

00921  
60

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**T E S I S**

IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DESENCADENANTES DEL SÍNDROME DE  
BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE DIEZ CASAS HOGAR PARA  
EL ADULTO MAYOR EN EL DISTRITO FEDERAL.

Que para obtener el título de  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Presentan:

VERÓNICA FLORES NORIEGA

PATRICIA ORTIZ VEGA

DIRECTORA DE LA TESIS

  
LIC. ROSA ELIA MENDOZA PÉREZ

ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

México, Octubre, 2003.

1

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*Damos gracias a Dios por la vida  
y por que a través de su amor logramos la paciencia,  
la tolerancia y la sabiduría  
necesarias para llevar a cabo la tesis que nos otorga la dicha  
de concluir nuestra carrera profesional.*

*Vero y Patty*

2

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

*A mis Padres*

*Por brindarme su amor, su apoyo y comprensión  
y por impulsarme a alcanzar mis metas.*

*A mi Esposo y a mi hija Alanis Verónica*

*A quien dedico esta tesis y todo mi amor  
Por comprender mis ausencias  
En los momentos más especiales  
de su primera infancia.*

*A mis Hermanos*

*En especial a Sandra por su paciencia, tolerancia  
y por estar conmigo siempre.*

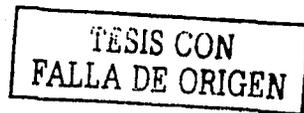
*A mi Abuela Tula*

*Por ofrecerme su sabiduría y paciencia  
y por su apoyo en el cuidado de mi hija.*

*A mis Tías Yolanda y María De La Luz*

*Por estar conmigo en las distintas etapas  
de mi preparación profesional.*

*Vero.*



*A mis Hijas Daniela Y Brenda*

*A ellas especialmente dedico mi tesis  
por que han sido muestra del verdadero amor,  
pacientes y comprensivas en todo momento,  
y por que son el motor que me impulsa  
a continuar día con día.*

*Las amo.*

*A mi Padre*

*Por todo el apoyo que de manera incondicional  
me ha brindado y por motivarme con su ejemplo  
y sus detalles a concluir cada una de mis metas.*

*Te amo.*

*A mi Madre y Hermana*

*Por ser uno de los motivos que me exigen ser mejor cada día,  
por su apoyo y comprensión en todo momento y por que las amo.*

*A mis Hermanos y sobrinos*

*Por formar una parte importante en mi vida.  
Por que los amo y los tengo siempre presentes.*

*A Carlos*

*Por que a pesar de la distancia me brindo siempre,  
a través de sus palabras, un motivo para continuar.*

*Te amo.*

*Patty.*

*Agradecemos al Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo  
Jefe de la Clínica de Geriatria por brindarnos todas  
Las facilidades para la elaboración de este trabajo.*

*A la profesora Rosa Elia Mendoza  
Por brindarnos un poco de su valioso tiempo  
para la asesoria de este trabajo.  
Gracias.*

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	I
1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1. Descripción del problema	2
1.2. Identificación del problema	2
1.3. Justificación de la investigación	3
1.4. Ubicación del tema	3
1.5. Objetivos	4
1.5.1 General	4
1.5.2 Específico	4
2. MARCO TEÓRICO	5
2.1 Demografía y epidemiología del envejecimiento	5
2.2 Proceso normal del envejecimiento: Biológico, psicológico y social.	7
2.3 Síndromes geriátricos más frecuentes.	9
2.4 Institucionalización	11
2.5 Estrés laboral	12
2.6 Síndrome de Burnout	18
2.7 Factores asociados al síndrome de Burnout	20
2.8 Escala de Maslach	23
3. METODOLOGÍA	24
3.1 Variables e indicadores	24
3.1.1 Dependientes	24
3.1.2 Independientes	24
3.2 Tipo de investigación y diseño	24
3.2.1 Tipo de investigación	24
3.2.2 Diseño	25
3.2.3 Criterios de inclusión, exclusión.	25
3.3 Técnicas e instrumentos de investigación utilizados	26
4. UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA	26
5. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	27
6. GRÁFICAS Y TABLAS	27
7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	65
8. RECOMENDACIONES	68
9. DISCUSIÓN	70
10. CONCLUSIONES	71
11. GLOSARIO	73
12. ANEXO	75
13. BIBLIOGRÁFICAS	78

6

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCIÓN

México cuenta actualmente con casi 101 millones de habitantes. Mientras que la mortalidad, la fecundidad y la tasa de crecimiento se encuentran en franco descenso desde hace más de treinta años, lo que nos indica que la población mexicana se dirige poco a poco hacia la última etapa de la transición demográfica.

La mayor esperanza de vida es resultado de diversos factores. Así, el envejecimiento acelerado de la población mundial aparece acentuada por la cantidad de adultos mayores, discapacitados que necesitan ahora, y que necesitarán dentro de unos años, una atención especial por parte de profesionales competentes que estén capacitados para luchar contra las enfermedades, los trastornos mentales asociados a la edad (enfermedades neurodegenerativas asociado a los problemas personales, familiares y sociales) y las fracturas y lesiones producidas por los accidentes y caídas. Las necesidades de formación y actualización de un número cada vez más amplio de profesionales que se dedican o van a dedicarse a trabajar con los adultos mayores son cada vez más importantes.

El envejecimiento, según la OMS, es un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos para las especies durante todo el ciclo de la vida. En los adultos mayores esos cambios producen cierta limitación de la adaptabilidad del organismo en relación a su medio. Los ritmos a que esos cambios se producen en los diversos órganos de un individuo o en distintos individuos, no son iguales.

Con frecuencia este grupo de edad presenta manifestaciones atípicas de enfermedad, entre los que vamos a encontrar los llamados síndromes geriátricos: la inmovilidad, las caídas, las incontinencias, y el delirium, entre los más importantes. Es entonces cuando el deterioro funcional y la consiguiente dependencia son las principales justificaciones para la institucionalización.

El cuidado de los adultos mayores comienza a ser exigente cuando se presenta algún cambio en el que origina la necesidad del cuidado parcial o total, propiciando con ello que uno de los familiares asuma la responsabilidad de su cuidado. Esta figura básica se conoce como cuidador primario quien en ocasiones se encuentra con dificultades en la toma de decisiones debido a que es la persona más cercana al problema y a quien se le ha dejado toda la responsabilidad.

Esta responsabilidad resulta poco gratificante para el cuidador primario debido a que esta demasiado estresado y agotado por lo que una solución tanto para el cuidador como para la familia es optar por la Institucionalización, y lo que en este estudio se le llama síndrome de Burnout.

Al ser institucionalizado el adulto mayor queda bajo el cuidado del personal de enfermería a quien frecuentemente los familiares exigen o demandan los cuidados del adulto mayor que en su hogar no lograron proporcionarle para mantenerlo física, psicológica y socialmente funcional.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Es así como se presenta en el personal de enfermería el síndrome de Burnout el cual se identificó en los Estados Unidos a mediados de los setenta, fue utilizado por primera vez por el psicólogo clínico Freudemberger. Esto como resultado de un proceso de deterioro de los cuidadores o trabajadores profesionales a lo largo de dos años. Este síndrome de quemarse se estableció como una respuesta al estrés laboral crónico, por aptitudes y sentimientos negativos. En la actualidad es una de las causas más importantes de incapacidad laboral.

En las mismas fechas, la psicóloga social Cristina Maslach, estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda en distintas áreas, calificó a los afectados por el estrés como personas con "sobre carga emocional" o "síndrome de Burnout (quemado).

Es de nuestro interés la realización de este estudio ya que uno de los grupos profesionales más afectados por el síndrome de Burnout es el personal de enfermería, que esta expuesto a factores que desencadenen el síndrome, dado que el ejercicio profesional esta orientado al servicio directo con pacientes. Dentro de los efectos negativos tanto físicos y psicicos como conductuales que el estrés laboral tiene sobre los individuos, se encuentra los problemas a nivel colectivo, estando en aumento el ausentismo laboral y la disminución de la calidad del trabajo, así como la posibilidad del maltrato al adulto mayor.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN.**

### **1.1 Descripción del problema**

Los profesionales de enfermería que se desempeñan en instituciones deben implicarse durante largas horas en problemas y preocupaciones relacionadas con su trabajo. Esta interacción, frecuentemente ocasiona en él problemas de estrés que culmina generalmente con la presencia del síndrome de Burnout.

Uno de los aspectos Básicos en la investigación de dicho síndrome en el personal de enfermería que trabaja con adultos mayores en diferentes casas hogar es el estudio de aquellas variables que de alguna manera desencadenan el síndrome o inciden en su proceso, incrementado o disminuyendo su impacto.

### **1.2 Identificación del problema**

Las personas que están en contacto permanente con situaciones estresantes, a cargo del cuidado parcial o prolongado del adulto mayor o de otras actividades laborales (entorno físico, social, económico, etc.), tienden a desarrollar frecuentemente el llamado síndrome de Burnout.

### **1.3 Justificación de la investigación**

Como se ha mencionado el síndrome de Burnout se señala como posible responsable de la desmotivación que sufre el personal de enfermería que labora en casas hogar para adultos mayores y al hecho de que en México los estudios del síndrome de Burnout son limitados.

Esto sugiere la posibilidad de que éste síndrome este implicado con la calidad de los cuidados de los adultos mayores institucionalizados. El estudio pretende identificar aquellas variables que de alguna manera desencadenen el síndrome en el personal de enfermería que labora en las casas hogar para adultos mayores con el fin de identificar factores potencialmente reversibles y predecibles del síndrome de Burnout en este grupo.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## **1.5. OBJETIVOS**

### **1.5.1 Objetivo general**

Identificar el síndrome de Burnout en el personal de enfermería de diez casas hogar para adultos mayores y su relación con las variables sociodemográficas.

### **1.5.2 Objetivos específicos**

Detectar la presencia del síndrome de Burnout en el personal de enfermería de diez casas hogar para adultos mayores.

Conocer la relación que existe entre el síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas.

Identificar factores potencialmente reversibles y predecibles del síndrome de Burnout en el personal de enfermería.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Demografía y epidemiología del envejecimiento

México cuenta actualmente con casi 101 millones de habitantes, mientras que la mortalidad, la fecundidad y la tasa de crecimiento se encuentran en franco descenso desde hace más de treinta años y la población mexicana se dirige poco a poco hacia la última etapa de la transición demográfica, según estimaciones del Consejo Nacional de Población, mientras que el grupo de las personas de 65 años o más es el que crece de manera más rápida desde hace quince años. Su monto actual es de casi 5 millones de personas, y aunque sólo abarca 4.9 por ciento del total, aumenta a un ritmo anual de 3.75 por ciento, que es una tasa con el potencial para duplicar el tamaño inicial de esta población cada 18.7 años, esto hace prever que en sólo 25 años, habrá un total de 1.2 billones de personas de más de 60 años de edad en el mundo<sup>1</sup>.

La mayor esperanza de vida es resultado de diversos factores, entre los que destacan una disminución en las tasas de mortalidad, en particular infantil, una reducción en las tasas de fecundidad, y también a los progresos derivados de la investigación.

Así, con el envejecimiento acelerado de la población mundial aparece también acentuada la cantidad de personas discapacitadas que necesitan ahora, y que dentro de unos años van a necesitar, una atención especial por parte de profesionales competentes que estén capacitados para luchar contra las enfermedades, los trastornos mentales asociados a la edad (enfermedades neurodegenerativas con los problemas personales, familiares y sociales que acarrearán) y las fracturas y lesiones producidas por los accidentes y caídas. La necesidad de formación y actualización de un número cada vez más amplio de profesionales que se dedican o van a dedicarse a trabajar con el colectivo de las personas mayores son cada vez más importantes.

Con frecuencia este grupo de edad presenta manifestaciones atípicas de enfermedad entre las que vamos a encontrar los llamados síndromes geriátricos: la inmovilidad, las caídas, las incontinencias, y el delirio entre los más importantes. Es entonces cuando el deterioro funcional y la consiguiente dependencia son las principales justificaciones para la institucionalización<sup>2</sup>.

Estas Instituciones intentan responder a las necesidades esenciales de un grupo de ancianos, cada vez más numeroso, que fuera de ellas carecen de servicios básicos o acceso a seguridad social, que no tiene un entorno familiar que le brinde apoyo suficiente y que padece alguna enfermedad crónica.

