

# **BURNOUT Y BIENESTAR PSICOLÓGICO DE FUNCIONARIOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**

## **BURNOUT AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF PERSONNEL OF INTENSIVE CARE UNITS**

TÍTULO CORTO: *BURNOUT* Y BIENESTAR PSICOLÓGICO DE FUNCIONARIOS

Felipe E. García<sup>1</sup>, Félix Cova-Solar<sup>2</sup>, Flor Bustos-Torres<sup>3</sup>, Érica Reyes-Pérez<sup>4</sup>

**Tipología:** Artículo de Investigación Científica y Tecnológica

**Para citar este artículo:** García FE, Cova-Solar F, Bustos-Torres F, Reyes-Pérez E. *Burnout* y bienestar psicológico de funcionarios de unidades de cuidados intensivos. Duazary. 2018 enero; 15 (1): 23 - 38.

Doi: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2101>

Recibido en febrero 22 de 2017

Aceptado en abril 19 de 2017

Publicado en línea en septiembre 13 de 2017

### **RESUMEN**

El propósito del estudio fue evaluar la influencia de la rumiación y el apoyo social sobre el *burnout* y el bienestar psicológico en funcionarios de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de alta complejidad en Chile. Se propuso un modelo de influencia indirecta del *brooding* sobre el bienestar psicológico, mediado por el apoyo social y el *burnout*. Para ello, fueron encuestados 136 funcionarios, de los cuales el 81,9% se encontraban entre los 23 y los 59 años de edad, siendo el 85,3% mujeres y el 14,7% hombres. Se empleó el Inventario de *Burnout* de Maslach (MBI), la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (PWB), la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet (MSPSS) y la Escala de Respuesta Rumiativa de Treynor, González y Nolen-Hoeksema (RRS). Los resultados muestran relaciones directas entre el apoyo social y el bienestar, y entre el *brooding* y *burnout*, así como relaciones inversas entre el apoyo social y el *burnout*, y entre el *brooding* y el bienestar. El modelo de mediación propuesto mostró adecuados índices de ajuste.

**Palabras clave:** Agotamiento profesional; Apoyo social; Estrés laboral; Salud mental.

### **ABSTRACT**

The working conditions in intensive care units (ICUs) are related to a high risk of burnout. In this study we aim to measure the influence of rumination and social support on burnout and psychological well-being in members of the staff of an ICU in a reference hospital in Chile. We proposed a model showing an indirect influence of brooding

1. Psicólogo, Doctor en Psicología. Universidad Santo Tomás. Concepción, Chile. Correo: [fgarcia@santotomas.cl](mailto:fgarcia@santotomas.cl) - <http://orcid.org/0000-0002-4161-5840>  
2. Psicólogo, Doctor en Psicología. Director del Departamento de Psicología, Universidad de Concepción. Chile. Correo: [fecova@udec.cl](mailto:fecova@udec.cl) - <http://orcid.org/0000-0002-9290-6875>

3. Psicóloga, Licenciada en Psicología. Universidad de las Américas. Concepción, Chile. Correo: [fmbt18@yahoo.com](mailto:fmbt18@yahoo.com) - <http://orcid.org/0000-0003-3979-8112>

4. Psicóloga, Licenciada en Psicología. Universidad de las Américas. Concepción, Chile. Correo: [lilierysan@gmail.com](mailto:lilierysan@gmail.com) - <http://orcid.org/0000-0002-8480-8298>

mediated by social support and burnout on the psychological well-being. We surveyed one hundred and thirty six employees (81.9% of the total) of ages 23 to 59 years of age. This sample consisted of 85.3% women and 14.7% men. We used the Maslach Burnout Inventory (MBI), the Ryff Scales of Psychological Well-Being (PWB), Zimet's Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), and the Ruminative Responses Scale by Treynor et al (RRS). Results indicated direct relations between social support and well-being, and between brooding and burnout. They also indicated inverse relations between social support and burnout, and between brooding and well-being. The mediation model showed adequate fitting indices.

**Keywords:** Burnout; Social support; Work Stress; Mental Health.

## INTRODUCCIÓN

El estrés laboral afecta tanto la salud y la satisfacción individual y colectiva de los trabajadores, como su bienestar general<sup>1</sup>. En circunstancias de estrés laboral crónico puede surgir un estado de agotamiento difícil de modificar: el *burnout*<sup>2</sup>. Las condiciones laborales en las que se debe desempeñar el personal de unidades hospitalarias de cuidados intensivos (UCI) hacen que éste sea un grupo de alto riesgo para el desarrollo del mismo<sup>3-8</sup>.

Freudenberger<sup>9</sup> describió el “*burnout*” como un estado de fatiga o frustración que se produce en las profesiones relacionadas con la ayuda directa a las personas, pues habitualmente esta lleva a los funcionarios a enfrentarse con emociones intensas de dolor, enfermedad y/o sufrimiento psíquico. Se distinguen habitualmente tres dimensiones en el *burnout*<sup>10,11</sup>:

- 1) Cansancio emocional: sensación física o psicológica de fatiga.
- 2) Despersonalización: actitud negativa hacia los usuarios del servicio y sus compañeros de trabajo.

- 3) Devaluación o baja realización personal: actitudes negativas hacia uno mismo y su labor.

No solo el *burnout* y el bienestar laboral tienen una relación inversa<sup>12,13</sup>, sino que también, se han encontrado relaciones inversas entre el *burnout* y el bienestar psicológico o eudaimónico<sup>14</sup>: un constructo más amplio considerado como el principal indicador del funcionamiento positivo<sup>15</sup>. En el bienestar psicológico se reconocen habitualmente seis dimensiones<sup>15</sup>: a) auto-aceptación: sentirse bien consigo mismo y con sus cualidades; b) relaciones positivas con los otros: desarrollar y mantener adecuadas relaciones con los demás; c) dominio del entorno: controlar el propio ambiente; d) autonomía: desarrollar independencia y capacidad de regular la propia conducta; e) propósito en la vida: plantearse objetivos que orienten sus esfuerzos y desafíos, y f) crecimiento personal: orientarse a desarrollar sus propias capacidades y adquirir nuevos aprendizajes. Esta perspectiva del bienestar es el objeto central de este estudio.

