.21%, alcanzaron niveles altos. De ello se puede concluir que el 34.77% del total se encuentra entre niveles bajos y medios para la Baja Realización Personal.

Considerando que cuando un individuo presenta el síndrome de *Burnout*, debe obtener puntajes altos en las dimensiones Agotamiento Emocional y Despersonalización, y puntajes bajos en la dimensión Baja Realización Personal, se aprecia en los resultados del pre-test, que 49.99% de la muestra estudiada presenta indicios de sentirse agotados en el trabajo, una cantidad de sujetos correspondientes al 10.86% manifiestan conductas de despersonalización hacia los pacientes, familiares y compañeros de trabajo, mientras que el otro 34.77% sienten una Baja Realización Personal, lo cual sugiere que este grupo presenta riesgos de desarrollar el síndrome de *Burnout*.

Estos resultados indican que tanto en Agotamiento Emocional, como en Despersonalización, la mayoría de los sujetos se ubican en niveles bajos, mientras que en Realización Personal se ubican en los niveles altos. Esto parece indicar, que la mayoría de los sujetos no presenta el síndrome, sin embargo una parte de la muestra está en riesgo de padecerlo. Lo que puede apreciarse

estadísticamente a través de las medidas de Tendencia Central, tal y como se muestra en la siguiente tabla

Tabla 7.
Medidas de Tendencia Central correspondientes a la Pre-Prueba

	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Baja Realización Personal
N	46	46	46
Mínimo	4	0	11
Máximo	44	16	48
Media	20,54	3,47	40,93
Mediana	19	3	42
Desv. típ.	9,85	3,68	7,37
Asimetría	0,36	1,39	-1,74
Curtosis	-0,68	2,22	4,8

En la tabla 7, se puede observar que para la dimensión Agotamiento Emocional las puntuaciones se encuentran en un rango entre 4 y 44 puntos con una media de 20.54 y mediana de 19, lo cual nos indica que estos resultados no se vieron afectados por la influencia de valores extremos atípicos. La desviación típica es de 9.85 de acuerdo con una curtosis de -0.68 nos habla de altos niveles de variabilidad. Para Despersonalización, el intervalo se ubica entre 0 y 16 con

una media de 3.47 y una mediana de 3, esto, aunado a los valores de asimetría ($as= 1.39$) nos habla de una influencia importante de valores extremos altos en la distribución, en tanto que la desviación típica es de 3.68 con una curtosis de 2.22, lo que nos sugiere muy bajos niveles de variabilidad. Para Baja Realización Personal, el rango oscila entre 11 y 48 con una media de 40.93 y una mediana de 42, de acuerdo con la asimetría -1.74 existe una influencia importante de los valores extremos bajos en la distribución, asimismo presenta una desviación típica de 3.68 y una curtosis de 4.8, lo que indica que existen muy bajos niveles de variabilidad.

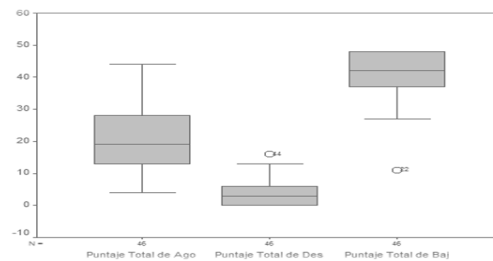


Figura 2. Gráfico de Caja y Bigote de medidas de Tendencia Central correspondientes a la pre-prueba.

En este gráfico de Caja y Bigote, se puede apreciar que para la dimensión Agotamiento emocional, existe una alta variabilidad, y los resultados no se vieron afectados por los datos extremos; lo opuesto sucede con las otras dos dimensiones que presentaron niveles de variabilidad bajos, y los resultados se vieron influenciados por los valores extremos. Por otro lado, entre los objetivos planteados en esta investigación, también estuvo el de comparar los resultados

obtenidos por el Personal de Enfermería de la UTI del HUC, antes y después de la intervención, que consistió en una sesión psicodramática.

Comparaciones de pre-prueba y post-prueba del grupo experimental

A continuación se presenta la figura 10, donde se expresan los puntajes obtenidos por el Grupo Experimental en el MBI antes y después de la intervención.

Tabla 8.
Puntaje del grupo experimental en el MBI antes y después de la intervención.

Sujeto	Pre Prueba			Post Prueba		
	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Baja Realización Personal	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Baja Realización Personal
37	7	0	37	11	1	48
17	31	1	37	24	3	45
39	31	0	35	33	0	38
44	44	16	27	42	14	30
N	4	4	4	4	4	4

De acuerdo a lo observado en la tabla 8, el comportamiento de los sujetos es poco consistente y no existe una tendencia definida uniforme al alza o baja en las puntuaciones de las dimensiones Agotamiento Emocional y Despersonalización. Por su parte, la dimensión Baja Realización Personal muestra una tendencia bastante consistente entre los participantes a aumentar sus niveles. Esto sugiere, que la sesión psicodramática, les permitió traer a la realidad el valor que tienen como profesionales, traduciéndose en una mayor satisfacción personal dentro del ámbito laboral.