El cuidado de los adultos mayores comienza a ser exigente cuando se presenta alguna enfermedad, cambios cognitivos, disminución en la funcionalidad, disfunción familiar o social; esto hace que el adulto mayor se haga parcialmente dependiente o totalmente

<sup>1</sup> Consejo Nacional de Población, CONAPO Doceavo censo poblacional 2000.

<sup>2</sup> Facultad de Medicina/UNAM, Salud del Anciano, 2001.

dependiente o cuando las ideas de varios miembros de la familia difiere sobre la mejor forma de cuidarlos.

La decisiones se complican aún más cuando existe una persona que asume el cuidado primario del adulto mayor, esta figura básica se conoce como cuidado primario quien carga con la mayor parte de la responsabilidad del adulto mayor. Esta carga para el cuidador primario dentro de la familia trae problemas familiares, en la organización del tiempo, el costo económico, y aspectos físicos, falta de apoyo familiar que se suponía iba a recibir el cuidador primario al asumir la responsabilidad, en ocasiones se encuentra que al cuidador primario se le dificulta tomar decisiones ya que es la persona más cercana al problema, y a quien se le ha dejado toda la responsabilidad<sup>3</sup>.

En cualquiera de los casos es una responsabilidad poco gratificante para el cuidador primario por lo que una solución tanto para este como para la familia es optar por llevar al adulto mayor a alguna casa hogar para ancianos, lo que es frecuente cuando el cuidador primario y la familia están demasiado estresados y agotados, lo que en este estudio se le llama síndrome de Burnout.

Por lo tanto al ser institucionalizado, el adulto mayor queda bajo el cuidado del personal de enfermería a quien frecuentemente los familiares exigen o demandan los cuidados, que en su hogar no lograron proporcionarle para mantenerlo física, psicológica y socialmente funcional.

El deterioro de la funcionalidad del adulto mayor que provoca el cuidado inadecuado dentro de su hogar, ocasiona en los familiares sentimientos de culpa que se ven reflejados en las continuas y exigentes demandas de los familiares al personal de enfermería, a quienes les significa una excesiva carga de trabajo al adoptar la responsabilidad de tratar de corregir dicho deterioro de la funcionalidad física o mental del adulto mayor.

Es así como se presenta en el personal de enfermería el síndrome de Burnout el cuya conceptualización y estudio surge en los Estados Unidos a mediados de los setenta, fue utilizado por primera vez por el psicólogo clínico Freudemberger. Se trata de un síndrome clínico descrito por este que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York, observo que al año de trabajar la mayoría de los voluntarios sufrían una progresiva pérdida de energía hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad depresión así como desmotivación en su trabajo y agresividad con sus pacientes<sup>4</sup>.

Al principio como consecuencia de este síndrome el empleado estaria un poco cansado (chamuscado), y luego cuando la persona presenta síntomas físicos de agotamiento se le encontraría totalmente estresado (oxidado) o destruido. Esto como resultado de un proceso de deterioro de los cuidadores o trabajadores profesionales a lo largo de dos años. Este síndrome de quemarse se estableció como una respuesta al estrés laboral crónico por aptitudes y sentimientos negativos. Después lo adoptaron los sindicatos y abogados como elementos de ayuda para menciona que los problemas físicos generados por un grado de

<sup>3</sup> Liliana Mendoza Martinez, Genatria, 1999

<sup>4</sup> Maslach y Jackson, Síndrome del quemado por estres asistencial, 1977.

agotamiento excesivo. En la actualidad es una de las causas más importantes de incapacidad laboral<sup>5</sup>.

En las mismas fechas la psicóloga social Cristina Maslach, estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda en las distintas áreas profesionales y calificó a los afectados por el estrés como personas con "sobre carga emocional" o "síndrome de Burnout, (quemado)". Esta autora describió cómo un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas<sup>6</sup>.

## 2.2 Proceso natural del envejecimiento biológico, psicológico y social

### Definición:

El envejecimiento, según OPS, es un proceso de interacción entre el individuo que envejece y una realidad contextual en proceso de permanente de cambio. Así el individuo hace esfuerzos constantes por alcanzar el nivel adecuado de adaptación y equilibrio entre sus propios cambios bio-fisiológicos y aquellos otros que ocurren en el medio ambiente, socioeconómico y cultural más amplio. Desde la perspectiva funcional, el anciano sano es aquel que es capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal. Siendo entonces que las modificaciones relacionadas con la edad no son enfermedades, sino pérdidas naturales de la función .

El envejecimiento, según OMS, es proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos para las especies durante todo el ciclo de la vida. En los últimos años de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación a su medio. Los ritmos a que esos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos, no son iguales. Es importante considerar que:

- ❖ *Es un proceso normal.*
- ❖ *Ocurre en todos los seres vivos.*
- ❖ *Comienza en el momento de nacer.*
- ❖ *Se produce una limitación de la adaptabilidad.*
- ❖ *Es un proceso no uniforme.*
- ❖ *Es distinto de un hombre a otro.*

<sup>5</sup> Idem

<sup>6</sup> Idem

<sup>7</sup> OPS, OMS, La Salud de los Ancianos, 1992.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- ❖ *En un mismo ser humano no todos sus órganos envejecen a un mismo tiempo*<sup>8</sup>.

La consideración psicosocial del anciano nos lleva a plantear que los cambios propios del proceso de envejecimiento ocurren desde tres perspectivas :

- ❖ **Cambios Biológicos :** Todos los cambios orgánicos que afectan sobre sus capacidades físicas y asociadas a la edad .
- ❖ **Cambios Psíquicos :** Cambios en el comportamiento , autopercepción , conflictos , valores y creencias .
- ❖ **Cambios Sociales :** Se estudia el papel del anciano en la comunidad<sup>9</sup> .

El otro concepto importante es definir viejo sano, y se concluyó que viejo sano era el autónomo, cuya condición no menoscaba la vida diaria. El concepto de autonomía se mira bajo tres ópticas:

- ❖ **Aparato locomotor (autonomía física):** Para esto hay criterios y herramientas de evaluación funcional: marcha (si camina o no), si es capaz de realizar las actividades básicas del diario vivir (comer, ir al baño, etc.) y si es capaz de realizar actividades más fina o instrumentales (si puede llamar por teléfono, ir a comprar el pan, manejar su dinero, etc).
- ❖ **Psique:** si mentalmente es autónoma o no (si entiende las instrucciones por ejemplo de tomarse un remedio, etc.) Esto se evalúa fácilmente preguntándole donde estamos, su edad, su nombre, etc. Otra cosa importante a evaluar es el estado de ánimo.
- ❖ **Social:** Esta funcionalidad se ve desde 2 vertientes: 1.- si dispone de dinero propio, si su pensión la reciben ellos o se la quedan los hijos, etc. 2.- La red de apoyo social: si la persona cuenta con alguien para ayudarlos ante cualquier problema (un hijo, vecino, etc.)<sup>10</sup>.

Así, el proceso de envejecimiento trae consigo cambios en la capacidad física, cognitiva y social en el adulto mayor, en donde la salud en la vejez depende en gran medida de los modos de vida, la equidad social, la diferencia de género, la exposición a factores de riesgo y las oportunidades de acceso a la protección y promoción de la salud en la transición de la vida.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

---

\* Idem p. 6

<sup>9</sup> Op cit p. 5

<sup>10</sup> Op cit p. 6.

Existen trastornos comunes de los viejos:

- ❖ Pérdida del apetito.
- ❖ Baja de peso sin mayor causa.
- ❖ Confusión.
- ❖ Caídas. Al estar enfermos, el equilibrio es lo primero que se les altera.
- ❖ Inmovilidad.
- ❖ Incontinencia.

Dentro de las enfermedades más frecuentes de los viejos están todo lo que son enfermedades degenerativas, las enfermedades metabólicas (DM, dislipidemias), no tanto por la enfermedad en sí, sino que por el daño que producen a otros órganos, y las enfermedades carenciales.

### 2.3 Síndromes geriátricos

Con frecuencia este grupo de edad presenta manifestaciones atípicas de enfermedad y entre las que vamos a observar son precisamente los llamados Síndromes Geriátricos: la inmovilidad, las caídas, la incontinencia y el delirio entre los más importantes<sup>11</sup>.

#### SÍNDROME DE INMOVILIDAD

Definición: la inmovilización es la reducción de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de funciones relacionadas con el sistema neuromusculoesquelético.

#### SÍNDROME DE CAÍDAS

Definición: La caída se define como una precipitación al suelo, repentina, involuntaria e insospechada, con o sin lesión secundaria, confirmada por el paciente o un testigo.

#### INCONTINENCIA URINARIA.

Definición: La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina que es objetivamente demostrable y que constituye un problema social e higiénico. La predisposición del adulto mayor a la incontinencia es debida a cambios cerebrales del envejecimiento que afectan el control de la micción.

#### POLIFARMACIA

Definición: Polifarmacia, según la OMS, es el consumir más de 3 medicamentos simultáneamente

---

<sup>11</sup> Op cit p. 5.

### ULCERAS POR PRESIÓN

Definición: Las úlceras por presión son disrupciones de la integridad cutánea que se producen por acción externa sobre los tegumentos y que son debidas a un traumatismo o quemadura, diferenciándose, por tanto, de aquellas que aparecen por estos dos últimos mecanismos o por alteraciones del medio intrínseco cutáneo.

### DEPRESIÓN

Definición: es una variante del humor caracterizado por un estado de abatimiento, o tristeza, que bien puede ser reactivo a eventos desafortunados y presentarse de manera transitoria y proporcional, sin ser un estado patológico. Asimismo puede presentarse como un síntoma aislado pero más persistente, acompañando a otras patologías, generalmente de naturaleza crónica.

### DEMENCIA

La demencia, no es una enfermedad, sino que es un síndrome clínico que se caracteriza por la pérdida de las funciones mentales (capacidades cognoscitivas [lenguaje, praxias, gnosias, conceptualización, juicio, razonamiento e inteligencia y capacidades volitivas o voluntad]) y emocionales (afectivas), lo suficientemente severas como para interferir en las actividades de la vida cotidiana, y la calidad de vida de las personas que la padecen: haciendo hincapié en que tal pérdida es adquirida, a diferencia de los procesos desarrollados o que se inician a partir del nacimiento.

### DELIRIUM

Definición: Es un "síndrome cerebral crónico", cuya característica principal es la alteración de la cognición y de la atención y en muchos casos es reversible.

### DESNUTRICIÓN

Es una condición ocasionada por la inadecuada ingesta o digestión de nutrientes. Puede resultar del consumo de una dieta inadecuada o desequilibrada, por trastornos digestivos, problemas de absorción u otras condiciones médicas<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Op cit p. 5.

## 2.4 Institucionalización

La institucionalización de los ancianos, es decir, el ingreso en residencias geriátricas y unidades de larga estancia, es un hecho cada vez más frecuente en nuestra sociedad, esto debido a problemas como la incontinencia urinaria y la dependencia para las actividades de la vida diaria y otros factores que son motivo de institucionalización del anciano<sup>13</sup>.

El cuidado de ancianos con diversos tipos y grados de dependencia, adquiere distintos significados para la familia de acuerdo al proceso de envejecimiento del mismo, ya que éste no es idéntico para todos, y pueden presentarse variaciones tanto en adaptaciones positivas para la integración de la familia y el anciano, como el desgaste de los cuidadores que implicará situaciones de riesgo para los mismos y para el anciano. El deterioro cognitivo, la pérdida de memoria y las demencias en los ancianos generan en mayor medida que las discapacidades físicas, sentimientos de rechazo y de incompetencia así como procesos psico-patológicos en los cuidadores, que derivarán en la institucionalización del anciano. Esta decisión enfrentará a la familia con una realidad que no contempla diferentes necesidades asistenciales y posibilidades económicas de los usuarios.

En cuanto a las alternativas asistenciales, es notoria la carencia de centros de día en la ciudad. A excepción de una organización no gubernamental para ancianos afectados por el mal de Alzheimer. Existe también el Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores (INAPAM) dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social, que ofrece diferentes beneficios como albergues y algunas residencias de día. El DIF cuenta actualmente con 40 casas hogar para ancianos en todo el país donde se trabaja con 1,774 personas en estado de abandono, desamparo o maltrato, en el caso particular del Distrito Federal que opera con dos casas hogar en donde se atiende a 410 personas<sup>14</sup>.