En el desarrollo del *burnout*, o en la moderación de sus efectos, parece cumplir un importante rol la percepción de apoyo social<sup>16,17</sup>. En este

sentido, Schaufeli et al<sup>13</sup> encontraron relaciones inversas entre el apoyo social de compañeros y supervisores con el *burnout*. Esa relación inversa también se ha observado al evaluar la percepción de apoyo social por parte de redes más personales, como amigos y familiares<sup>18-20</sup>.

El malestar asociado al *burnout* puede mantenerse o profundizarse debido a recurrentes pensamientos negativos o “rumiación”<sup>21</sup>. La “rumiación” es habitualmente entendida como la tendencia a mantener focalizada la atención y el pensamiento en las emociones negativas que se experimentan<sup>22</sup>, constituyendo un modo de regulación emocional que tiene cierta estabilidad en el tiempo<sup>23</sup>. Por lo general, son pensamientos intrusivos, ajenos a la voluntad o intención del individuo, asociados a síntomas depresivos<sup>24</sup>.

Aunque inicialmente la rumiación fue tratada como un constructo unitario, se distinguen actualmente al menos dos tipos<sup>25</sup>: a) la rumiación negativa (en adelante, *brooding*), caracterizada por una focalización pasiva sobre las causas y consecuencias de emociones o experiencias negativas, la recurrente comparación de la situación actual con alguna norma no lograda, y la detención en los obstáculos que impiden superar los problemas, y b) la rumiación reflexiva, proceso por el cual el individuo medita en busca de una solución a sus problemas y en el análisis de las dificultades vividas.

Recientemente, se ha estudiado la relación entre rumiación y *burnout*, observándose que estos muestran relación entre sí, en particular el *brooding*<sup>26</sup>, y que esta relación aparece más intensa con el cansancio emocional<sup>27</sup>. Se ha observado una relación inversa entre la rumiación y el apoyo

social<sup>28</sup>, es decir que algunas de las consecuencias emocionales negativas del *brooding* (como la depresión) podrían estar mediadas por el apoyo social<sup>29</sup>. A su vez, el *brooding* muestra relaciones inversas con algunas variables asociadas al bienestar psicológico, como el haber encontrado un sentido a la vida<sup>30</sup>.

El presente estudio propone un modelo de relación de las variables señaladas. Analiza el bienestar psicológico en funcionarios de las UCI de un hospital público y la influencia que sobre este tiene el apoyo social y el *burnout*. Se hipotetizó acerca de la existencia de una relación negativa entre el *burnout* y el bienestar psicológico, y de una relación positiva entre este y el apoyo social. El modelo considera la rumiación, específicamente el *brooding*, como un factor relacionado negativamente con el bienestar psicológico y el apoyo social, y positivamente con el *burnout*. Debido a su naturaleza más disposicional, se hipotetizó que el *brooding* influiría negativamente en la percepción de apoyo social y afectaría indirectamente el bienestar psicológico, estando su influencia mediada total o parcialmente por el apoyo social y el *burnout*. Modelos comprensivos de los determinantes del bienestar y del *burnout* en unidades de alta exigencia, como la considerada en este estudio, son indispensables para el diseño de programas promocionales y preventivos<sup>31</sup>.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Diseño

Se empleó un diseño no experimental, descriptivo-correlacional, con una medición transversal.

## Participantes

Participaron 136 personas, de las cuales un 81,9 % eran funcionarios de la UCI de un hospital de alta complejidad en Concepción, Chile. Del total de los encuestados, un 85,3% eran mujeres y un 14,7% eran hombres, en un rango de edad entre los 23 y los 59 años ( $M= 38$  años;  $DE= 9,46$ ). Datos socio-demográficos más específicos se observan en las Tablas 1 y 2. El estudio fue de tipo censal, es decir, se buscó encuestar al total de los funcionarios de las UCIs, lo que corresponde a la población objetivo. La razón que explica esta elección se encuentra en el reducido número de personas que trabajan en la UCI que hizo factible, por un lado, encuestar a toda la población y, por otro lado, contar con un indicador real de los niveles de *burnout* y bienestar en este grupo de personas. Por el mismo motivo, no se definió ningún criterio de exclusión.

## Instrumentos

Inventario de *Burnout* de Maslach<sup>10,32</sup> (MBI): está constituido por 22 preguntas y tres subescalas: cansancio emocional, despersonalización y devaluación personal, que se contesta en una escala Likert desde cero (“nunca”) hasta seis (“todos los días”); en este estudio, la escala total obtuvo un alfa de Cronbach de 0,88.

Escala de Bienestar Psicológico (PWB)<sup>13,33,34</sup>: cuenta con un total de 39 ítems divididos en seis escalas: auto-aceptación, relaciones positivas con otros, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal, que se responde en un formato tipo Likert entre uno (“totalmente en desacuerdo”) y seis (“totalmente de acuerdo”); en el presente estudio se obtuvo un  $\alpha=0,91$  para la escala total.

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS)<sup>35,36</sup>: está conformada por 12 ítems que se responden en un formato tipo Likert desde uno (“muy en desacuerdo”) hasta siete (“muy de acuerdo”); se obtuvo un  $\alpha=0,93$  en el presente estudio.

Escala de Respuesta Rumiativa<sup>22,25</sup> (RRS): está constituida por 14 ítems agrupados en dos dimensiones: *brooding* y reflexión, que se responden en una escala Likert desde cero (“casi nunca”) hasta tres (“casi siempre”); en este estudio se obtuvo un  $\alpha=0,83$  para reflexión y 0,78 para *brooding*. Además, se incluyó un cuestionario sociodemográfico con preguntas acerca del sexo, la edad y la profesión.