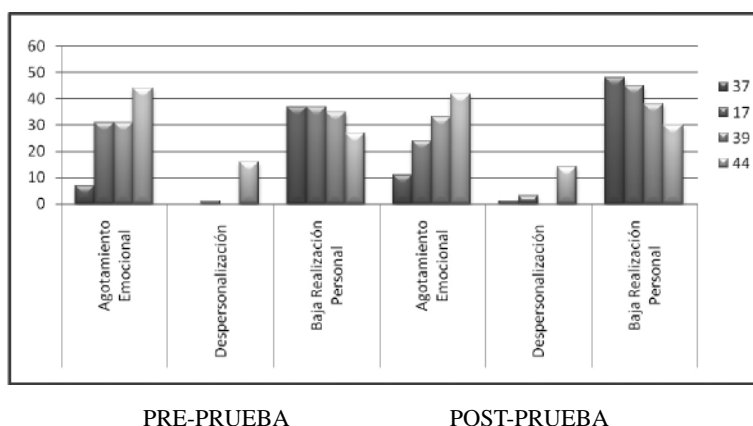


Figura 3. Gráfico de Barras para las puntuaciones brutas del grupo experimental en el MBI antes y después de la intervención.

En concordancia con la figura 3, puede apreciarse que en la dimensión Baja Realización Personal, fue donde se observó la mayor consistencia

entre los participantes, aumentando todos los puntajes de la post-prueba en comparación con la pre-prueba, lo que sugiere que la sesión de psicodrama influyó de manera positiva la autoevaluación de su desempeño laboral. A continuación, se presenta el resumen de los cambios obtenidos en cada una de las dimensiones del MBI, en el grupo experimental.

Tabla 9.
Resumen de Cambios en el Grupo Experimental.

Resumen de Cambios en el Grupo Experimental		N
Agotamiento Emocional	Disminuyeron	2
	Aumentaron	2
	Igual	0
	Total	4
Despersonalización	Disminuyeron	1
	Aumentaron	2
	Igual	1
	Total	4
Baja Realización Personal	Disminuyeron	0
	Aumentaron	4
	Igual	0
	Total	4

La tabla 9, permite apreciar cómo en la dimensión Agotamiento Emocional, el número de personas que aumentaron sus puntajes fue igual al de las personas que los disminuyeron; por su parte, la dimensión Despersonalización mostró una disminución sólo en uno de los participantes, en tanto que dos aumentaron y uno se mantuvo igual. La dimensión Baja Realización Personal

muestra de forma contundente que los cuatro participantes aumentaron sus niveles con relación a la evaluación en la pre prueba o diagnóstico, lo que indica que para esta dimensión el psicodrama tuvo un efecto positivo en todos los sujetos del grupo experimental. En la dimensión Agotamiento Emocional el efecto fue positivo en dos sujetos, mientras que en la Despersonalización, se observó un cambio favorable, sólo en un sujeto.

Tabla 10.
*Puntaje del grupo control en el MBI antes
y después de la intervención.*

Sujetos	Pre test			Post test		
	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Baja Realización Personal	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Baja Realización Personal
3	8	0	33	15	2	33
8	28	7	38	28	7	38
2	29	0	48	29	1	46
35	32	6	38	32	6	38
N	4	4	4	4	4	4

De acuerdo a lo que se observa en la tabla 10, el comportamiento de dos participantes se mantuvo uniforme en todas las dimensiones, mientras

que en los otros dos variaron. De estos, en ambos casos aumentó el nivel de Despersonalización; en el puntaje de uno de los sujetos disminuyó la Baja Realización Personal y en el otro, aumentó el Agotamiento Emocional. Esto quiere decir, que para los sujetos 8 y 35, al no recibir tratamiento, los niveles de *Burnout* en sus tres dimensiones se mantuvieron iguales, mientras que en los sujetos 3 y 2, la variación en los puntajes del MBI, se debe a razones distintas al efecto de la intervención, ya que estos individuos no participaron en la sesión psicodramática.

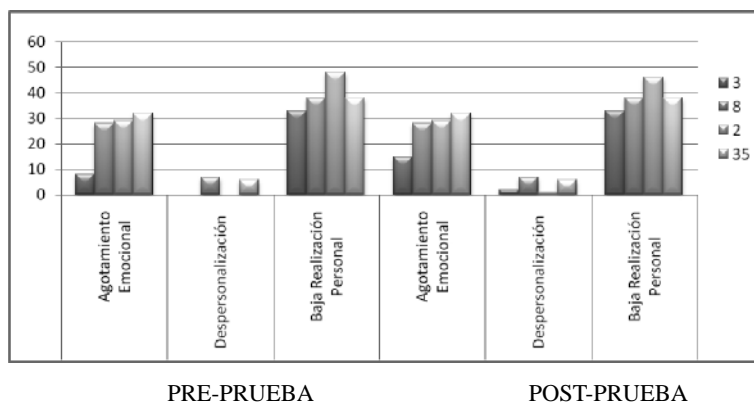


Figura 4. Gráfico de barras para las puntuaciones brutas del grupo experimental en el MBI antes y después de la intervención.