Con relación al problema de la institucionalización, y a pesar del desarrollo de alternativas (centros de día, atención domiciliaria, complejos comunitarios, etc.), la residencia de mayores es una necesidad, en muchos casos, insustituible.

Si bien un porcentaje de la población mayor de 60 años realiza sin ninguna ayuda actividades de la vida diaria, también debe reconocerse que otra porción requiere ayuda en tareas domésticas.

La mayoría de los internados recientes son autosuficientes. En un futuro y gracias al aumento de la esperanza de vida, estos residentes evolucionarán hacia la vejez extrema y frágil y, por lo tanto, son una población de riesgo de dependencia.

Una casa hogar para el adulto mayor es por su naturaleza un establecimiento destinado a servir de vivienda común a personas mayores en el que se presta una asistencia integral y continua a quienes no puedan satisfacer estas necesidades por otros medios.

<sup>13</sup> JAPON, Primer Simposium sobre Instituciones De asistencia Social, 1986.

<sup>14</sup> DIF, Informe del 28 de agosto, 2002.

En las últimas décadas se han desarrollado múltiples alternativas residenciales considerando los distintos requerimientos de la población por asistir (residencia de válidos, asistida, mixta, hogares de día).

Definimos a las residencias de internamiento de ancianos en dos tipos:

- ❖ Institucionalización crónica; se refiere a los centros psiquiátricos de estadía permanente
- ❖ Institucionalización aguda; se refiere a los centros hospitalarios en los cuales la estadía es, por lo general, ambulatoria<sup>15</sup>.

Estos establecimientos deben generar un ambiente de convivencia y participación que garantice la libertad, la comunicación, la seguridad y el derecho de los residentes a la autonomía personal y a cooperar en la gestión institucional.

Coexisten en la Institución modelos de atención sustentados por personas, grupos y áreas que son incompatibles entre sí (acciones y actitudes basadas en el "control" o "integración", "inclusión" o "exclusión", etc.). Las misiones, funciones, normas y procedimientos de cada departamento y servicio no están integradas a un plan común de actuación, y frecuentemente, no son conocidos por los miembros del personal. La carencia de capacitación, la resistencia a cambios y los fenómenos antes descritos, que amenaza las transformaciones proyectadas. El tipo y variación de contratos laborales, la distribución de horarios y días de trabajo, las competencias de cada área, la distribución de cargos jerárquicos, etc. deberían adaptarse a un modelo de gestión y atención basados en la eficacia, la eficiencia y la efectividad. La estructura global de la Institución esta montada en función del personal y no en función de los residentes y sus requerimientos.

## 2.5 Estrés laboral

Para las nuevas generaciones esta nueva modalidad de relacionarse laboralmente, considerando que en épocas anteriores el trabajo era un contrato de por vida, un refugio seguro y la tranquilidad que mensualmente se hacia frente a todas las obligaciones ha desaparecido casi completamente.

Dado que la actual fuerza laboral tiene en su futuro un contrato que pocas veces se firma, esto, para la generación que enfrenta este cambio es un duro proceso de adaptación, es la deshumanización de la relación laboral, que implica tensiones, angustias e inseguridades.

Los trastornos anímicos y la ansiedad de los empleados son los principales motivos para consulta médica. La enfermería en general se ha caracterizado tradicionalmente por ser un trabajo competente y abnegado que exige cuidado, conocimientos y vocación. La labor con pacientes geriátricos incrementa considerablemente estos requisitos. Todas las medidas que se tomen para prevenir o manejar el *burnout* en la profesión de enfermería serán pocas para

<sup>15</sup> Idem p. 10

garantizar no sólo la calidad de la atención a los enfermos, sino la propia salud de estos profesionales.

La dirección del hospital es la responsable directa de aportar los recursos necesarios, tanto materiales como humanos, para que enfermería trabaje lo más desahogadamente posible.

En cuanto a la labor realizada por el personal de enfermería se reconoce el tremendo impacto que supone la excesiva carga de trabajo, sobre todo en la aparición de trastornos físicos como las contracturas musculares, que ocasionan generalmente la baja laboral.

Una inversión es dotar a las unidades del personal necesario evitaría una menor incidencia en bajas laborales y un aumento de la calidad del servicio prestado, lo que a la larga repercutiría en un beneficio para la institución.

La institución ha de velar por la creación de un ambiente físico del trabajo de acuerdo a las necesidades del adulto mayor, así como capacitar al personal que lo atiende. Otro factor muy estresante es la falta de organización administrativa que ocasiona las frecuentes quejas de los familiares, situación que no es responsabilidad de enfermería (calidad de la comida, mantenimiento, información general, etc...) pero que recae en ella debido a que son quienes mantienen un contacto directo y prolongado con los pacientes y quienes reciben primero estas quejas.

La dirección de enfermería y la supervisión son responsables de planificar los turnos de trabajo, la distribución del personal y las tareas encomendadas al mismo. Encontramos en este sentido turnos y horarios estresantes, desigual distribución de personal en las unidades (se debería estudiar más la carga de trabajo que originan los pacientes en vez de establecer un rol fijo de pacientes por enfermera(o) y una excesiva burocracia que dificulta una adecuada atención al paciente (Bonfill, 1996), pues se ha calculado que las tareas administrativas absorben más de un tercio del tiempo de enfermería, lo que ocasiona estrés en el personal de enfermería.

Hans Selye (1926), definió el estrés, como la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante. El término estrés, partió de un concepto físico haciendo referencia a una fuerza o peso que produce diferentes grados de tensión o deformación en distintos materiales. Selye no hace referencia al estímulo (peso o fuerza), sino a la respuesta del organismo a éste. Utiliza el término estrés para describir la suma de cambios inespecíficos del organismo en respuesta a un estímulo o situación estimular (1956). Este concepto involucra la interacción del organismo con el medio, lo que nos podría llevar a definir el estrés según el estímulo (a), la respuesta (b) o el concepto estímulo-respuesta (c).

a) Estrés es la fuerza o el estímulo que actúa sobre el individuo y que da lugar a una respuesta.

b) Estrés es la respuesta fisiológica o psicológica del individuo ante un estresor ambiental.

e) Estrés es una consecuencia de la interacción de los estímulos ambientales y la respuesta idiosincrásica del individuo<sup>16</sup>.

Es esta respuesta, la cual lleva a una serie de cambios físicos, biológicos y hormonales, previa evaluación o atribución consciente o inconsciente de los factores estresantes, la que permite responder adecuadamente a las demandas externas. Es decir, las respuestas del organismo se realizan en los planos biológico, físico y psicológico a través del complejo sistema psico neuro endocrinológico.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) se refiere al estrés laboral en los siguientes términos: "Esta enfermedad es un peligro para las economías de los países industrializados y en vías de desarrollo. Resiente la productividad, al afectar la salud física y mental de los trabajadores".

El avance tecnológico ha provocado que el trabajo manual, artesanal, creador y fuente de buen estrés sea reemplazado por un trabajo mecanizado, automatizado, en cadena, a veces viable, pero muy veloz, quizá menos fatigoso físicamente, pero causante de estrés por mayor estímulo psicológico e intelectual.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud define el estrés como el "conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción"<sup>17</sup>.

No podemos dejar de lado la definición de Lazarus y Folkman (1986): "estrés es el resultado de la relación entre el individuo y el entorno. Evaluado por aquel como amenazante, que desborda sus recursos debido a la presencia de demandas de tareas, roles interpersonales y físicos. Y pone en peligro su bienestar"<sup>18</sup>.

Según Kalimo, "múltiples estudios epidemiológicos han demostrado que la salud está relacionada con factores psico-sociales presentes en el trabajo y que la función de esos factores, tanto con respecto al estado de salud como a las causas de la enfermedad, es de alcance relativamente general.

#### **Tipos de estresores laborales:**

Se clasifican en:

##### **a.-Estresores del ambiente físico, entre los que se encuentran:**

- ❖ La iluminación. No es lo mismo trabajar en turno nocturno que en el diurno o con luz muy brillante

<sup>16</sup> Lazarus y Folkman. Estrés laboral, 1986.

<sup>17</sup> OMS. Salud Ocupacional para Todos, 1995.

<sup>18</sup> Idem p. 12 (17).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- ❖ El ruido. Trabajar con alarmas continuamente, puede afectar no sólo al oído, sino al desempeño del trabajo: satisfacción, productividad, etc..
- ❖ Ambientes contaminados. La percepción de los riesgos, puede producir mayor ansiedad en el profesional, repercutiendo en el rendimiento y en el bienestar psicológico.
- ❖ La temperatura. A veces trabajar en un ambiente caluroso genera una tremenda incomodidad.
- ❖ Peso. Los profesionales que han de trabajar en quirófano muchas horas con delantales o guantes protectores de plomo pueden estar sometidos a cargar con un peso importante. El cansancio puede duplicarse.

Estos factores requieren una doble adaptación, tanto física como psicológica<sup>19</sup>.

**b.- Estresores de la tarea.** La generación de estrés varía de unas personas a otras, ya que las características de cada tarea y de lo que genera en los profesionales va en función de lo que gusta o no hacer. Cuando la tarea se adecua a las expectativas y a la capacidad del profesional, contribuye al bienestar psicológico y supone una importante motivación. Entre estos estresores se encuentran:

- ❖ La carga mental de trabajo. Es el grado de movilización de energía y capacidad mental que el profesional pone en juego para desempeñar la tarea. Ejemplo: tener que preparar 25 sueros llenos de medicación en un horario reducido.
- ❖ El control sobre la tarea. Ocurre cuando no se controla la tarea, es decir, cuando las actividades a realizar no se adecuan a nuestros conocimientos. Ejemplo: Han cambiado a un profesional de puesto de trabajo, y ha sido trasladado a un servicio de nefrología, cuando resulta que los cinco últimos años ha trabajado en la unidad de cardiología. No controla la tarea a realizar y no se atreve a tomar las iniciativas adecuadas por temor a la falta de conocimientos y atención que requieren este tipo de pacientes.

**c.- Estresores de la organización:** Los estresores más importantes que aparecen en la organización son los siguientes:

- ❖ Conflicto y ambigüedad del Rol. Ocurre cuando hay diferencias entre lo que espera el profesional y la realidad de lo que le exige la organización. Puede haber conflictos como por ejemplo recibir ordenes contradictorias de un responsable de enfermería o cuando los deseos y metas no se corresponden con lo que realmente estamos haciendo. Cuando no se tiene claro lo que se tiene que hacer, los objetivos del trabajo y la responsabilidad inherente que conlleva, nos puede estresar de forma importante.

<sup>19</sup> Moreno B. Oliver, El Burnout una forma específica de estrés laboral, 1991.

- ❖ También influyen los tiempos de descanso, las relaciones interpersonales, sentirse observado-criticado por los compañeros, las dificultades de comunicación y las escasas posibilidades de promoción. Estos factores también pueden generar estrés laboral.
- ❖ La jornada de trabajo excesiva produce desgaste físico y mental e impide al profesional hacer frente a las situaciones estresantes. Por ejemplo una jornada nocturna puede ser más larga que una de mañana o tarde y por tanto al final de la jornada, el profesional se encontrará más agotado y su capacidad física y mental puede verse disminuida.
- ❖ Las relaciones interpersonales pueden llegar a convertirse en una fuente de estrés. Piénsese en un profesional desequilibrado emocionalmente que hace la vida imposible a todos sus compañeros. Es una fuente continua de estrés. Por el contrario, cuando existe buena comunicación interpersonal y cuando se percibe apoyo social y de la organización, se amortiguan los efectos negativos del estrés laboral sobre nuestra salud.
- ❖ Promoción y desarrollo profesional. Si las aspiraciones profesionales no se corresponden con la realidad por falta de valoración de méritos<sup>20</sup>.

#### **d.-Estrés de nivel individual**

**1) Sobrecarga de trabajo:** Se considera sobrecarga de trabajo el ejercer responsabilidades importantes, por ejemplo, responsabilidad por la tarea o las decisiones de otros. Estas personas habitualmente tienen más estrés, fuman más, tienen presión más alta y aumentados los índices de colesterol que aquellas que solamente se responsabilizan por objetos o por la realización de su propia tarea.