## Procedimiento

Los instrumentos se aplicaron entre marzo y junio del 2015, intentando abarcar al total de funcionarios de los servicios UCI del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, un hospital de carácter público considerado el más grande de Chile. A los participantes se les entregó, durante su jornada de trabajo, un set de cuestionarios autoaplicados que luego fue retirado por los investigadores. Los funcionarios respondieron dichos cuestionarios mayoritariamente fuera de su jornada laboral, principalmente en el hogar, dadas las dificultades para hacerlo durante el cumplimiento de sus funciones, la mayor parte de ellas de carácter crítico. De un total de 166 funcionarios (población objetivo), se recibieron correctamente 136 encuestas (población marco), es decir, un 81,9% del total; el 28% de las encuestas restantes no fueron devueltas sin indicación de causa y un 2% de las mismas fueron respondidas en forma incompleta.

## Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de la población y de los instrumentos, además de una comparación de los grupos para las categorías sociodemográficas a través de *t* de student y ANOVA. Para probar las relaciones existentes entre las variables se utilizaron correlaciones *r* de Pearson y regresiones lineales múltiples, considerando el *burnout* y el bienestar como variables dependientes. Para evaluar el ajuste del modelo, se utilizó el método de estimación de máxima verosimilitud, previa evaluación de la normalidad multivariante, mediante el coeficiente de Mardia. Como criterios de ajuste se emplearon los siguientes<sup>37,38</sup>: a)  $c^2$ : un valor no significativo indica un buen ajuste; b)  $c^2/\text{gl}$ : un buen ajuste es indicado por un valor inferior a 2; c) NFI y TLI: un valor <sup>3</sup> 0,90 indica un ajuste aceptable, mientras que un valor <sup>3</sup> 0,95 es un indicador de un buen ajuste; d) RMSEA: un valor de RMSEA £ 0,08 (90% CI £ 0,10), es indicador de un ajuste aceptable, mientras que un RMSEA £ 0,05 (90% CI £ 0,08), es indicador de un buen ajuste. Finalmente, se realizó un análisis de clúster para observar cómo se agrupaban los funcionarios de acuerdo a sus puntajes en los instrumentos, utilizando para ello un análisis de conglomerado jerárquico con el método de Wald. Se emplearon los software estadísticos SPSS 20 y AMOS v.18.

## Declaración sobre aspectos éticos

Se siguieron las pautas éticas de la Declaración de Helsinki de 1975. El proyecto fue revisado y aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud de Concepción. Los participantes firmaron un consentimiento informado el cual aseguraba la voluntariedad, anonimato y confidencialidad de los datos entregados.

## RESULTADOS

Se realizó, en primer lugar, una caracterización sociodemográfica. En las Tablas 1 y 2 se pueden observar las medias y desviaciones estándar del grupo total, además de las categorías por sexo, grupo de edad y profesión. Se realizaron comparaciones de grupo a través de *t* de student y ANOVA (con prueba post-hoc HSD de Tukey) para evaluar si había diferencias en las variables dependientes o sus subfactores.

No se encontraron diferencias significativas según el sexo. En cuanto a grupos de edad, se encontraron diferencias significativas en despersonalización ( $F_{(3,132)}=4,710$ ,  $p=0,004$ ), observándose en las personas entre los 50 y los 59 años ( $M=2,14$ ;  $DE=3,33$ ) una media inferior que la media de las personas que se encontraban entre los 23 y los 30 años ( $M=8,03$ ;  $DE=6,48$ ) y entre los 31 y los 40 años ( $M=7,08$ ;  $DE=5,15$ ).

En relación a la profesión, al comparar médicos, enfermeras, técnicos paramédicos y auxiliares de servicio, se observaron diferencias significativas en el factor de auto-aceptación del bienestar ( $F_{(3,123)}=3,760$ ,  $p=0,013$ ); se observa en médicos una media superior ( $M=32,73$ ;  $DE=2,37$ ) que en auxiliares de servicio ( $M=27,23$ ;  $DE=4,92$ ). También se encontraron diferencias en crecimiento personal ( $F_{(3,123)}=4,337$ ,  $p=0,006$ ), obteniendo los enfermeros una media más alta ( $M=35,64$ ;  $DE=5,21$ ) que los técnicos paramédicos ( $M=32,21$ ;  $DE=5,03$ ). Finalmente, en bienestar psicológico total se obtuvo un  $F_{(3,123)}=3,761$ ,  $p=0,013$ , mostrando los médicos una media superior ( $M=200,82$ ;  $DE=15,54$ ) que los técnicos paramédicos ( $M=180,17$ ;  $DE=25,89$ ).

Tabla 1. Descripción de la muestra en el grupo total (n=136) y de acuerdo a género y rango de edad

	TOTAL				GÉNERO				RANGO DE EDAD							
	Min	Máx	Hombres (n=20)		Mujeres (n=116)		23 a 30 (n=49)		31 a 40 (n=39)		41 a 50 (n=43)		50 a 59 (n=14)			
			M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE		
Apoyo social	25	84	70,90	12,34	72,55	7,15	70,62	13,03	72,28	13,67	71,92	11,71	70,00	12,50	66,93	9,28
RSS Reflexión	0	15	5,71	3,79	5,15	4,21	5,80	3,73	7,15	3,96	5,62	3,51	5,21	3,88	3,36	2,10
RSS Brooding	0	19	4,65	3,67	4,00	3,08	4,77	3,77	5,43	3,56	4,44	3,46	4,44	4,01	3,71	3,47
BP Autoaceptación	15	36	29,21	4,76	31,00	4,04	28,90	4,82	29,00	5,12	29,46	4,48	29,30	4,51	28,79	5,66
BP Relaciones positivas	11	36	24,93	4,91	25,90	4,59	24,76	4,96	25,88	5,30	24,26	5,54	24,79	4,17	24,50	3,96
BP Autonomía	19	48	35,64	6,38	35,45	6,95	35,67	6,31	33,63	7,15	36,26	5,14	37,00	6,07	35,50	7,35
BP Dominio del entorno	14	34	24,25	2,83	24,80	2,04	24,16	2,94	23,95	2,86	24,33	2,45	24,47	2,74	24,21	4,04
BP Propósito en la vida	11	36	30,85	4,66	31,45	3,86	30,74	4,79	30,15	5,31	30,62	5,27	31,51	3,72	31,43	3,27
BP Crecimiento personal	17	42	33,74	5,22	35,25	4,68	33,48	5,28	33,43	5,69	33,82	5,46	34,40	4,62	32,43	5,11
BP Total	103	233	185,39	25,13	191,05	22,52	184,41	25,52	181,98	28,57	185,85	23,14	189,28	23,73	181,93	25,05
MBI Agotamiento personal	0	42	16,01	10,43	17,75	11,20	15,72	10,31	18,03	11,35	17,15	9,49	14,33	10,82	12,29	7,79
MBI Despersonalización	0	27	6,28	5,73	7,50	5,36	6,07	5,79	8,03	6,47	7,08	5,15	5,28	5,40	2,14	3,32
MBI Devaluación personal	0	31	9,65	7,04	8,20	5,43	9,90	7,27	9,23	7,54	10,15	7,18	9,42	6,59	10,14	7,13
MBI Total	1	77	31,94	17,76	33,45	18,73	31,68	17,65	35,28	19,77	34,38	16,40	29,02	17,45	24,57	13,92