En concordancia con la figura 4, se puede apreciar que dos de los participantes mantuvieron puntajes estables en el MBI, en la aplicación de la pre-prueba como de la post-prueba. Mientras que los otros dos participantes variaron sus puntajes del MBI, en las tres dimensiones del MBI. Por lo tanto

es posible señalar que los cambios que presentan los sujetos del grupo control, obedecen a factores distintos a la intervención.

A continuación, se presenta el resumen de los cambios obtenidos en cada una de las dimensiones del MBI, en el grupo control.

Tabla 11.
Resumen de cambios en el grupo control.

Resumen de Cambios en el Grupo Control		N
Agotamiento Emocional	Disminuyeron	0
	Aumentaron	1
	Igual	3
Total		4
Despersonalización	Disminuyeron	0
	Aumentaron	2
	Igual	2
Total		4
Baja Realización Personal	Disminuyeron	1
	Aumentaron	0
	Igual	3
Total		4

En la tabla 11, se aprecia cómo en la dimensión Agotamiento Emocional, ninguna persona disminuyó sus puntajes, una lo aumentó, y tres de las personas mantuvieron puntajes iguales en la pre-prueba y la post-prueba. En la dimensión Despersonalización, el mismo número de personas aumentó

y ninguna disminuyó. En la dimensión Baja Realización Personal hubo disminución por parte de una persona, mientras que ninguna aumentó, y tres se mantuvieron iguales.

Tabla 12.
Tabla comparativa de cambios de los grupos experimental y control en la postprueba.

DIMENSIONES	Grupo Experimental			Grupo Control		
	Aumentó	Disminuyó	Igual	Aumentó	Disminuyó	Igual
Agotamiento Emocional	2	2	0	1	0	3
Despersonalización	2	1	1	2	0	2
Baja Realización Personal	4	0	0	0	1	3

En la tabla 12, se puede observar el efecto de la intervención, ya que al comparar ambos grupos en los niveles de *Burnout* en cada una de las dimensiones, destaca que en el grupo experimental sólo un individuo, en una sola dimensión, mantuvo niveles iguales después de la intervención, mientras que en las demás dimensiones se observaron variaciones que pueden obedecer a los efectos de la intervención. Resulta llamativo que de los cuatro sujetos que conformaban el grupo control, tres mantuvieron los mismos niveles en las dimensiones Agotamiento Emocional y Baja Realización Personal, mientras que en la dimensión Despersonalización, dos mantuvieron los mismos puntajes,

es decir no hubo cambios en la preprueba y la postprueba. Sin embargo hubo individuos que sí presentaron cambios, debido a que este grupo no recibió la intervención, no se puede afirmar que los cambios observados son producto del psicodrama.

Análisis Cualitativo: en este análisis se pudieron identificar patrones comunes de respuestas, que dejaban ver concepciones y visiones relativamente homogéneas acerca de cada aspecto explorado durante la sesión, muchas de las cuales se relacionan con los ítems del MBI. A partir de las verbalizaciones se pudieron establecer temas y categorías relevantes. Los resultados derivan en cinco grandes ejes, incluyendo las tres dimensiones que estructuran el síndrome de *Burnout*. A continuación se definen los temas y categorías encontradas, para fines de esta investigación.

El primer tema extraído del análisis del Grupo Focal fue titulado **“Relación con Supervisores”**, y de él se desprenden dos categorías, **“Falta de comunicación”** y **“Descontento por el trato que recibe del supervisor”**; siendo esta última, la categoría con el mayor número de unidades de información, lo cual puede sugerir la inconformidad por parte del personal por el trato que le dan sus supervisores. Resultan llamativas frases como: “El trato que recibimos, no es un trato, es un maltrato”. En relación a la categoría “falta de comunicación”, se obtuvo un total de cinco (5) unidades de información, destacándose frases como: “No hay comunicación, muchas veces las enfermeras son las últimas en enterarse”. Tomando en cuenta que las situaciones vividas en el entorno laboral influyen de manera directa en el desarrollo del síndrome y por los resultados obtenidos a través del análisis cualitativo, se origina el segundo tema, titulado **“Percepción de la situación laboral”**, que consta de dos categorías: **“Falta de personal”** y **“Exceso de trabajo”**. Una de las verbalizaciones que sentó las bases para definir este tema

fue la siguiente: “Se trabajaría más cómodo y sería más agradable si estuviera el grupo completo (de enfermeros) y no tuviéramos el estrés de tener dos y hasta tres pacientes para cada uno”. También se presentaron afirmaciones tales como “En la jornada de la noche, son 12 horas en la noche, más las 6 horas de la mañana...entraste ayer a las 7am y sales hoy a la 1pm...”