La sobrecarga genera insatisfacción, tensión, disminución de la autoestima, sensación de amenaza, taquicardia, aumento del colesterol, del consumo de nicotina y otras adicciones, para tratar de responder a la sobre exigencia.

**2) Conflictos de roles:** El conflicto de roles puede ser objetivo o subjetivo. Será un conflicto de roles objetivo cuando existen dos o más personas dando órdenes contradictorias. En cambio, un conflicto de roles subjetivo se produce como resultado de la contradicción entre las órdenes formales que recibe el individuo y los propios valores y metas del sujeto lo que generan gran ansiedad e insatisfacción por el trabajo, es mayor aun cuanto más autoridad ostenta el que expresa las órdenes contradictorias.

Estas situaciones disminuyen la creatividad de los individuos sometidos al conflicto, ya que el temor a fallar provoca un desempeño laboral menos satisfactorio.

**3) Ambigüedad de roles.** Se refiere a la falta de claridad sobre el papel que se está desempeñando, los objetivos del trabajo individual o el alcance de las responsabilidades. Se

<sup>20</sup> Idem p 13.

produce estrés, depresión y deseos de abandonar el puesto de trabajo cuando esta situación se mantiene en el tiempo en forma crónica. Es característica de este caso la disminución de la autoestima ante la falta de satisfacción por la tarea que se ejerce.

**4) Discrepancias con las metas de la carrera laboral.** Las discrepancias y dudas sobre la carrera laboral o la profesión del individuo están dadas por la falta de seguridad laboral, las dudas sobre los ascensos y las legítimas ambiciones frustradas. La insatisfacción en cuanto a las discrepancias entre aspiraciones y logros lleva a la ansiedad y la frustración, la depresión y el estrés, especialmente entre los 40 y 50 años.

Es frecuente que además de una calidad deficiente del rendimiento laboral encontremos adiciones como el alcohol, las drogas, el café, el tabaco, etcétera<sup>21</sup>.

### Consecuencias del estrés laboral

El estrés laboral produce una serie de consecuencias y efectos negativos una vez presente en el ambiente de las diferentes áreas de una organización, tendrá consecuencias que afectarán negativamente a la misma estableciendo dos tipos de consecuencias: directas e indirectas<sup>22</sup>.

#### Directas:

- ❖ Ausentismo laboral.
- ❖ Tardanzas y retraso en el trabajo.
- ❖ Rotación de personal.
- ❖ Poca membresía y participación

**Indirectas:** En la relación a la ejecución del trabajo los aspectos organizacionales más afectados son los siguientes:

- ❖ Cantidad de la productividad.
- ❖ Calidad de la productividad.
- ❖ Accidentes.
- ❖ Equipos, maquinarias averiadas y demoras en su reparación.
- ❖ Desperdicio o sobre-utilización de la iniciativa y la creatividad.

#### Consecuencias a nivel biológico:

1.- *A nivel del sistema de respuesta fisiológica:* Taquicardia, aumento de la tensión arterial, sudoración, alteraciones del ritmo respiratorio, aumento de la tensión muscular, aumento de la glucemia en sangre, aumento del metabolismo basal, aumento del colesterol, inhibición del sistema inmunológico, sensación de nudo en la garganta, dilatación de pupilas, etc.

<sup>21</sup> Idem p 13.

<sup>22</sup> Quick y Quick, Estrés laboral, 1984.

2.- *A nivel del sistema cognitivo*: Sensación de preocupación, indecisión, bajo nivel de concentración, desorientación, mal humor, hipersensibilidad a la crítica, sentimientos de falta de control, etc.

3.- *A nivel del sistema motor*: Hablar rápido, temblores, tartamudeo, voz entrecortada, imprecisión, explosiones emocionales, consumo de drogas legales como tabaco y alcohol, exceso de apetito, falta de apetito, conductas impulsivas, risas nerviosas, bostezos, etc.

El estrés también genera una serie de trastornos asociados, que aunque no sean causas desencadenantes a veces se constituyen en factor colaborador:

- ❖ Trastornos respiratorios: Asma, hiperventilación, taquipnea, etc.
- ❖ Trastornos cardiovasculares: Enfermedad coronaria, hipertensión arterial, alteraciones del ritmo cardíaco, etc.
- ❖ Trastornos inmunológicos: Desarrollo de enfermedades infecciosas.
- ❖ Trastornos endocrinos: Hipertiroidismo, hipotiroidismo, síndrome de Cushing, etc.
- ❖ Trastornos dermatológicos: Prurito, sudoración excesiva, dermatitis atópica, caída del cabello, urticaria crónica, rubor facial, etc.
- ❖ Diabetes: Suele agravar la enfermedad.
- ❖ Dolores crónicos y cefaleas continuas.
- ❖ Trastornos sexuales: Impotencia, eyaculación precoz, vaginismo, alteraciones de la libido, etc.
- ❖ Trastornos psicopatológicos: Ansiedad, miedos, fobias, depresión, conductas adictivas, insomnio, alteraciones alimenticias, trastornos de la personalidad.

La publicación periódica del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, "enfermedades modernas" en un artículo sobre nuevas denominaciones para enfermedades "modernas", califica el síndrome de Burnout, como un síndrome de desgaste profesional que se manifiesta en los profesionales sometidos a un estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son: agotamiento físico y psíquico, actitud fría y despersonalizada en la relación hacia los demás y sentimientos de insatisfacción personal con las tareas que se han de realizar y que suele producirse fundamentalmente en personal sanitario<sup>23</sup>.

## 2.6 SINDROME DE BURNOUT

Es a partir de Freudenberger en 1974 que se adopta una conceptualización de "Burnout" ligada al trabajo, aunque este autor lo hace desde una perspectiva psicoanalítica que se ha ido perdiendo. El tema toma su curso a partir de los trabajos de Maslach y Jackson en 1981, quienes estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda describió al síndrome de Burnout como un "Síndrome de estrés crónico de aquellas profesiones de servicio que se caracterizan por una atención prolongada con personas que están en situación de necesidad y dependencia", y se caracteriza por los siguientes síntomas: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal<sup>24</sup>.

<sup>23</sup> Publicación del Instituto Nacional del Trabajo de Seguridad, Enfermedades modernas, 2001.

<sup>24</sup> Vera Nuñez. Síndrome de Burnout en el Personal de Enfermería, 1998

Posteriormente la psicóloga social Cristina Maslach construyó el «Maslach Burnout Inventory» (MBI) para medir el Burnout en educadores y personal de los servicios humanos (enfermeras, médicos, psicólogos, asistentes sociales, etc.). La escala evalúa las tres dimensiones (CE-Cansancio Emocional, DP-Despersonalización, RP-Realización Personal) por medio de tres subescalas. Dado que el MBI puede aplicarse fácilmente, ha sido ampliamente utilizado. Por eso, debido a su reiterada utilización con muestras de todo tipo, la definición de Burnout de Maslach, implícita en MBI, se ha convertido en la más aceptada<sup>25</sup>.

El síndrome de "Burnout", también llamado síndrome de "estar quemado" o de desgaste profesional, se considera como la fase avanzada del estrés profesional, y se produce cuando se desequilibran las expectativas en el ámbito profesional y la realidad del trabajo diario.

La forma de manifestarse se presenta bajo unos síntomas específicos y estos son los más habituales:

**Psicosomáticos:** Fatiga crónica, trastornos del sueño, úlceras y desordenes gástricos, tensión muscular.

**De conducta:** Ausentismo laboral, adicciones (tabaco, alcohol, drogas)

**Emocionales:** Irritabilidad, incapacidad de concentración, distanciamiento afectivo.

**Laborales:** Menor capacidad en el trabajo, acciones hostiles, conflictos.

El síndrome de Burnout es un tipo específico de estrés laboral. Es padecido por los profesionales de la salud y educadores, los cuales, en su voluntad por adaptarse y responder eficazmente a un exceso en las demandas y presiones laborales, se esfuerzan de un modo intenso y sostenido en el tiempo, con una sobre exigencia y tensión que originan importantes riesgos de contraer enfermedades y afectar negativamente el rendimiento y la calidad del servicio profesional.

Inicia con ansiedad, fatiga, irritabilidad - signos por lo general advertidos no por el mismo profesional sino por colegas, familiares ó amigos- para finalmente sufrir Burnout, que puede ser leve, moderado, grave y extremo en su potencialidad de llevar a la muerte<sup>26</sup>.

Sintéticamente, las características principales descritas por Maslach (1981) son:

Cansancio y desgaste emocional, desvitalización, pérdida de energía tanto psíquica como física. Despersonalización en la relación con los otros (pacientes, colegas) con actitudes de irritabilidad, agresividad, impaciencia, cinismo, suspicacia e intolerancia. Pérdida del sentimiento de competencia e idoneidad profesional, desmotivación, pérdida de la autoestima laboral, deserción y abandono de tareas.

A estos síntomas se les asocian somatizaciones que van desde trastornos funcionales a lesionales según el grado de avance del problema; trastornos cardiocirculatorios y

<sup>25</sup> Plataforma 10 minutos, Síndrome de Burnout ¿ Se puede medir?, 2002.

<sup>26</sup> Ídem p. 17.

accidentes cerebrales, depresión, tendencia al suicidio, alcoholismo, adicciones, insomnio, hipertensión arterial, cefaleas, trastornos articulares y musculares, entre los más relevantes.

El cuestionario tiene una estructura tridimensional, conteniendo 22 ítems tipo Lickert, para medir las variables del sujeto "quemado", las cuales son las que se detallan a continuación:

a) Cansancio emocional (CE).

Sus elementos describen los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el propio trabajo: el elemento con mayor saturación contiene una expresión clara de dicho sentimiento: "1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo".

b) Despersonalización (DP).

Los elementos de esta escala describen una respuesta impersonal y fría hacia los receptores de los servicios o cuidados del profesional.

Aunque son medidas separadas, están relacionadas y se presentan como aspectos del síndrome.

c) Realización personal (RP).

Esta escala contiene elementos que describen sentimientos de competencia y éxito en el trabajo propio con personas. En contraste con las otras dos escalas, las puntuaciones bajas son indicativas del síndrome; pero es independiente de ellas y sus elementos no tienen pesos negativos en ellas. La variable puede ser considerada como lo opuesto al Cansancio emocional y a la Despersonalización<sup>27</sup>.

## 2.7 Factores asociados al síndrome de Burnout

La atención al paciente es la primera causa de estrés, así como la satisfacción laboral. El sufrimiento o estrés interpersonal del profesional se origina por la identificación con la angustia del enfermo y de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos personales y la frustración de las perspectivas diagnóstico-terapéuticas con respecto al padecimiento del enfermo.

En diferentes investigaciones se han encontrado algunos resultados respecto a las diferencias que existen entre el nivel de Burnout y algunas características demográficas, las cuales están basadas en lo encontrado por Maslach (1982). Estas se señalan a continuación<sup>28</sup>:

**Sexo:** Lo experimentan tanto hombres como mujeres en forma similar. Sin embargo, las mujeres tienden a experimentar mayor y más intenso agotamiento emocional, es el grupo más vulnerable, mientras que los hombres son más susceptibles a ser insensibles y despersonalizarse ante la gente a la que presta sus servicios.

<sup>27</sup> Maslach y Jackson, Síndrome del quemado por estrés asistencial, 1977.

<sup>28</sup> Gil-Monte, Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de Burnout, 1996.  
Maslach y Jackson, Síndrome del quemado por estrés asistencial, 1977.

**Edad:** Aunque parece no influir en la aparición del síndrome, se considera que es mayor cuando los trabajadores son jóvenes, ya que frecuentemente posee menor experiencia que la gente de más edad, y son para ellos los primeros años de carrera profesional dado que sería el período en que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana.

**Estado civil e hijos:** Aunque se ha asociado el síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime. Parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización. Por su parte, los casados son los de menor tendencia, los divorciados se encuentran entre los dos anteriores en términos de mayor agotamiento emocional. En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres a ser personas más maduras y estables y la implicación con la familia y los hijos hace que tenga mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales y ser más realista con la ayuda del apoyo familiar.