RRS: rumiación; BP: bienestar psicológico; MBI: *burnout*. M: Media; DE: Desviación estándar.

Tabla 2. Descripción de la muestra de acuerdo a la profesión

	PROFESION													
	Médico (n=11)		Enfermera (n=45)		Técnico paramédico (n=58)		Auxiliar de servicio (n=13)		Kinesiólogo (n=7)		Administrativo (n=2)			
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE		
Apoyo social	73,73	7,35	74,78	8,46	68,62	14,29	70,38	10,19	63,83	20,05	60,50	19,09		
RSS Reflexión	3,91	3,59	6,24	3,30	5,72	3,91	5,54	4,56	3,33	3,88	9,50	3,54		
RSS Brooding	2,45	2,34	4,31	3,05	5,07	4,12	4,85	3,76	4,33	3,14	7,50	0,71		
BP Autoaceptación	32,73	2,37	30,04	4,08	28,64	5,10	27,23	4,92	28,83	5,46	27,23	4,92		
BP Relaciones positivas	26,64	4,82	26,00	4,35	23,76	5,07	25,00	5,03	24,00	6,84	26,00	0,00		
BP Autonomía	38,64	3,91	36,82	6,44	35,38	6,34	34,38	5,78	28,00	7,10	34,00	2,83		
BP Dominio del entorno	25,27	2,37	24,51	2,51	23,67	2,98	24,85	2,44	24,33	3,83	22,00	1,41		
BP Propósito en la vida	33,45	2,91	30,67	4,13	30,79	5,11	31,46	3,26	27,33	7,81	28,50	0,71		
BP Crecimiento personal	35,00	3,07	35,64	5,21	32,21	5,03	33,54	4,70	32,00	7,97	36,50	2,12		
BP Total	200,82	15,54	192,27	22,74	180,17	25,89	181,69	22,58	169,83	38,42	174,50	7,78		
MBI Agotamiento personal	14,73	8,51	15,18	10,60	16,93	11,00	15,69	9,59	13,33	8,57	14,50	3,54		
MBI Despersonalización	8,09	5,74	6,42	6,48	6,17	5,44	4,38	5,45	6,50	4,72	8,00	4,24		
MBI Devaluación personal	7,64	3,70	8,02	5,62	10,72	7,42	11,85	10,24	10,17	8,28	13,00	8,49		
MBI Total	30,45	15,35	29,62	18,63	33,83	18,12	31,92	17,51	30,00	18,31	31,82	17,77		

RRS: rumiación; BP: bienestar psicológico; MBI: *burnout*. M: Media; DE: Desviación estándar.

Tabla 3. Correlaciones entre las variables de estudio (n=136)

Variable	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Apoyo social	-0,14	-0,21*	0,38***	0,59***	0,26**	0,14	0,33***	0,39***	0,51***	-0,03	-0,14	-0,29***	-0,18*
2. RRS Reflexión	-	0,61***	-0,21*	-0,16	-0,19*	0,15	-0,06	0,10	-0,13	0,25**	0,18*	-0,06	0,18*
3. RRS Brooding		-	-0,38***	-0,25**	-0,32***	0,11	-0,13	-0,08	-0,29***	0,39***	0,29***	0,07	0,35***
4. BP Auto-aceptación			-	0,59***	0,57***	0,23**	0,69***	0,44**	0,82***	-0,30***	-0,12	-0,44***	-0,39***
5. BP Relaciones positivas con otros				-	0,41***	0,24**	0,49***	0,54***	0,73***	-0,25**	-0,19*	-0,46***	-0,39***
6. BP Autonomía					-	0,09	0,46***	0,43***	0,73***	-0,29***	-0,18*	-0,29***	-0,34***
7. BP Dominio del entorno						-	0,27**	0,30***	0,30***	-0,05	-0,08	-0,26**	-0,16
8. BP Propósito en la vida							-	0,50***	0,80***	-0,28***	-0,17*	-0,40***	-0,38***
9. BP Crecimiento personal								-	0,76***	-0,32***	-0,21*	-0,42***	-0,42***
10. BP Total									-	-0,38***	-0,23**	-0,53***	-0,51***
11. MBI Cansancio emocional										-	0,63***	0,23**	0,88***
12. MBI Despersonalización											-	0,18*	0,76***
13. MBI Devaluación personal												-	0,59***
14. MBI Total													-

\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001. RRS: rumiación; BP: bienestar psicológico; MBI: burnout



Tabla 4. Regresión lineal múltiple de variables predictoras sobre bienestar psicológico total y cada uno de sus factores (n=136)

Variable predictora	BP Auto-aceptación (R <sup>2</sup> =0,23)		BP Relaciones positivas con otros (R <sup>2</sup> =0,36)		BP Autonomía (R <sup>2</sup> =0,14)		BP Control del entorno (R <sup>2</sup> =0,05)		BP Propósito en la vida (R <sup>2</sup> =0,11)		BP Crecimiento personal (R <sup>2</sup> =0,19)		BP Total (R <sup>2</sup> =0,30)	
	β	t	β	t	β	T	B	t	β	t	β	t	β	T
1. Apoyo social	0,31	3,983***	0,56	7,917***	0,21	2,506*	0,17	1,970	0,31	3,727***	0,39	4,894***	0,47	6,309***
2. RRS Reflexión	0,05	0,520	0,00	0,042	0,01	0,140	0,14	1,290	0,04	0,360	0,24	2,462*	0,09	0,971
3. RRS Brooding	-0,35	-3,575***	-0,13	-1,482	-0,29	-2,784**	0,06	0,535	-0,09	-0,818	-0,15	-1,456	-0,24	-2,607**