El tercer tema, lleva por nombre “**Agotamiento Emocional**”, y obedece a la primera dimensión que compone el síndrome. Sus categorías son: “**Estrés**”, “**Cansancio**” y “**Depresión**”. La primera categoría abarca expresiones que denotan la manera cómo experimentan ellos las situaciones de estrés a nivel afectivo, VB: “Cuando estoy presionada he llamado a mi mamá llorándole (ñaaaa)...me quiero ir de aquí”. La segunda categoría se relaciona con el cansancio físico y las consecuencias que esto genera en la dinámica familiar VB: “llegamos cansados, dejamos de participar en las actividades familiares”. La tercera categoría responde a sentimientos de melancolía y aislamiento, VB “depresión...es la melancolía de tanto permanecer aquí”.

El cuarto tema, se refiere a la segunda dimensión que conforma el síndrome de *Burnout*, la “**Despersonalización**”, VB: “me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión” o “creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos”. Durante el Grupo Focal pudo apreciarse que el personal de enfermería, no presentan un número elevado de unidades de información, asociadas con las actitudes de despersonalización hacia los pacientes que atienden, sin embargo se encontraron ciertas manifestaciones verbales que indican pérdida de empatía hacia algunos pacientes, por ejemplo: “Cuando hay pacientes que tienen mucho tiempo...no se les presta mucha atención”.

El quinto y último tema se relaciona con la tercera dimensión del síndrome de *Burnout* y se relaciona con la desvalorización del rol profesional, la tendencia a evaluar negativamente su autoconcepto y su propio desempeño,

generando insatisfacción en el trabajo. Se encontraron ciertas expresiones que llevan a pensar que el personal de enfermería no se encuentra totalmente satisfecho con la actividad que realiza, VB: “asistes por la rutina y por el sueldo, pero no por querer venir”.

Análisis cualitativo de los resultados de la intervención: con base al diseño de la sesión psicodramática, y siguiendo las fases que la conformaron, a continuación se describen los resultados, producto de la observación y análisis de lo escenificado por los protagonistas durante la intervención.

Durante la fase de **inicio**, se pudo observar cierta resistencia por parte de algunos de los participantes, quienes se mostraban distraídos y con cierto desinterés hacia lo que iba a ocurrir.

Posteriormente, durante la fase de **caldeamiento**, se observó que con la dinámica realizada, los actores entraron en confianza, disminuyó la tensión y progresivamente las participaciones se fueron tornando más espontáneas. Esto facilitó el desenvolvimiento en las dramatizaciones y permitió que la sesión fuera más fluida.

Al momento de iniciarse la fase de **acción**, se comenzó a establecer mayor contacto con los problemas padecidos por los actores, la directora realizó contención al validar los sentimientos de cansancio, angustia e impotencia que expresaban a través de las dramatizaciones.

Un hallazgo, producto de las dramatizaciones, fue la falta de contacto con la realidad que tienen estos enfermeros con relación al estilo de vida laboral que llevan, lo cual les está perjudicando a nivel personal y familiar. En relación a esto, resulta interesante otra dramatización que deja ver, cómo estos trabajadores evitan afrontar el problema que representa la presión en el trabajo: “me encanta mi trabajo pero...bueno vamos a apurarnos porque estoy de post guardia y tengo que salir corriendo”.

Esto sugiere, que a pesar de que el sitio de trabajo les produce angustia, por ejemplo, al decir: "...si me preguntan no estuviera aquí, estuviera allá en el Ávila", no han logrado darse cuenta de cómo esto les afecta personalmente, sino que reaccionan de forma evitativa ante el problema.

Por otro lado, en este grupo de enfermeros se pudo observar, que debido a las condiciones socioeconómicas, muchos de ellos deben hacer otro tipo de actividades que les generen ingresos extras, a fin de suplir sus necesidades económicas. Por ejemplo: "Estoy trabajando en una peluquería de bebés, es chévere, porque les hago un cariñito y paso por la caja...40 mil por cada chamito!...la guardería me cuesta 600 mil bolívares...Uds. comprenderán".

Durante otra actuación, se encontró que existen indicios de vivencia de pérdida de la Realización Personal, en tanto se sienten subestimadas por los destinatarios de sus servicios, esto se reflejó en el siguiente verbatim: "a veces uno lucha con un paciente, que dura un buen tiempo en la UTI, sale y al mes llega a darle las gracias al médico". Asimismo, esa pérdida de la autoevaluación positiva de su desempeño laboral, se ve en expresiones como: "a veces preparas una traqueotomía...después de que haces todo, te dicen: No, se decidió hacer para mañana...y pierdes tu trabajo, y tú dices Bueh! Eso es el día a día". Esto habla del uso inadecuado de mecanismos de afrontamiento, lo cual les está generando frustración en el trabajo.

Finalmente, en la fase de **cierre**, y con la idea subyacente de que ellos se dieran cuenta de su potencial, se realizó una dinámica llamada "la caja de regalo". Este momento fue propicio para la reflexión y el contacto íntimo con ellos mismos, y permitió la internalización del problema, esto fue hecho con la intención de que lo colocaran dentro del Yo, y a fin de poder encontrarlos mecanismos apropiados para su afrontamiento.

En otro orden de ideas, y en concordancia con uno de los objetivos de esta investigación, se pretendió conocer la opinión del Personal de Enfermería, respecto a la sesión de psicodrama, para ello se hace uso del análisis de contenido como estrategia para interpretar los datos obtenidos a través del cuestionario de evaluación de la intervención.