**Turnicidad laboral:** El horario laboral de estos profesionales puede conllevar para algunos autores la presencia del síndrome, aunque tampoco existe unanimidad en este criterio, siendo en enfermería donde ésta influencia es mayor.

**Antigüedad laboral:** Tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestada en dos periodos, correspondiente a los dos primeros años de carrera profesional, y los mayores de diez años de experiencia.

**Salario:** Ha sido invocado como otro factor que afectaría el desarrollo del síndrome de Burnout en estos profesionales.

**El factor personal :** En este punto existe un desajuste entre las expectativas y la realidad cotidiana, cuando estábamos en la facultad, teníamos una idea sobre lo que queríamos de nuestra profesión que por lo general son:

**Altruistas :** Poder ayudar al que sufre.

**Profesionales :** Ser un profesional competente y ser considerado como tal.

**Sociales :** Tener un prestigio social y buenos ingresos.

**Factores organizacionales:** Entre los cuales tenemos los siguientes:

**Burocracia excesiva:** Se pierde el tiempo en labores burocráticas, el cual debería ser para resolver problemas de los pacientes (nosotros les mandamos enfermos que deberíamos estar atendiendo y ellos nos mandan papeles que ellos deberían llenar).

**Falta de sintonía con las gerencias:** No hay un acercamiento y sintonía con los objetivos gerenciales. Parece haber un problema de comunicación en la búsqueda de oportunidades de mejorar la calidad asistencial que permitan al profesional aportar ideas y herramientas para mejorar su quehacer.

Entre otros factores organizacionales podemos mencionar:

- ❖ El continuo y sostenido contacto con el sufrimiento, el dolor, la muerte.
- ❖ La caída del valor social de la profesión en nuestro país.
- ❖ La sobrecarga laboral debida al excesivo número de pacientes, la presencia de patologías cada vez menos reversibles, la carencia de recursos, la presión horaria.
- ❖ La merma en las retribuciones y estímulos de distinto tipo.
- ❖ La cada vez más inquietante amenaza de sufrir juicios por mala praxis.
- ❖ El resolver dilemas éticos resultantes de las nuevas tecnologías.

Diversos estudios nos indican que cuanto mayor grado de control tienen las organizaciones, más aumenta la desmotivación que les puede llevar a casos de Burnout.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 2.8 ESCALA DE MASLACH BURNOUT.

El cuestionario mas utilizado es la escala de Maslach de 1986 debido a que está dirigido al personal del área de la salud. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9. Se trata de un cuestionario autoadministrado, constituido por 22 items en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes por medio de cuestionario Maslach, que de forma autoaplicada, mide el desgaste profesional. Se complementa en 10-15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Se consideran puntuaciones bajas, por debajo de 34. Ha sido adaptado en nuestro país por Moreno Oliver

Existen tres subescalas bien definidas, que se describen a continuación:

1. **Subescala de agotamiento emocional.** Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20). Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.
2. **Subescala de despersonalización.** Está formada por 5 preguntas (5, 10, 11, 15, 22). Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.
3. **Subescala de realización personal.** Se compone de 8 preguntas (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21). Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome<sup>29</sup>.

Existen pocos estudios de campo en nuestro país sobre el desgaste entre los profesionales sanitarios. En casi todos ellos se llega a la conclusión de que el grado global de desgaste es moderado - elevado, siendo las facetas de cansancio emocional y falta de realización personal las mas afectadas.

<sup>29</sup> Maslach y Jackson, Maslach Burnout Inventory, 1986.

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1 Ubicación del tema**

La presente investigación se ubica en el entorno social y laboral del personal de enfermería que trabaja con adultos mayores que residen en casas hogar.

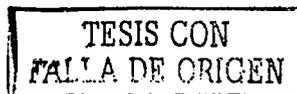
##### **3.1.1 Variables e indicadores**

##### **3.1.2 Variables dependientes**

- ❖ Edad
- ❖ Sexo
- ❖ Estado civil
- ❖ Número de hijos
- ❖ Antigüedad laboral
- ❖ Con quien vive
- ❖ Turno
- ❖ Número de pacientes asignados
- ❖ Categoría
- ❖ Horas laboradas
- ❖ Grado de conocimientos
- ❖ Número de exposiciones
- ❖ Número de guardias
- ❖ Organización
- ❖ Actividades realizadas no propias de enfermería
- ❖ Importancia dada a los aspectos legales
- ❖ Interferencia socio-laboral
- ❖ Percepción salarial
- ❖ Percepción profesional
- ❖ Recursos físicos y materiales

##### **3.1.3 Variable independiente**

Síndrome de Burnout



#### **3.2. Tipo de investigación y diseño**

##### **3.2.1 Tipo de investigación**

Es **descriptiva** por que comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual y la composición a procesos de los fenómenos. El enfoque que se hace sobre conclusiones dominantes o sobre una persona, grupo o cosa se conduce o funciona en el presente. Trabaja sobre realidades de hechos y su característica fundamental es el de presentarnos una interpretación correcta.

Es transversal por que estudia las variables simultáneamente en un determinado momento haciendo un corte en el tiempo.

Es correlacional por que se ocupa de la medición de la cercanía de la relación entre las dos variables involucradas.

### 3.2.2 Diseño.

El diseño de la investigación se realizará con base en los siguientes aspectos:

- ✓ Revisión teórica sobre metodología de la investigación en las instalaciones de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.
- ✓ Búsqueda de un problema de investigación relevante y que aporte teoría que pueda ser llevada a la práctica cotidiana en la profesión de enfermería.
- ✓ Asistencia a la Biblioteca Central de la UNAM en repetidas ocasiones para elaborar el marco teórico y referencial de la variable en estudio.
- ✓ Elaboración de objetivos de la investigación.
- ✓ Elaboración del cronograma de actividades distribuyendo los tiempos de la investigación en un periodo de seis meses.
- ✓ Diseño del universo, la población y la muestra a partir de los datos obtenidos del personal de enfermería que labora en casas hogar para adultos mayores.
- ✓ Elaboración del cuestionario con base en los indicadores validados y de las variables estudiadas.
- ✓ Captura, recuento y clasificación de los datos en tarjetas simples para el análisis de resultados y de su representación en cuadros y gráficas.
- ✓ Elaboración del análisis e interpretación de los resultados.
- ✓ Presentación del informe final de la investigación a las autoridades competentes de la ENEO.

### 3.2.3 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión abarca todo personal de enfermería que labora en diez casas hogar para el adulto mayor.

El criterio de exclusión contempla a todo personal que no pertenezca al área de enfermería.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 3.3. Técnicas e instrumentos de investigación utilizados

#### Fichas de trabajo.

Con las fichas de trabajo se podrá recopilar toda la información referente al marco teórico. De esta manera permitirá ordenar y clasificar la información relativa al marco teórico de las variables.

#### Observación

Con esta técnica se podrá visualizar el comportamiento de la variable síndrome de Burnout en el personal de enfermería de las diez casa hogar para el adulto mayor

#### Cuestionarios

Es el principal instrumento de recolección de datos. El primer cuestionario se elabora tomando en cuenta las variables dependientes ya mencionadas. Consta de 21 preguntas de las cuales quince son preguntas cerradas estructuradas de tal forma que se abre un abanico de opciones para el encuestado y seis preguntas abiertas. El segundo cuestionario es el de Maslach Burnout Inventory que consta de 22 ítem en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesionales en su trabajo y hacia los adultos mayores.

## 4. UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA.

El universo es la población de estudio constituida por el personal de enfermería ubicado en diez casas hogar para el adulto mayor del Distrito Federal, 100% del universo de estudio.

Para la investigación se obtuvo información de las oficinas centrales de enfermería de diez casas hogar para el adulto mayor en el Distrito Federal que a continuación se enlistan y de las que se describe a groso modo el tipo de población, dependiente (D), interdependiente (Inter. D) o independiente (Ind), que cada una de ellas maneja y que a continuación se describen:

INSTITUCION	TIPO DE INST	TIPO POBLACION
❖ Reina Sofía	Privada	D., Inter. D., Ind.
❖ Casa hogar Arturo Mundet	D.I.F	Inter. D, D. Ind.
❖ Casa Hogar Vicente Garcia Torres	D.I.F	Inter. D., D., D. Ind.
❖ Casa Hogar Vicentinas	Privada	Inter. D., D.
❖ Albergue Alabama	INAPAM	Inter. D, D. Ind.

❖ Albergue Nebrascas	INAPAM	Inter. D, D. Ind.
❖ Albergue Gemelos	INAPAM	Inter. D, D. Ind.
❖ Albergue Moras	INAPAM	Inter. D, D. Ind.
❖ Residencia del Sagrado Corazón de Jesús	Privada	Inter. D, D.
❖ Hospital San Juan	Privada	Inter. D, D. Ind.

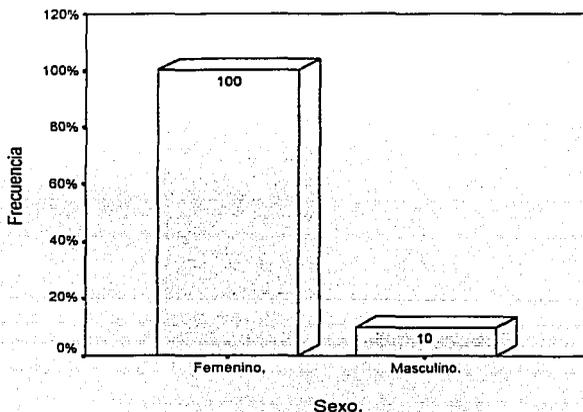
## 5. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Los datos obtenidos de la muestra fueron vaciados para poder formar una base de datos dentro del programa SPSS (Statistical Package For Social Science) versión 11., la cual fue analizada a través de un estudio variado de correlación de Pearson para determinar una relación entre cada uno de los elementos de las variables con los elementos del síndrome de Burnout y los restantes elementos, de acuerdo a su grado de significación, se realizó un cuadro compilatorio así como un cuadro de frecuencia y una gráfica .

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## 6. GRAFICAS.

**GRAFICA No.1**  
**DISTRIBUCIÓN DEL SEXO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE DIEZ**  
**CASAS HOGAR PARA EL ADULTO MAYOR EN EL DISTRITO FEDERAL,**  
**MÉXICO 2003.**

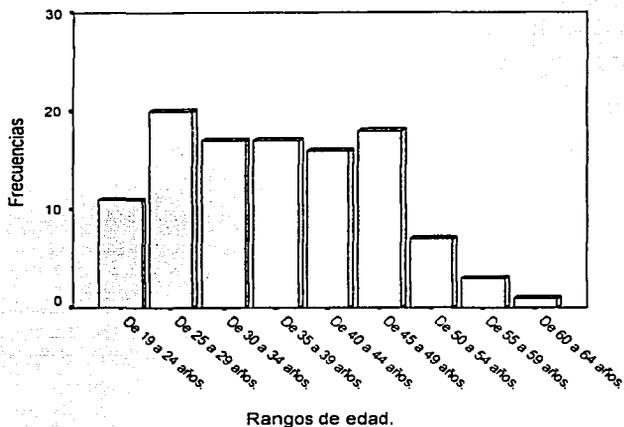


Fuente: Del instrumento: Estudio del síndrome de Burnout aplicado al personal de enfermería de diez casas hogar para el adulto mayor en el Distrito Federal, de septiembre 2002 a febrero 2003.

Descripción: Del total de la población del personal de enfermería (110), el 90.9% es del sexo femenino y sólo el 9.1% es del sexo masculino.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**GRAFICA No.2**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE DIEZ**  
**CASAS HOGAR PARA EL ADULTO MAYOR EN EL DISTRITO FEDERAL,**  
**MÉXICO 2003**

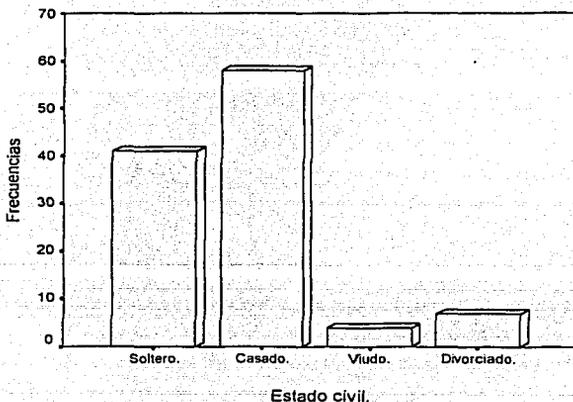


Fuente: Misma de la grafica 1.