\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001. RRS: rumiación; BP: bienestar psicológico. R<sup>2</sup>: varianza explicada; β: puntaje beta; t: valor t de student

En el análisis de las correlaciones (Tabla 3), se aprecia que el apoyo social presenta una relación positiva respecto al bienestar y negativa respecto al *burnout*. La rumiación reflexiva presenta correlaciones débiles aunque significativas de tipo “negativa” con el bienestar y “positiva” con el *burnout*. El *brooding* presenta relaciones más fuertes de tipo “negativa” con el bienestar y “positiva” con el *burnout*. Finalmente, el bienestar y el *burnout* presentan una relación negativa significativa (r=-0,51).

En los análisis de regresión, se consideraron el apoyo social y los dos factores de rumiación como variables predictoras tanto de bienestar psicológico y de sus subfactores, como del *burnout* y sus subfactores.

En la Tabla 4 se observa un valor predictivo significativo del modelo para bienestar psicológico total, así como para cada uno de sus subfactores, a excepción del “dominio del entorno” que resultó no significativo. En el caso del bienestar psicológico total, se obtuvo un valor R<sup>2</sup>=0,30 (R<sup>2</sup>adj=0,28), con un valor F<sub>(3,132)</sub>=18,682, p<0,001. En este caso, la percepción de apoyo social fue un predictor positivo y el *brooding* un predictor negativo.

En la Tabla 5 se observa un valor predictivo significativo tanto del modelo para *burnout* total, como para cada uno de sus subfactores. En el caso del *burnout* total se obtuvo un valor R<sup>2</sup>=0,14 (R<sup>2</sup>adj=0,12), con un valor F<sub>(3,132)</sub>=6,987, p<0,001. En este caso, el *brooding* es un predictor positivo. El apoyo social sólo es un predictor negativo de la devaluación personal.

Tabla 5. Regresión lineal múltiple de variables predictoras sobre *burnout* total y cada uno de sus factores (n=136).

Variable predictora	MBI Cansancio emocional (R <sup>2</sup> =0,14)		MBI Despersonalización (R <sup>2</sup> =0,09)		MBI Devaluación personal (R <sup>2</sup> =0,10)		MBI Total (R <sup>2</sup> =0,14)	
	β	t	β	t	β	t	β	t
1. Apoyo social	0,06	0,714	-0,08	-0,970	-0,29	-3,468***	-0,11	-1,308
2. RRS Reflexión	0,02	0,199	0,00	-0,017	-0,17	-1,634	-0,06	-0,550
3. RRS Brooding	0,39	3,829***	0,27	2,568*	0,12	1,097	0,36	3,517***

\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001. RRS: rumiación; BP: bienestar psicológico. R<sup>2</sup>: varianza explicada; β: puntaje beta; t: valor t de student

Se realizó un análisis de sendero con la finalidad de evaluar el modelo presentado en la Figura 1. Primero, se evaluó la normalidad multivariante a través del coeficiente de Mardia, obteniendo un valor de 4,49, lo que se ubica dentro del rango ±5 sugerido por Bentler<sup>39</sup>. El modelo demostró adecuados índices de ajuste:  $\chi^2=2,286$  (gl=2), p=0,32;  $\chi^2/gl=1,14$ ; NFI=0,98; TLI=0,99; RMSEA=0,03 (IC=0,00-0,18). Se observa que el *brooding* influye negativamente sobre el apoyo social percibido, y positivamente sobre el *burnout*. Además, el apoyo social percibido influye positivamente sobre el bienestar psicológico, mientras que el *burnout* influye negativamente sobre el mismo, explicando ambos el 41% de su varianza.

El efecto indirecto estandarizado del *brooding* sobre el bienestar, evaluado a través del método bootstrap de sesgo corregido para 2000 muestras,

presenta un valor significativo de -0,25 (intervalo de confianza de -0,36 a -0,12).

Se realizó un análisis de clúster para evaluar cómo se agrupaban los funcionarios en relación a las cuatro variables principales del estudio. Se siguió el procedimiento sugerido por Hair et al.<sup>40</sup>, por lo cual las variables fueron estandarizadas utilizando puntuaciones Z y luego se procedió al agrupamiento de los sujetos a través del procedimiento de Ward. La observación del dendograma sugirió dos conglomerados como la solución más conveniente (Figura 2). El primer grupo contiene a 75 personas y presentó un nivel inferior a la media en *burnout* y *brooding* y superior a la media en apoyo social y bienestar psicológico. El segundo contiene a 61 personas y presenta un nivel superior a la media en *burnout* y *brooding* e inferior a la media en apoyo social y bienestar psicológico.

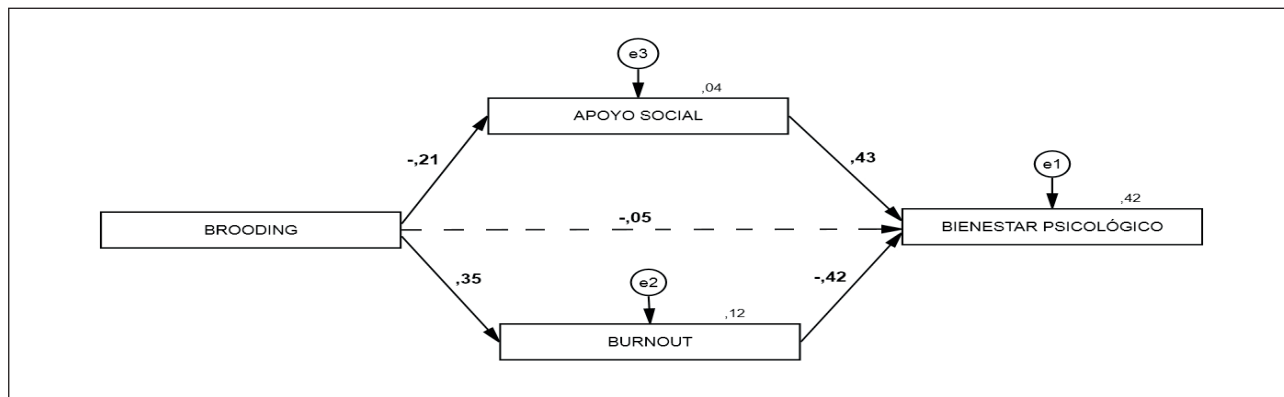


Figura 1. Análisis de sendero para la predicción de bienestar psicológico en funcionarios de la UCI (los coeficientes están estandarizados).