En el análisis del **Cuestionario de evaluación de la sesión de psicodrama**, fue posible agrupar los datos brutos en categorías, las cuales denotaron cierta homogeneidad en cuanto a las opiniones y sentimientos de los participantes respecto a la sesión de psicodrama. Los resultados derivan en dos ejes relacionados con la sesión de psicodrama y su efecto en los participantes. A continuación se presentan los temas y categorías definidas para esta investigación.

El primer tema extraído del análisis del cuestionario de evaluación de la sesión de psicodrama fue titulado **“Efectos del Psicodrama”**, y de él se desprenden tres categorías, **“expresar sentimientos”**, **“comprender al otro”** y **“liberar estrés”**. Estas categorías se basan en las reacciones que produjo el psicodrama, y que fueron expresadas por los participantes a través de los cuestionarios. Resaltan frases como: “me parece muy bueno (la sesión de psicodrama) ya que así nos ayudan a olvidarnos un poco de la presión en el trabajo, y mejorar nuestro bienestar”.

La categoría **“expresar sentimientos”**, fue la que obtuvo la mayor cantidad de unidades de información, esto sugiere que la actividad creó un espacio para la interacción y comunicación entre los enfermeros, que les permitió expresar sus sentimientos y emociones relacionadas con su actividad laboral. Con respecto a la segunda categoría **“comprender al otro”**, se obtuvo un total de cinco unidades de información, que dan cuenta de la empatía hacia los demás, producto de la actividad. Por ejemplo se observan frases como: “Nos

ha enseñado a comprender más al resto del equipo de salud, a los familiares y a los pacientes”.

En cuanto a la tercera categoría “**liberar estrés**”, se encontraron cinco expresiones que sugieren bienestar físico y emocional, VB: “Me parece muy bueno, ya que así nos ayudan a olvidarnos un poco de la presión del trabajo y mejorar nuestro bienestar”.

Asimismo, a partir del análisis de las respuestas del cuestionario de evaluación, se extrajo el segundo tema “**legitimación de la actividad**”, del cual derivaron dos categorías “**necesidad de protección y atención**” y “**reconocimiento de la actividad**”. Se observan frases como “Deberían ser obligatorias para el personal de la UTI, lo necesitamos”. Por otro lado, en la categoría “**Valoración de la actividad**” se encontraron diversas expresiones que indican reconocimiento y evaluación positiva del desarrollo de la intervención, se encuentran frases como: VB “Gracias porque de alguna manera tratan de buscar una solución a nuestros problemas”.

Discusión

Como objetivo principal de esta investigación se planteó conocer los efectos del Psicodrama como técnica de intervención sobre los niveles de *Burnout* en Personal de Enfermería de Terapia Intensiva del *Hospital Universitario de Caracas*. Para esto fue necesario, en primer lugar, determinar los niveles del síndrome en la muestra seleccionada para el estudio, encontrándose que el 50% de los participantes posee niveles medios y altos de Agotamiento Emocional, y niveles medios y bajos en las dimensiones Despersonalización y Baja Realización Personal.

Esto se obtuvo de las medidas arrojadas por el MBI, que como instrumento cuantitativo está diseñado para ser abordado de una manera más racional por parte de los evaluados, sin embargo, a través de los métodos

cualitativos empleados, se obtuvieron otros datos que ofrecieron mayor riqueza en los hallazgos, ya que éstos métodos ayudan a indagar en niveles aún más profundos y menos intelectualizados en los individuos.

Muestra de ello fue lo encontrado a través del Grupo Focal, cuyos resultados arrojaron que el personal de enfermería está en riesgo de padecer el Síndrome de *Burnout*, evidenciado por el Agotamiento Emocional que presentan, principalmente a causa de la falta de atención y desprotección por parte de la organización y jefes inmediatos, el distanciamiento de su núcleo familiar y el exceso de trabajo por la insuficiencia de personal.

Estos hallazgos se relacionan con los antecedentes del síndrome que son propios del sistema **social-interpersonal** de la organización; según Gil-Monte (2005), una situación de **sobrecarga laboral**, puede originar estrés crónico, sobretodo, si esta situación tiene su origen en las relaciones interpersonales, o se asocia a una percepción negativa de las mismas. Tal es el caso del personal de enfermería estudiado, que manifiesta rechazo hacia sus superiores por sentir menosprecio por parte de ellos. En estas condiciones, las probabilidades de desarrollar el síndrome tienden a intensificarse, y la actitud negativa de los trabajadores hacia la organización, se incrementan.

Adicionalmente Gil-Monte y Peiró (1997) argumentan que, específicamente en los profesionales del sector salud, inciden factores que los hacen propensos a desarrollar el *Burnout*, tales como la escasez de personal, el trabajo en turnos, la falta de autonomía y autoridad que tienen en el trabajo para poder tomar decisiones. Este planteamiento coincide con lo manifestado por los individuos participantes de esta investigación, debido a que se evidenció que por la escasez de personal, los enfermeros se ven obligados a redoblar guardias perjudicando su bienestar físico y su vida personal, al alejarlos de su dinámica familiar.