Descripción: El total de la población del personal de enfermería (110), el grupo de 19 a 24 años que representa el 10%, grupo de 25 a 29 años representa el 18.2%, el grupo de 30 a 34 representa el 15.5%, el grupo de 35 a 39 representa el 15.5%, el grupo de 40 a 44 representa el 14.5, el grupo de 45 a 49 representa el 16.4%, el grupo de 50 a 54 representa el 6.4%, el grupo 55 a 59 representa el 2.7%, y por ultimo el grupo de 60 a 64 es el .9%.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**GRAFICA No. 3**  
**DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE**  
**DIEZ CASAS HOGAR PARA EL ADULTO MAYOR EN EL DISTRITO FEDERAL,**  
**MÉXICO 2003.**

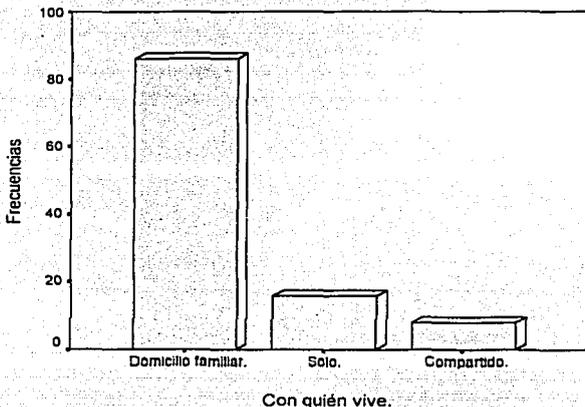


Fuente: Misma de la grafica 1.

Descripción: Del total de la población del personal de enfermería (110), el 37.3% es soltero, el 52.7% es casado, el 3.6% viudo y por último el 6.4% es divorciado.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**GRAFICA No. 4**  
**DISTRIBUCIÓN DE CON QUIEN VIVE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE**  
**DIEZ CASAS HOGAR PARA EL ADULTO MAYOR EN EL DISTRITO FEDERAL,**  
**MÉXICO 2003.**

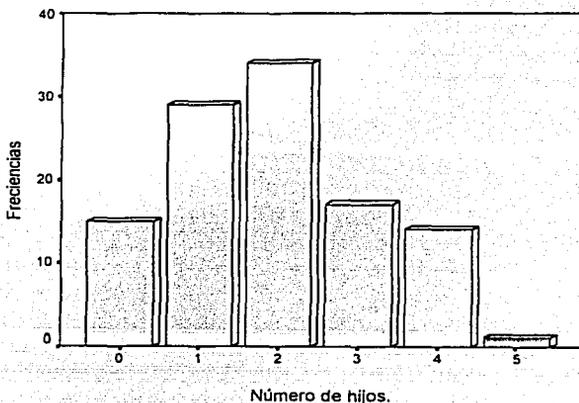


Fuente: Misma de la grafica 1.

Descripción: Del total de la población del personal de enfermería (110), el 78.2% vive el domicilio familiar, el 14.5% vive sólo, y el 7.3% vive en un hogar compartido.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**GRAFICA No. 5**  
**DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE HIJOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**  
**DE DIEZ CASAS HOGAR PARA EL ADULTO MAYOR EN EL DISTRITO**  
**FEDERAL, MÉXICO 2003.**

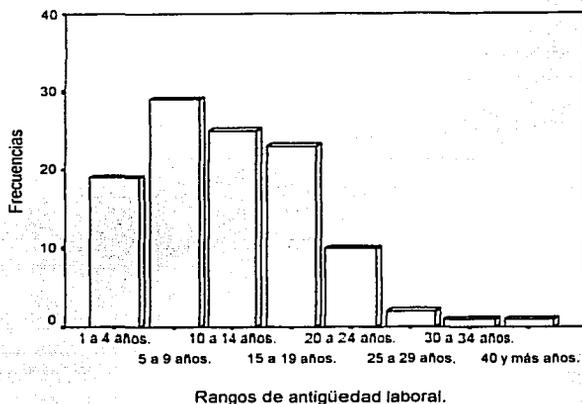


Fuente: Misma de la grafica 1.

Descripción: Del total de la población del personal de enfermería (110), el 13.6% no tiene hijos, el 26.4% tiene 1 hijo, el 30.9% tiene 2 hijos, el 15.5% tiene 3 hijos, el 12.7% tiene 4 hijos y por último un .9% tiene más de 5 hijos.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**GRAFICA No. 6**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA ANTIGÜEDAD LABORAL DEL PERSONAL DE**  
**ENFERMERÍA DE DIEZ CASAS HOGAR PARA EL ADULTO MAYOR EN EL**  
**DISTRITO FEDERAL, MÉXICO 2003.**

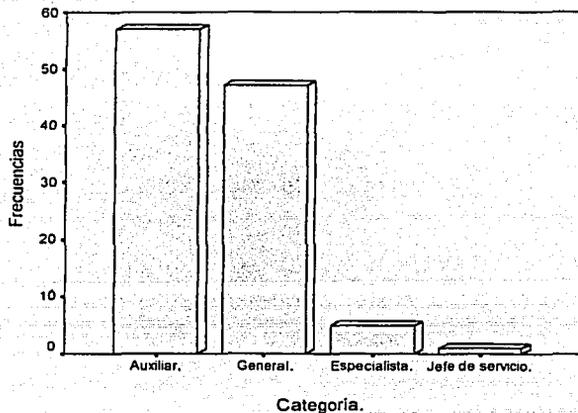


Fuente: Misma de la gráfica 1.

Descripción: Del total de la población del personal de enfermería (110), el 17.3% ha laborado por un periodo de 1 a 4 años, el 26.4% ha laborado por un periodo de 5 a 9 años, el 22.7% ha laborado por un periodo de 10 a 14 años, el 20.9% ha laborado por un periodo de 15 a 19 años, el 9.1% ha laborado un periodo de 20 a 24 años, el 1.8% ha laborado un periodo de 25 a 29 años, el .9% ha laborado por un periodo de 30 a 34 años el .9% ha laborado durante 40 o mas años.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**GRAFICA No. 7**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA CATEGORÍA LABORAL DEL PERSONAL DE**  
**ENFERMERÍA DE DIEZ CASAS HOGAR PARA EL ADULTO MAYOR EN EL**  
**DISTRITO FEDERAL, MÉXICO 2003.**

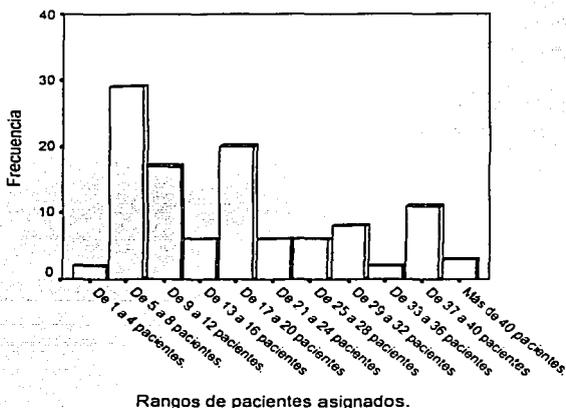


Fuente: Misma de la grafica 1.

Descripción: Del total de la población del personal de enfermería (110), el 51.8% son auxiliares de enfermería, el 42.7% son enfermeras generales, el 4.5% son enfermeras con alguna especialidad y el .9% son jefes de servicio

**TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN**

**GRAFICA No. 8**  
**DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE PACIENTES ASIGNADOS AL PERSONAL DE**  
**ENFERMERÍA DE DIEZ CASAS HOGAR PARA EL ADULTO MAYOR EN EL**  
**DISTRITO FEDERAL, MÉXICO 2003.**

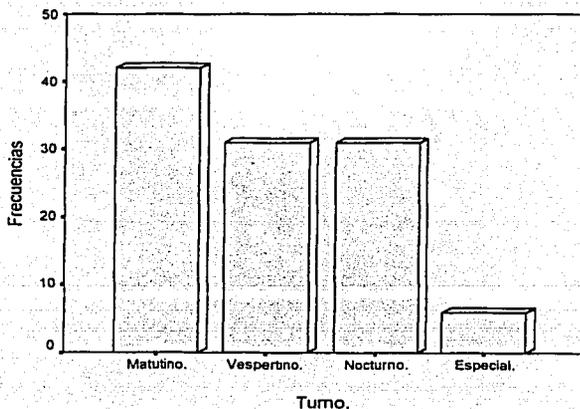


Fuente: Misma de la grafica 1.

Descripción: Del total de la población del personal de enfermería (110), el 1.8% tiene a su cargo de 1 a 4 adultos mayores, el 26.4% tiene a su cargo de 5 a 8 adultos mayores, el 15.5% tiene a su cargo de 9 a 12, el 5.5% tiene a su cargo de 13 a 16, el 18.2% tiene de 17 a 20, el 5.5% tiene de 21 a 24, el 5.5% de 25 a 28, el 7.3% de 29 a 32, el 1.8% tiene de 33 a 36, el 10% tiene de 37 a 40 y por ultimo el 2.7% tiene de 40 a mas adultos mayores.

**TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN**

**GRAFICA No.9**  
**DISTRIBUCIÓN DEL TURNO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE DIEZ**  
**CASAS HOGAR PARA EL ADULTO MAYOR EN EL DISTRITO FEDERAL,**  
**MÉXICO 2003**

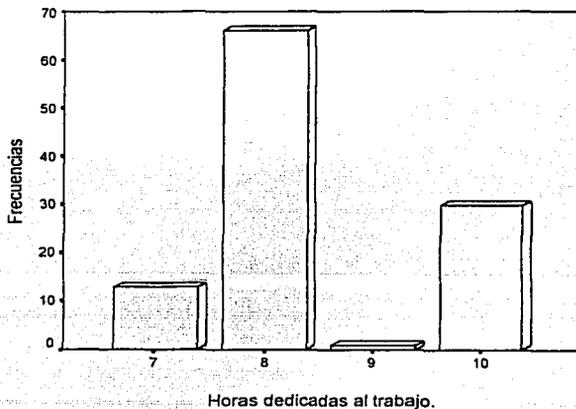


Fuente: Misma de la grafica 1.

Descripción: Del total de la población del personal de enfermería (110), el 38.2% labora en el turno matutino, el 28.2 % en el turno vespertino, 28.2% en el turno nocturno, y por último el 5% labora en el turno especial.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**GRAFICA No.10**  
**DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE HORAS DEDICADAS AL TRABAJO DEL**  
**PERSONAL DE ENFERMERÍA DE DIEZ CASAS HOGAR PARA EL ADULTO**  
**MAYOR EN EL DISTRITO FEDERAL, MEXICO 2003.**

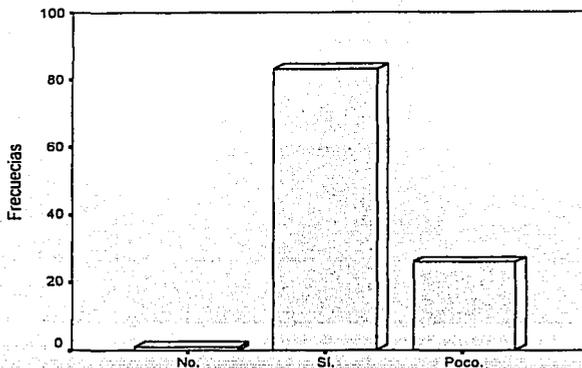


Fuente: Misma de la grafica 1.

Descripción: Del total de la población del personal de enfermería (110), el 11.8% labora 7 horas por día, el 60% labora 8 horas, el .9% labora 9 horas al día, el 27.3% labora 10 horas al día.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**GRAFICA No. 11**  
**DISTRIBUCIÓN DE CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE**  
**DIEZ CASAS HOGAR PARA EL ADULTO MAYOR EN EL DISTRITO FEDERAL,**  
**MÉXICO 2003.**



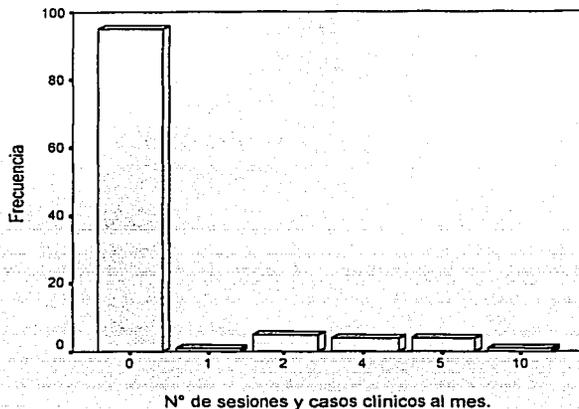
Considera tener los conocimientos adecuados.