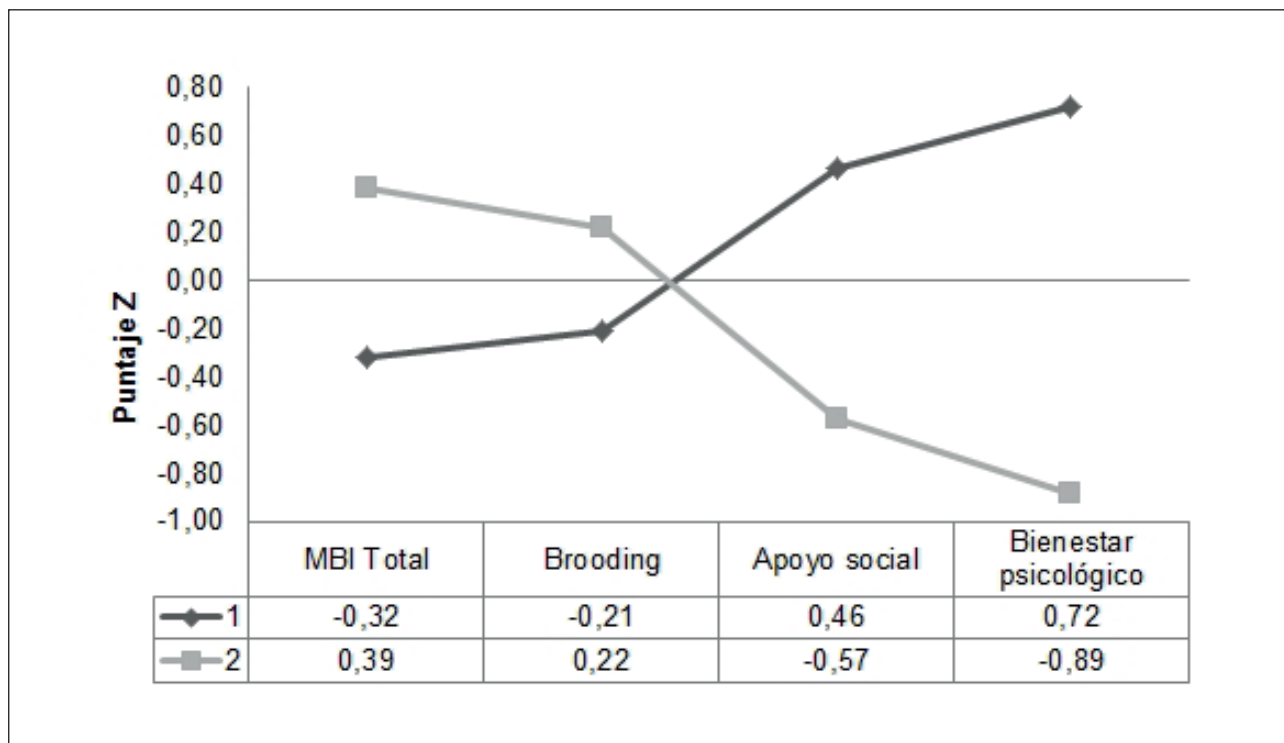


Figura 2. Análisis clúster para la agrupación de funcionarios en las variables de estudio (los puntajes están normalizados).

## DISCUSIÓN

En concordancia con otros estudios<sup>41</sup>, el bienestar psicológico de los funcionarios de la unidad de cuidados intensivos se relaciona con el estatus profesional y el nivel de formación. Los médicos fueron quienes mostraron un mayor nivel de bienestar psicológico total. Resultados en esta misma dirección se observaron en relación a dimensiones del bienestar, como la autoaceptación y el crecimiento personal. En cambio, no se encontró una relación entre el sexo y la edad de los funcionarios con el bienestar psicológico de los mismos. Sí se observó relación entre el *burnout* y la edad. Quienes pertenecían al grupo de mayor edad tenían menores niveles de *burnout*, y estos menores niveles fueron estadísticamente significativos en la dimensión “despersonalización”.

En este sentido, la edad sería un factor que amortigua la actitud negativa y la distancia emocional hacia otras personas en el trabajo, probablemente porque a lo largo de la vida las personas van desarrollando estrategias de afrontamiento más apropiadas para regular los efectos de un trabajo demandante y agotador. Para Marcos<sup>42</sup>, en sus primeros años, el funcionario es especialmente vulnerable al *burnout* dado que se confrontan sus expectativas idealistas con la práctica cotidiana real, a lo que el funcionario de mayor edad estaría ya habituado. A su vez, las personas que más *burnout* experimentan en el inicio de su vida laboral podrían abandonar sus funciones, por lo que los profesionales con mayor edad serían los que regularon mejor las demandas de su trabajo<sup>43</sup>.

En los análisis de regresión del bienestar psicológico y sus dimensiones, se observan capacidades explicativas de la varianza superiores a un 11% (siendo, la más alta, del 30%), excepto para la dimensión “control del

entorno” que fue de solo del 5%. “Apoyo social” mostró ser un predictor consistentemente significativo (excepto, una vez más, en “control del entorno”). *Brooding* se relacionó también significativamente, en forma inversa, con bienestar psicológico y con las dimensiones de “autoaceptación” y “autonomía”. “Reflexión” no resultó ser un predictor significativo, excepto en relación a la dimensión “crecimiento personal”. Los resultados corroboran la utilidad de distinguir en la rumiación un componente como la reflexión, que incluso puede tener una relación positiva con algunos aspectos del bienestar, mientras que el *brooding* puede resultar una forma de procesamiento cognitivo con efectos negativos<sup>44,45</sup>.