Asimismo, fue explícita la incomodidad que estos sujetos sienten al no tener autonomía sobre sus propias funciones, expresado cuando afirman que son los últimos en enterarse de los ingresos de los pacientes, en lugar de ser informados con el tiempo necesario para evitar un desempeño deficiente.

También es necesario señalar que existen indicios de presencia de Baja Realización Personal, que puede estar generando por la manera como ellos afrontan las situaciones que son ajenas a sus propias funciones. Por ejemplo, cuando en el grupo focal, manifiestan molestia por no ser informados de los cambios en los procedimientos, esto denota un afrontamiento inadecuado, puesto que los valores de un paciente en estado crítico pueden variar súbitamente, en este caso, el cambio de instrucciones de parte de los médicos, no debe ser visto como pérdida de su trabajo, sino como parte de una rutina laboral.

Con relación a las variables sociodemográficas, al igual que en el estudio realizado por Ordenes (2004), en la presente investigación no se encontró que la variable sexo influyera de manera importante en las dimensiones del *Burnout*, por lo que no es posible considerarlo como un factor de riesgo. En cuanto al Agotamiento Emocional y Baja de Realización Personal para esta misma variable, la teoría no aporta resultados concluyentes, y los resultados parecen estar influidos por otras variables, tal como el país donde se realice la investigación, el tipo de muestra o el instrumento aplicado. En este estudio, la Baja Realización Personal, fue mayor en las mujeres por 3 puntos de diferencia en comparación a los hombres.

En cuanto a la edad, a pesar de que no existen resultados concluyentes, las investigaciones demuestran que a mayor edad, los individuos expresan menos sentimientos de padecer *Burnout*, lo cual puede ser explicado porque las personas mayores desarrollan conductas y actitudes que los ayudan a

reducir las probabilidades de presentar el síndrome (Gil-Monte y Peiró, 1997). En concordancia con lo anterior, en este estudio se encontró una diferencia considerable con relación a la edad, viéndose un mayor nivel de agotamiento emocional en las personas menores a 33 años, en comparación con las mayores a esa edad.

Como explicación a estos resultados, Zabel y Zabel (1982, cp Gil Monte y Peiró, 1997), señalan que los profesionales de mayor edad poseen expectativas laborales más reales en función de su madurez profesional, por lo tanto tienden a utilizar estrategias de afrontamiento al estrés más efectivas que reducen las posibilidades de padecer *Burnout*.

En relación al Estado Civil, aunque no de forma concluyente, investigaciones indican que los individuos casados son menos propensos a desarrollar *Burnout*, en comparación con los no casados, debido al apoyo socioemocional que los primeros reciben de sus parejas (Gil-Monte y Peiró, 1997). Los resultados de este estudio, coinciden con ello, puesto que los solteros obtuvieron mayor nivel del síndrome en todas sus dimensiones, en comparación con los casados.

Debido a la contradicción obtenida de distintas investigaciones (Chacón, 2006), Leiter (1990, cp Gil-Monte y Peiró, 1997), señala que no es el estado civil en sí mismo lo que puede influir en el desarrollo del síndrome, sino que es la calidad de las relaciones conyugales, el apoyo socioemocional de los familiares y la satisfacción o insatisfacción matrimonial, lo que pudiera influir en los resultados.

Por otro lado, en correspondencia con otras investigaciones (Gil-Monte y Peiró, 1997) que señalan que las personas que poseen hijos, tienen mayor experiencia en el cuidado de los demás y son menos propensas a desarrollar el síndrome, en este estudio se encontró que las personas sin hijos, obtuvieron

mayor nivel de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal, lo cual apoya lo que argumentan los autores.

Respecto a la variable grado de instrucción, se presume que los profesionales de enfermería mejor preparados académicamente, poseen mejores herramientas que les permiten sobrellevar las situaciones estresantes que se presentan en su trabajo, esto es coherente con los resultados de este estudio, que indican que los enfermeros de Terapia Intensiva del Hospital Universitario de Caracas que han alcanzado mayor grado de instrucción, presentan los niveles más bajos de *Burnout*.

En ese mismo orden de ideas, Núñez (2002), evaluó el riesgo de desarrollo de *Burnout* con relación al nivel académico, observando que las posibilidades más altas de experimentar el síndrome, lo presentaron las enfermeras auxiliares, lo cual, según este autor, significa que al poseer menor nivel académico, ellas tienen mayores dificultades para confrontar los problemas laborales.

Cuando se exploró la relación entre el *Burnout* y el turno de trabajo, se encontraron mayores niveles de Agotamiento Emocional y Despersonalización, en los trabajadores de turnos nocturnos, lo cual coincide con los estudios de Peiró (1992, cp. Núñez, 2002), que señalan que los trabajadores de horarios nocturnos, tienen mayor riesgo de presentar síntomas asociados al *Burnout*, debido a los cambios biológicos y emocionales que sufren por las alteraciones de ritmos circadianos, del ciclo de sueño y vigilia y de los patrones de la temperatura corporal.