Fuente: Misma de la grafica 1.

Descripción: Del total de la población del personal de enfermería (110), el .9% refiere no contar con los conocimientos necesarios para brindar atención al adulto mayor, el 75.5% refiere tener los conocimientos para brindar atención al adulto mayor, y el 23.6% refiere tener pocos conocimientos para brindar atención al adulto mayor.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

**GRAFICA No. 12**  
**DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE SESIONES Y CASOS CLÍNICOS**  
**PRESENTADOS CADA MES POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE DIEZ**  
**CASAS HOGAR PARA EL ADULTO MAYOR EN EL DISTRITO FEDERAL,**  
**MÉXICO 2003.**

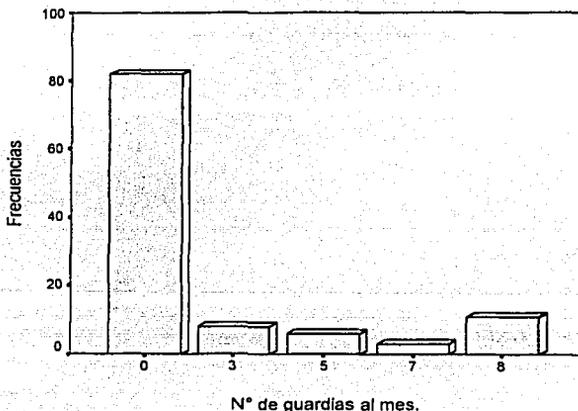


Fuente: Misma de la grafica 1.

Descripción: Del total de la población del personal de enfermería (110), el 86.4% ha presentado de 0 exposiciones, el .9% ha presentado 1 exposición al mes, el 4.5% ha presentado 2 exposiciones al mes, el 3.6% ha presentado 4 exposiciones al mes, el 3.6% ha presentado 5 exposiciones al mes y el .9% ha presentado 10 exposiciones al mes.

**TESIS CON**  
**FALLA DE ORIGEN**

**GRAFICA Y CUADRO No.13**  
**DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE GUARDIAS REALIZADAS CADA MES POR**  
**EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE DIEZ CASAS HOGAR PARA EL ADULTO**  
**MAYOR EN EL DISTRITO FEDERAL, MÉXICO 2003.**

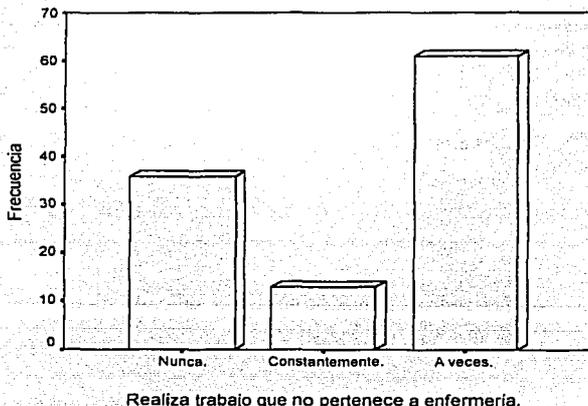


Fuente: Misma de la grafica 1.

Descripción: Del total de la población del personal de enfermería (110), el 74.5% ha realizado de 0 guardias al mes, el 7.3% ha realizado de 3 guardias al mes, el 5.5% ha realizado de 5 guardias al mes, 2.7% de 7 guardias, 10% ha realizado más de 8 guardias al mes.

**TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN**

**GRAFICA No.14**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA REALIZACIÓN DE TRABAJO NO PERTENECIENTE A**  
**ENFERMERÍA DE DIEZ CASAS HOGAR PARA EL ADULTO MAYOR EN EL**  
**DISTRITO FEDERAL, MÉXICO 2003.**

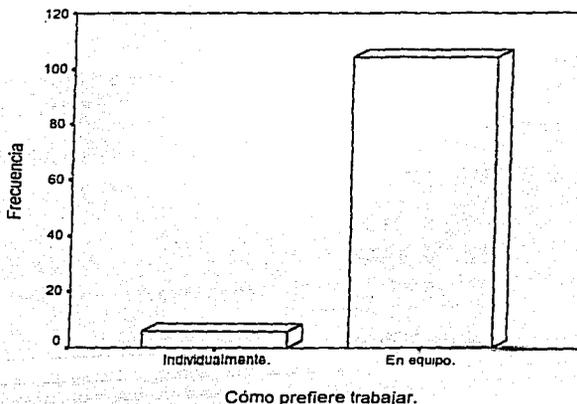


Fuente: Misma de la grafica 1.

Descripción: Del total de la población del personal de enfermería (110), el 32.7% refiere nunca haber realizado actividades no propias de su profesión, un 11.8 % refiere realizar constantemente otras actividades, y por último el 55.5% refiere realizar a veces actividades no propias de enfermería.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**GRAFICA No. 15**  
**DISTRIBUCIÓN DE COMO PREFIERE TRABAJAR EL PERSONAL DE**  
**ENFERMERÍA DE DIEZ CASAS HOGAR PARA EL ADULTO MAYOR EN EL**  
**DISTRITO FEDERAL, MÉXICO 2003.**

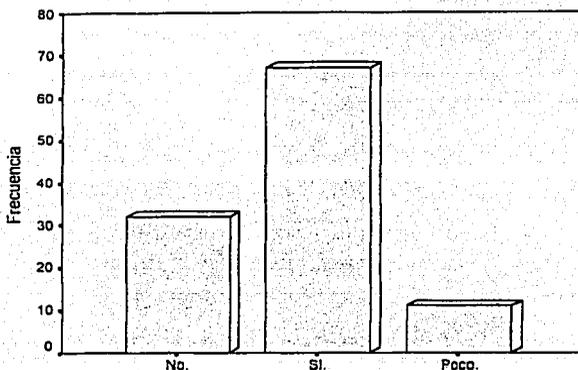


Fuente: Misma de la grafica 1.

Descripción: Del total de la población del personal de enfermería (110), el 5.5% prefiere trabajar individualmente mientras que el 94.5% prefiere trabajar en equipo.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**GRAFICA No. 16**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA PREOCUPACIÓN POR UN PROCESO LEGAL**  
**MANIFESTADO POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE DIEZ CASAS HOGAR**  
**PARA EL ADULTO MAYOR EN EL DISTRITO FEDERAL, MÉXICO, 2003.**



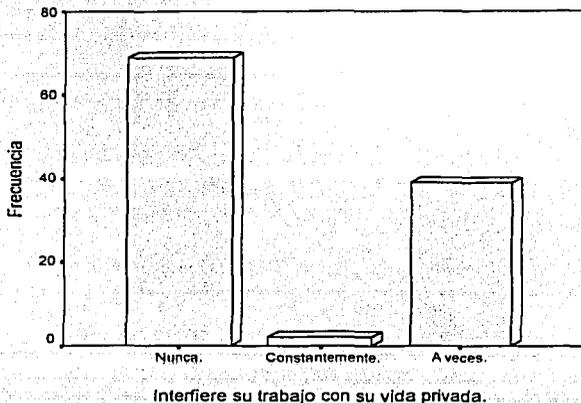
Le preocupa un proceso legal.

Fuente: Misma de la grafica 1.

Descripción: Del total de la población del personal de enfermería (110), el 65% refiere no preocuparle un proceso legal en su contra, el 60.9% refiere si preocuparle un proceso legal en su contra y el 10% refiere no importarle poco un proceso legal en su contra.

**TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN**

**GRAFICA No. 17**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA INTERFERENCIA DEL TRABAJO CON LA VIDA PRIVADA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE DIEZ CASAS HOGAR PARA EL ADULTO MAYOR EN EL DISTRITO FEDERAL, MÉXICO 2003.**

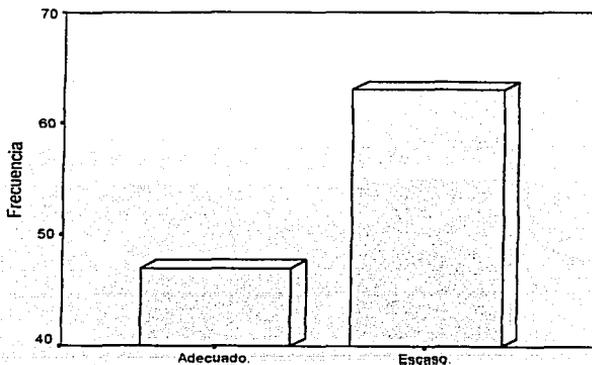


Fuente: Misma de la grafica 1.

Descripción: Del total de la población del personal de enfermería (110), el 62.7% refiere que su trabajo nunca interfiere con su vida privada, el 1.8% refiere que su trabajo interfiere ocasionalmente con su vida privada y el 35.5% refiere que su trabajo interfiere a veces en su vida privada.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**GRAFICA No.18**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA PERCEPCIÓN SALARIAL DE ACUERDO AL TRABAJO**  
**QUE REALIZA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE DIEZ CASAS HOGAR**  
**PARA EL ADULTO MAYOR EN EL DISTRITO FEDERAL, MÉXICO 2003.**



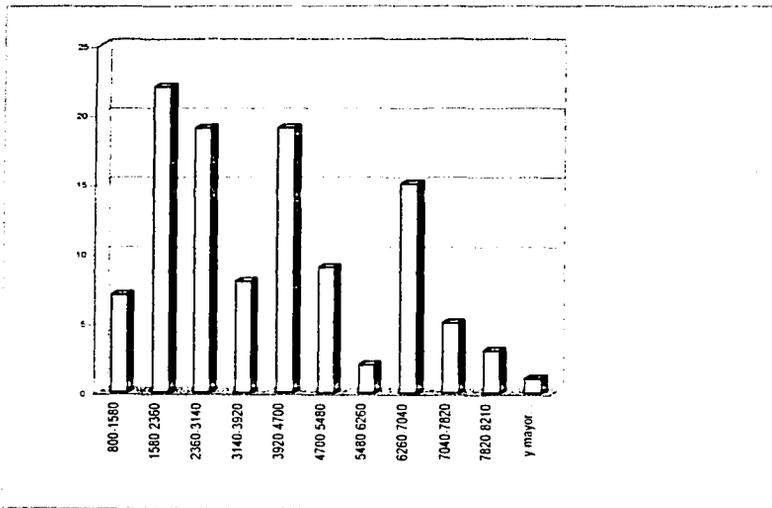
Recibes un salario acorde al trabajo realizado.

Fuente: Misma de la grafica 1.

Descripción: Del total de la población del personal de enfermería (110), el 42.7% considera que recibe un salario adecuado, el 57.3% considera que recibe un salario escaso.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**GRAFICA No. 19**  
**DISTRIBUCIÓN DEL SALARIO MENSUAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**  
**DE DIEZ CASAS HOGAR PARA EL ADULTO MAYOR EN EL DISTRITO**  
**FEDERAL, MÉXICO 2003.**



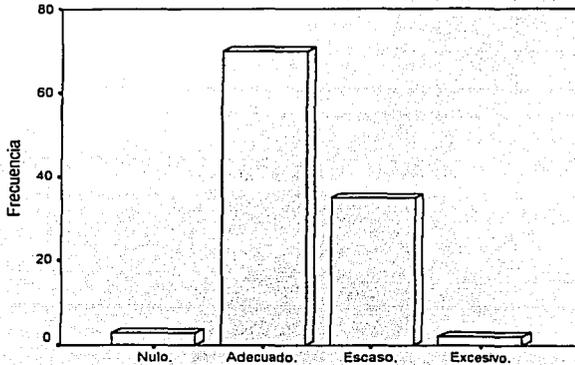
Fuente: Misma de la grafica 1.