En el caso del *burnout*, el análisis de regresión, considerando los mismos predictores, también mostró un valor explicativo significativo aunque con menos capacidad explicativa que los análisis respecto a bienestar ( $R^2$  entre 9% y 14%). *Brooding* se relacionó con *burnout* global, cansancio emocional y/o despersonalización, pero no con devaluación personal. No se observa influencia significativa de la reflexión ni del apoyo social, a excepción de esta última con “devaluación personal”.

La relación de la rumiación con el *burnout* está siendo explorada con más intensidad recientemente, indicando que se trata de un modo de afrontamiento de particular riesgo para el desarrollo de *burnout*. Concordantemente con lo ya señalado, es el *brooding* el que muestra efectos más negativos<sup>26,46</sup>.

Redes sociales densas e integración comunitaria que brinden apoyo social han demostrado ser habitualmente esenciales para evitar o moderar la aparición del *burnout*<sup>16</sup>. Un metanálisis reciente muestra que la relación con el apoyo social es igualmente fuerte con las tres dimensiones

del *burnout*<sup>17</sup>. Sin embargo, se ha observado asimismo que la fuente del apoyo social (por ejemplo, laboral o no laboral) puede relacionarse diferencialmente con los distintos aspectos del *burnout*. El metanálisis señalado muestra que, en el caso del apoyo social laboral, la relación más fuerte es, en sentido inverso, con devaluación personal. No es posible identificar si la relación que en este estudio se observa entre apoyo social y devaluación personal corresponde a una fuerte presencia de formas laborales de apoyo.

Este estudio se propuso analizar un modelo de relación entre las variables. El adecuado ajuste del modelo indica la plausibilidad de las relaciones propuestas y, en específico, la relevancia de considerar el *brooding* como un modo de afrontamiento de riesgo, así como su capacidad de afectar negativamente el bienestar psicológico y el rol mediador del apoyo social y el *burnout*. Los estudios han confirmado que la rumiación (*brooding* en particular) exagera negativamente tanto el ánimo como la memoria autobiográfica y dificulta la resolución de problemas<sup>22</sup>, lo que podría llevar bien a una desvinculación de las fuentes de apoyo social más cercanas o bien a una falta de percepción del apoyo en caso de que esté disponible. A su vez, conllevaría a una exacerbación del malestar asociado al desgaste profesional. De ese modo, repercutiría finalmente en el bienestar psicológico.

El análisis de clúster indica que este conjunto de variables son útiles para identificar un primer grupo de funcionarios con mayores capacidades de adaptación, que presenta niveles de bienestar psicológico y apoyo social percibido y menores niveles de *burnout* y *brooding*, y un segundo grupo, algo menos prevalente que el anterior, que está más en riesgo de ver afectado su bienestar psicológico y laboral. Sería, por tanto, posible identificar perfiles diferenciales de riesgo

considerando estas variables, lo que puede ser útil en el diseño de programas de intervención.

Las principales limitaciones de este estudio son su carácter transversal, que obliga a considerar la direccionalidad de las relaciones establecidas solo como hipótesis, así como eventuales sesgos de selección dadas por diferencias entre quienes devolvieron la encuesta respondida y quiénes no. Sin embargo, es improbable que ello pueda afectar las relaciones observadas.

Investigaciones longitudinales y, en particular, diseños experimentales destinados a evaluar programas de promoción del bienestar psicológico y prevención del *burnout* serían de particular interés a partir de los hallazgos señalados.

## CONCLUSIÓN

Si bien el *burnout* se ha visto tradicionalmente asociado a variables socio-laborales y organizacionales, sobre las que sin duda alguna se debe intervenir, existen también variables personales que constituyen un factor de riesgo y que deben estar en el centro de atención.

Este estudio entrega información sobre variables psicológicas que influyen sobre el *burnout* y el bienestar de trabajadores de la salud sometidos a una fuerte carga laboral por las características propias de una labor de la cual depende la vida de los pacientes con los cuales interactúan a diario.

La rumiación mental negativa o *brooding* es una variable asociada a consecuencias como la depresión o el estrés postraumático y, como ahora se observa, asociada también al *burnout*. Por fortuna, desde la psicoterapia se han desarrollado estrategias útiles para el trabajo terapéutico de las rumiaciones, los que

pueden ser utilizados en personas con desgaste profesional. Por otro lado, incentivar la conexión y el uso de fuentes de apoyo social disponibles para el funcionario podría permitir reducir el riesgo de *burnout* y aumentar el bienestar psicológico del funcionario, lo que repercutirá positivamente en su calidad de vida.

## DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores no obtuvieron financiamiento para la realización de este estudio y durante la ejecución del trabajo o la redacción del manuscrito no han incidido intereses o valores distintos a los que usualmente tiene la investigación. Por lo tanto, los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Griffin M, Clarke S. Stress and well-being at work. In: Zedeck S, editor. *APA Handbook of Industrial and Organizational Psychology, Vol 3: Maintaining, Expanding, and Contracting the Organization*. Washington DC: American Psychological Association. 2011; 359-97.
2. Maslach C, Jackson SE. Burnout in health professions: a social psychological analysis. In: Sanders GS, Suls J, editors. *Social psychology of health and illness*. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1982; 227-51.
3. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*. 2004 Aug; 78(4):505-516.
4. Abreu, FJ. Síndrome de agotamiento emocional en profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Multiciencias*. 2012 Jul;11(4): 370-377.
5. Frade M, Vinagre R, Zaragoza I, Viñas S, Antúnez E, Álvarez S, Malpartida P. Síndrome de burnout en distintas Unidades de Cuidados Intensivos. *Enfermería intensiva*. 2009 Oct; 20(4):131-140.
6. Solano M, Hernández P, Vizcaya M, Reig A. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enfermería Intensiva*. 2002 Jan; 13(1):9-16.
7. Costantini A, Solano L, Di Napoli R, Bosco A. Relationship between hardiness and risk of burnout in a sample of 92 nurses working in oncology and AIDS wards. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1997 Jul; 66(2):78-82.
8. Pazetto A, Cowal I. Liderazgo en enfermería en las unidades de cuidados intensivos y su relación con el entorno laboral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2015 Feb; 23(1):106-113.
9. Freudenberger HJ. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*. 1974 Jan; 30(1):159-165.
10. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory manual*. Second edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1986.
11. Maslach C. Burnout in the workplace: A global problem in need of solution. *International Journal of Psychology*. 2012 Jan; 47: 549-549.
12. Ríos M, Peñalver F, Godoy I. Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*. 2008 Dec; 19(4):169-178.
13. Schaufeli WB, Taris TW, Van Rhenen W. Workaholism, burnout, and work engagement: three of a kind or three different kinds of employee well-being? *Applied Psychology*. 2008 Apr; 57(2):173-203.
14. Van Dierendonck D. The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*. 2004 Feb; 36(3):629-643.

15. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989 Dec; 57(6):1069-1081.
16. Avendaño C, Bustos P, Espinoza P, García F, Pierart T. Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público. *Ciencia y Enfermería*. 2009 Aug; 15(2):55-68.
17. Halbesleben JR. Sources of social support and burnout: A meta-analytic test of the conservation of resources model. *Journal of Applied Psychology*. 2006 Sep; 91(5):1134 -1145.
18. Jacobs SR, Dodd D. Student burnout as a function of personality, social support, and workload. *Journal of College Student Development*. 2003; 44(3):291-303.
19. Ben-Zur H, Michael K. Burnout, social support, and coping at work among social workers, psychologists, and nurses: The role of challenge/control appraisals. *Social Work in Health Care*. 2007 Aug; 45(4):63-82.
20. Aranda C, Pando M, Pérez M. Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. *Psicología y Salud*. 2004; 14(1):79-87.
21. Hernández P. Estudio descriptivo del Síndrome de Burnout en personal de salud del Hospital Militar de Bogotá. *Acta Colombiana de Psicología*. 2002; 7(1):71-83.
22. Cova F, Rincón P, Melipillán R. Rumiación y presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*. 2007; 24(2):175-183.
23. Cova F, Rincón P, Melipillán R. Reflexión, rumiación negativa y desarrollo de sintomatología depresiva en adolescentes de sexo femenino. *Terapia Psicológica*. 2009 Dec; 27(2):155-160.
24. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*. 1991 Nov; 100(4):569-582.
25. Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*. 2003 Jun; 27(3):247-59.
26. Košir K, Tement S, Licardo M, Habe K. Two sides of the same coin? The role of rumination and reflection in elementary school teachers' classroom stress and burnout. *Teaching and Teacher Education*. 2015 Apr; 47:131-41.
27. Luo P, Bao Z. Affectivity, emotional exhaustion, and service sabotage behavior: The mediation role of rumination. *Social Behavior and Personality: An International Journal*. 2013 May; 41(4):651-661.
28. Pérez JE, Smith AR, Norris RL, Canenguez KM, Tracey EF, DeCristofaro SB. Types of prayer and depressive symptoms among cancer patients: The mediating role of rumination and social support. *Journal of Behavioral Medicine*. 2011 Dec; 34(6):519-530.
29. O'Mahen HA, Flynn HA, Nolen-Hoeksema S. Rumination and interpersonal functioning in perinatal depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2010 Jun; 29(6):646-667.
30. Steger MF, Kashdan TB, Sullivan BA, Lorentz D. Understanding the search for meaning in life: Personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *Journal of Personality*. 2008 Apr; 76(2):199-228.
31. Leiter MP, Maslach C. Preventing burnout and building engagement: A complete program for organizational renewal. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2000.

32. Buzzetti M. Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI), en dirigentes del Colegio de Profesores A.G. de Chile [tesis de licenciatura]. Santiago: Universidad de Chile; 2005.
33. Díaz D, Rodríguez-Carvajal R, Blanco A, Moreno-Jiménez B, Gallardo I, Valle C et al. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*. 2006 Dec; 18(3):572-7.
34. Véliz A. Propiedades psicométricas de la escala de bienestar psicológico y su estructura factorial en universitarios chilenos. *Psicoperspectivas*. 2012; 11(2):143-63.
35. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*. 1988 Mar 1; 52(1):30-41.
36. Arechabala M, Miranda C. Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia y Enfermería*. 2002 Jun; 8(1):49-55.
37. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*. 1999 Jan; 6(1):1-55.
38. Yu CY. Evaluating cutoff criteria of model fit Indices for latent variable models with binary and continuous outcomes [dissertation of Doctor]. Los Angeles, USA: University of California; 2002.
39. Bentler P. EQS Structural equations program manual. Encino, CA: Multivariate Software; 2005.
40. Hair JE, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Multivariate Data Analysis*. Englewood Cliff. NJ: Prentice Hall; 1998.
41. Pereda L, Márquez F, Hoyos M, Yañez M. Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud mental*. 2009 Oct; 32(5):399-404.
42. Marcos C. Estilos de vida y síndrome de burnout en profesionales de enfermería del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-Marzo 2012 [tesis de licenciatura]. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2012.
43. Naisberg-Fennig S, Fennig S, Keinan G, Elizur A. Personality characteristics and proneness to burnout: a study among psychiatrists. *Stress and Health*. 1991 Oct; 7(4):201-205.
44. Kross E, Ayduk O, Mischel W. When asking “why” does not hurt distinguishing rumination from reflective processing of negative emotions. *Psychological science*. 2005 Sep; 16(9):709-715.
45. Whitmer A, Gotlib IH. Brooding and reflection reconsidered: A factor analytic examination of rumination in currently depressed, formerly depressed, and never depressed individuals. *Cognitive Therapy and Research*. 2011 Apr; 35(2):99-107.
46. Vandevala T, Pavey L, Chelidoni O, Chang NF, Creagh-Brown B, Cox A. Psychological rumination and recovery from work in intensive care professionals: associations with stress, burnout, depression and health. *Journal of Intensive Care*. 2017 Feb; 5(16):1-8.