En lo concerniente a la variable antigüedad en el puesto, se cree que el personal de enfermería que tenga mayor tiempo en el puesto de trabajo, conoce mejor la estructura y los procesos de la organización donde labora, lo que los hace menos propensos a manifestar síntomas asociados al *Burnout*. De acuerdo a la bibliografía los trabajadores nuevos e inexpertos poseen mayor riesgo de

padecer *Burnout*, ya que debido a su inexperiencia poseen menores estrategias de afrontamiento al estrés (Gil-Monte y Peiró, 1997), esto es coherente con los resultados de esta investigación, cuyos hallazgos revelan, que los trabajadores que poseen entre 0 y 2 años en el puesto actual, tienen mayores niveles Agotamiento Emocional y Despersonalización en comparación con los que tienen más tiempo en el cargo.

En otro orden de ideas, la sesión de psicodrama utilizada como estrategia de intervención para esta investigación, estuvo diseñada con el fin de fomentar el apoyo entre los compañeros de trabajo, para suplir carencias como la necesidad de protección y expresión o falta de comunicación que se detectaron durante la sesión del grupo focal.

Luego de describir los resultados hallados antes de la intervención, ahora se analizan, bajo el apoyo teórico, lo que se obtuvo después de la realización de la sesión psicodramática. Siguiendo el enfoque en el que se ha enmarcado esta investigación, es decir, entender el *Burnout* bajo la Perspectiva Psicosocial, como un proceso que se desarrolla en interacción con otras variables psicológicas, ha posibilitado integrarlo con marcos y modelos teóricos más amplios, entre los que encuentra la teoría psicoanalítica (Gil-Monte, 2005). A partir de ésta, fue posible diseñar la sesión de psicodrama como técnica de intervención para conocer sus efectos sobre los niveles de *Burnout* del Personal de Enfermería de Terapia Intensiva del HUC, encontrándose, de acuerdo al MBI, que solo en la dimensión Baja Realización Personal, se vieron los efectos favorables en la muestra, incrementándose la autoevaluación positiva hacia el propio rol profesional.

Sin embargo, de acuerdo al cuestionario de evaluación de la sesión psicodramática, se pudo evidenciar la aceptación e impacto positivo que ésta tuvo sobre los participantes. Esto se debe a que la misma suplió

necesidades relacionadas a la carencia de atención y desprotección que sufre el personal. En concordancia con la teoría, Gil-Monte (2005), señala que realizar una intervención sobre el Sistema Interpersonal, significa dar apoyo social en el trabajo, a través del cual, las personas adquieren refuerzo social, retroinformación sobre la ejecución del trabajo y consiguen apoyo emocional.

Definido el Apoyo Social por Gil-Monte (2005), como la información que permite al trabajador saber que otros se preocupan por ellos y que pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas. Al abordar estos temas durante la sesión de psicodrama, se logró que los participantes desde su rol como actores, le dieran forma y orden al inconsciente a partir de la interacción social (Moreno, 1993), permitiéndoles reflexionar acerca de las estrategias que utilizan para afrontar los momentos de mayor presión en el trabajo, ser escuchados, sentir apoyo emocional y evaluar positivamente sus propias capacidades.

Finalmente, es necesario agregar, que los resultados aquí presentados, forman parte de un acercamiento al estudio de los efectos del psicodrama en los niveles de *Burnout*, sin embargo, ya que su abordaje de manera simultánea resulta novedoso, se considera necesaria una mayor profundización en esta línea investigativa.

Conclusiones

Partiendo de los hallazgos obtenidos antes de la intervención y de los análisis presentados en las discusiones, se encontró que la muestra estudiada, se encuentran en riesgo de desarrollar el síndrome.

Para obtener estos resultados, se recurrió a dos métodos de exploración, uno de carácter cuantitativo y otro cualitativo. Por medio del MBI, se obtuvo numéricamente los niveles presentes en el personal de enfermería de Terapia Intensiva del HUC, los cuales permitieron tener un diagnóstico inicial, que

demostró que 50% de la muestra presentó niveles medios y altos de Agotamiento Emocional; y, medios y bajos en Realización Personal y Despersonalización.

Posteriormente, a través del grupo focal, se determinaron altos niveles de Agotamiento Emocional. Asimismo resultó interesante encontrar que existen actitudes de despersonalización de parte de los superiores hacia el personal de enfermería, las cuales fueron explícitas en las verbalizaciones dadas por los participantes a través del método cualitativo.

En relación a estas dos técnicas de exploración, el MBI, resultó ser un método del que se obtienen respuestas más intelectualizadas por parte de los sujetos, esto debido al tipo de redacción de los items, que plantean problemas y situaciones de manera directa; mientras que con el grupo focal, se pudo ahondar a niveles internos y menos intelectualizados de los sujetos, lo cual ayudó a obtener una evaluación más profunda de la problemática.

Al mismo tiempo, y siendo consideradas por la teoría como facilitadoras del síndrome, en este estudio se tomaron en cuenta diversas variables sociodemográficas, encontrándose que para esta muestra, todas las variables estudiadas excepto el sexo, son influyentes en algunas de las dimensiones del síndrome de *Burnout*.

Tomando como base el diagnóstico inicial, se diseñó una estrategia de intervención, que consistió en una sesión psicodramática, con la que se pudo corroborar la información hallada con el grupo focal, en lo referente a las dificultades de comunicación entre el personal de enfermería y sus superiores. Asimismo, las actuaciones reflejaron que la muestra estudiada, tiende a afrontar de manera evitativa, los conflictos generados por las condiciones laborales, y no hacen uso de estrategias que los contacten con la realidad. Esto los ha conducido a adoptar a nivel familiar, un ritmo de vida acelerado, propio de la presión que diariamente viven en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Del mismo modo se pudo apreciar, que el personal manifiesta tener carencia de atención y sentir desprotección por parte de las autoridades hospitalarias, lo que se evidenció al mostrar sorpresa y agrado de ser partícipes de la intervención, ya que anteriormente no se les había ofrecido espacios para el encuentro, la discusión de sus propios problemas, y la interacción con sus compañeros en actividades extra laborales. A través de las dramatizaciones, fue posible traer a la realidad lo perjudicial de este estilo de vida acelerado que están llevando, y sensibilizarlos hacia un mejor manejo de los problemas de comunicación, de agotamiento emocional, de las actitudes de despersonalización que presentan, del bajo sentido de realización personal y de los sentimientos de desprotección.

Con la sesión psicodramática, se observaron cambios positivos en los participantes, resultando ser un medio de apoyo social en el trabajo, que les brindó soporte a nivel emocional. Con las actuaciones e interacción de los participantes, el ambiente creado y el rapport establecido, se propició un espacio lúdico y de libertad, donde se sintieron seguros de expresarse, ya que se les ofreció la posibilidad de ser escuchados, valorados y atendidos, esto los ayudó a darse cuenta de su potencial como profesionales.

De ello es posible concluir que el psicodrama ejerce un efecto positivo en los niveles del síndrome de *Burnout*, y puede ser considerada una herramienta útil como estrategia de intervención, muestra de ello son los cambios encontrados en las dimensiones del MBI durante la postprueba, especialmente llamó la atención, el incremento de la Realización Personal en todos los miembros del grupo experimental. En concordancia con esto, lo observado durante las dramatizaciones, permite afirmar que el personal de enfermería logró desvincularse de su estilo de vida acelerado, y dedicarse un tiempo para sí mismos y para su crecimiento personal.

Finalmente, es recomendable propiciar espacios para este tipo de actividades con mayor frecuencia, puesto que permiten establecer vínculos de intercambio social entre los profesionales de Enfermería de Terapia Intensiva. Especialmente valdría la pena hacer uso de técnicas psicodramáticas, en virtud de su utilidad como medio de expresión verbal y corporal que influyen sobre el autoconcepto y la autoestima.

Referencias

- Buela-Casal, G., Caballo, V. (1991). *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Madrid: Siglo XXI .
- Garcés, E. (2005). *Definición de Burnout*. Recuperado el 12 de noviembre de 2005, de http://hfainstein.com.ar/articulo_frm.html.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1997) *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo [Versión electrónica], *Anales de psicología*, 15(2), 261-268.
- Gil-Monte, P. (2005) *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gispert, C. (1984). *Enciclopedia de la Psicología*. Barcelona, España: Océano.
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, T. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Ivancevich, J., Matteson, M. (1992). *Estrés y Trabajo: una perspectiva gerencial*. México: Trillas.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales* (4ª ed.). México: McGraw-Hill.

- Lombardi, M. (2002). *Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Servicio de Emergencias del Hospital Universitario de Caracas*. Trabajo de Ascenso para optar a la categoría de Profesor Asistente dentro del escalafón universitario, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Martínez, C. (1977). *Fundamentos para una teoría del Psicodrama*. México: Siglo XXI .
- Moreno, J. L. (1966). *Psicoterapia de grupo y psicodrama: introducción a la teoría y la praxis*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Moreno, J. L. (1993). *Psicodrama* (6 ta. ed.). Buenos Aires: Lumen.
- Núñez, R. (2002). *Frecuencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de las áreas críticas del Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda" Barquisimeto-Estado Lara*. Trabajo de investigación para optar al grado de Especialista en Medicina del Trabajo, Universidad Centro Occidental "Lisandro Alvarado", Barquisimeto, Venezuela.
- Ordenes, N. (2004). Prevalencia del *Burnout* en trabajadores del Hospital Roberto del Río [Versión electrónica]. *Revista Chilena de Pediatría*, 75(5), 449-454.
- Pérez, M., Martín, A., Gallego, A., Correa, E. y Pérez, J. (2003). Repercusiones psicológicas del estrés laboral en los profesionales sanitarios que trabajan en los equipos de trasplantes [Versión electrónica]. *Cuaderno de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. 66,19-31.
- Ramírez, J. (1987). *Psicodrama teoría y práctica*. México: Diana.
- Reeve, J. (1999). *Motivación y Emoción*. Madrid: McGraw-Hill.