Descripción: Del total de la población del personal de enfermería (110), el 7.7% (7) recibe un salario mensual entre 800 a 1580 pesos; el 24.2% (22) recibe un salario entre 1580 a 2360 pesos; el 20.9% (19) recibe un salario de 2360 a 3140, el 8.8% (8) recibe un salario de 3140 a 3920 pesos; 20.9% (19) recibe un salario de 3920 a 4700 pesos; el 20.9% (9) de 4700 a 5480 pesos; el 2.2% (2) de 5480 a 6260; el 16.5% (15) de 6260 a 7040; 5.5% (5) de 7040 a 7820; 3.3% (4) de 7820 a 8210; de 8210 a más el 1.1% (1).

**TESIS CON**  
**FALLA DE ORIGEN**

GRAFICA No.20

DISTRIBUCIÓN DE LA PERCEPCIÓN SOBRE EL PRESTIGIO SOCIAL DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA DE DIEZ HOGAR PARA EL ADULTO MAYOR EN EL DISTRITO FEDERAL, MÉXICO 2003.



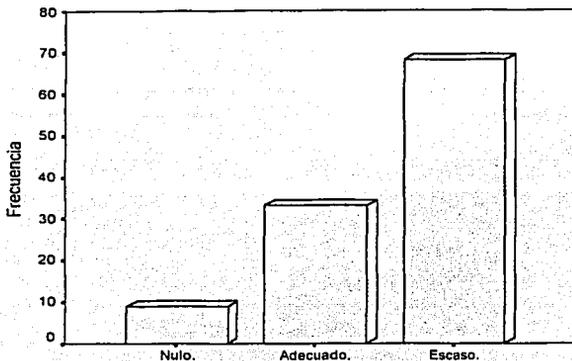
Qué prestigio social tiene la profesión.

Fuente: Misma de la grafica 1.

Descripción: Del total de la población del personal de enfermería (110), el 2.7% percibe que el prestigio social de la profesión de enfermería es nulo, el 63.6% percibe que el prestigio de la profesión de enfermería es adecuado, el 31.8% percibe que el prestigio de la profesión de enfermería es escaso, y por último el 1.8% considera que el prestigio de la profesión de enfermería es excesivo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**GRAFICA No. 21**  
**DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS E INSTALACIONES ADECUADOS DEL**  
**PERSONAL DE ENFERMERÍA DE DIEZ CASAS HOGAR PARA EL ADULTO**  
**MAYOR EN EL DISTRITO FEDERAL, MÉXICO 2003.**



Los recursos e instalaciones son adecuados.

Fuente: Misma de la grafica 1.

Descripción: Del total de la población del personal de enfermería (110), el 8.2% refiere que la institución no cuenta con los recursos materiales y físicos necesarios, el 30% refiere que los recursos e instalaciones con que cuenta la institución son adecuados, y el 61.8% refiere que los recursos e instalaciones con que cuenta la institución son escasos.

**TABLAS DE LAS SUBESCALAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT**

**CANSANCIO EMOCIONAL TOTAL.**

	Frecuencia	Porcentaje
Leve.	3	2.7
Moderado.	3	2.7
Severo	104	94.5
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Misma de la grafica 1.

Del total de la población de enfermería encuestado el 94.5% presento cansancio emocional severo, el 2.7% presento cansancio emocional moderado, el 2.7% presento cansancio emocional leve.

**REALIZACIÓN PERSONAL TOTAL**

	Frecuencia	Porcentaje
Severo	98	89.1
Moderado	7	6.4
Leve	5	4.5
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Misma de la grafica 1.

Del total de la población de enfermería encuestado el 89.1% presento realización personal severo, el 6.4% presento realización personal moderado, el 4.5% presento realización personal leve.

### DESPERSONALIZACION TOTAL

	Frecuencia	Porcentaje
Leve.	5	4.5
Moderado.	3	2.7
Severo	102	92.7
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Misma de la grafica 1.

Del total de la población de enfermería encuestado el 92.7% presento despersonalización severo, el 2.7% presento despersonalización moderado, el 4.5% presento despersonalización leve.

### BURNOUT TOTAL

	Frecuencia	Porcentaje
Moderad	9	8.2
Severo.	101	91.8
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Misma de la grafica 1.

Del total de la población de enfermería encuestado el 91.8% presento síndrome de Burnout severo, el 8.2% presento síndrome de Burnout moderado.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## TABLAS DE CRUZAMIENTO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS CON SINDROME DE BURNOUT.

		BURNOUT TOTAL			
		Moderado.	Severo.	Total	
Sexo.	Femenino.	Frecuencia	9	91	100
		% dentro de sexo	9.0%	91.0%	100.0%
		% dentro de BURNOUT	100.0%	90.1%	90.9%
		% del total	8.2%	82.7%	90.9%
	Masculino.	Frecuencia	10	10	10
		% dentro de sexo	100.0%	100.0%	100.0%
		% dentro de BURNOUT		9.9%	9.1%
		% del total		9.1%	9.1%
Total	Frecuencia	9	101	110	
	% dentro de sexo	8.2%	91.8%	100.0%	
	% dentro de BURNOUT	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	8.2%	91.8%	100.0%	

Fuente: Misma de la grafica 1.

Descripción: Del total de la población de enfermería (110), el 8.2%, del sexo femenino, presento síndrome de Burnout moderado, mientras que el 90.1% presento síndrome de Burnout severo, del sexo masculino el 9.1% presento síndrome de Burnout severo.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

		Frecuencia	BURNOUT TOTAL		
			Moderado	Severo	Total
Rangos de edad.	De 19 a 24 años.	Frecuencia		11	11
		% dentro de Rangos de Edad		100.0%	100.0%
		% dentro de BURNOUT total		10.9%	10.0%
		% del total		10.0%	10.0%
	De 25 a 29 años.	Frecuencia		20	20
		% dentro de Rangos de Edad		100.0%	100.0%
		% dentro de BURNOUT total		19.8%	18.2%
		% del total		18.2%	18.2%
	De 30 a 34 años.	Frecuencia		3	17
		% dentro de Rangos de Edad		17.6%	82.4%
		% dentro de BURNOUT total		33.3%	13.9%
		% del total		2.7%	12.7%
	De 35 a 39 años.	Frecuencia		2	15
		% dentro de Rangos de Edad		11.8%	88.2%
		% dentro de BURNOUT total		22.2%	14.9%
		% del total		1.8%	13.0%
	De 40 a 44 años.	Frecuencia		1	15
		% dentro de Rangos de Edad		6.3%	93.8%
		% dentro de BURNOUT total		11.1%	14.9%
		% del total		.9%	13.6%
	De 45 a 49 años.	Frecuencia		3	15
		% dentro de Rangos de Edad		16.7%	83.3%
		% dentro de BURNOUT total		33.3%	14.9%
		% del total		2.7%	13.6%
	De 50 a 54 años.	Frecuencia		7	7
		% dentro de Rangos de Edad		100.0%	100.0%
		% dentro de BURNOUT total		6.9%	6.4%
		% del total		6.4%	6.4%
	De 55 a 59 años.	Frecuencia		3	3
		% dentro de Rangos de Edad		100.0%	100.0%
		% dentro de BURNOUT total		3.0%	2.7%
		% del total		2.7%	2.7%
	De 60 a 64 años.	Frecuencia		1	1
		% dentro de Rangos de Edad		100.0%	100.0%
		% dentro de BURNOUT		1.0%	.9%

**Fuente:** Misma grafica 1.

**Descripción:** Del total de la población de enfermería (110), el 8.2% presento síndrome de Burnout moderado, esto es la población con un rango de edad entre 30 a 49 años de edad, mientras que el 91.8% presento síndrome de Burnout severo, esto es la población de entre 19 y 64 años.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

		BURNOUT TOTAL			
		Moderado.	Severo.	Total	
Estado civil.	Soltero.	Frecuencia	2	39	41
		% dentro de Estado Civil	4.9%	95.1%	100.0%
		% dentro de BURNOUT Total	22.2%	38.6%	37.3%
		% del total	1.8%	35.5%	37.3%
	Casado.	Frecuencia	7	51	58
		% dentro de Estado Civil	12.1%	87.9%	100.0%
		% dentro de BURNOUT Total	77.8%	50.5%	52.7%
		% del total	6.4%	46.4%	52.7%
	Viudo.	Frecuencia		4	4
		% dentro de Estado Civil		100.0%	100.0%
		% dentro de BURNOUT Total		4.0%	3.6%
		% del total		3.6%	3.6%
	Divorciado.	Frecuencia		7	7
		% dentro de Estado Civil		100.0%	100.0%
		% dentro de BURNOUT Total		6.9%	6.4%
		% del total		6.4%	6.4%
Total	Frecuencia	9	101	110	
	% dentro de Estado Civil	8.2%	91.8%	100.0%	
	% dentro de BURNOUT Total	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	8.2%	91.8%	100.0%	

Fuente: Misma grafica 1.

Descripción: Del total de la población de enfermería (110), el 37.3% son solteros y presentaron síndrome de Burnout moderado a severo, el 52.7% de los casados presento síndrome de Burnout de moderado a a severo, 3.6% de los que son viudos presentaron

síndrome de Burnout severo, y el 6.4% que son divorciados presento síndrome de Burnout severo.

			BURNOUT TOTAL		
			Moderado.	Severo.	Total
Con quién vive.	Domicilio familiar.	Frecuencia	7	79	86
		% dentro de Con Quien Vive	8.1%	91.9%	100.0%
		% dentro de BURNOUT Total	77.8%	78.2%	78.2%
		% del total	6.4%	71.8%	78.2%
	Solo.	Frecuencia	1	15	16
		% dentro de Con Quien Vive	6.3%	93.8%	100.0%
		% dentro de BURNOUT Total	11.1%	14.9%	14.5%
		% del total	.9%	13.6%	14.5%
	Compartido.	Frecuencia	1	7	8
		% dentro de Con Quien Vive	12.5%	87.5%	100.0%
		% dentro de BURNOUT Total	11.1%	6.9%	7.3%
		% del total	.9%	6.4%	7.3%
Total	Frecuencia	9	101	110	
	% dentro de Con Quien Vive	8.2%	91.8%	100.0%	
	% dentro de BURNOUT Total	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	8.2%	91.8%	100.0%	

Fuente: Misma grafica 1.

Descripción: Del total de la población de enfermería (110), el 78.2% que viven en domicilio familiar presento síndrome de Burnout moderado a severo, el 14.5% que vive sólo presento síndrome de Burnout de moderado a asevero, 7.3% que viven en domicilio compartido presentaron síndrome de Burnout moderado a severo.

**FALTA  
LAS  
PAGINAS**

**56**

**A**

**59**

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

		BURNOUT TOTAL			
		Moderado.	Severo.	Total	
Número de hijos.	0	Frecuencia		15	15
		% dentro de Número de hijos		100.0%	100.0%
		% dentro de BURNOUT Total		14.9%	13.6%
		% del Total		13.6%	13.6%
	1	Frecuencia	3	26	29
		% dentro de Número de hijos	10.3%	89.7%	100.0%
		% dentro de BURNOUT Total	33.3%	25.7%	26.4%
		% del Total	2.7%	23.6%	26.4%
	2	Frecuencia	3	31	34
		% dentro de Número de hijos	8.8%	91.2%	100.0%
		% dentro de BURNOUT Total	33.3%	30.7%	30.9%
		% del Total	2.7%	28.2%	30.9%
	3	Frecuencia	2	15	17
		% dentro de Número de hijos	11.8%	88.2%	100.0%
		% dentro de BURNOUT Total	22.2%	14.9%	15.5%
		% del Total	1.8%	13.6%	15.5%
	4	Frecuencia	1	13	14
		% dentro de Número de hijos	7.1%	92.9%	100.0%
		% dentro de BURNOUT Total	11.1%	12.9%	12.7%
		% del Total	.9%	11.8%	12.7%
5	Frecuencia		1	1	
	% dentro de Número de hijos		100.0%	100.0%	
	% dentro de BURNOUT Total		1.0%	.9%	
	% del Total		.9%	.9%	
Total	Frecuencia	9	101	110	
	% dentro de Número de hijos	8.2%	91.8%	100.0%	
	% dentro de BURNOUT Total	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del Total	8.2%	91.8%	100.0%	

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Fuente: Misma grafica 1.

Descripción: Del total de la población de enfermería (110), el 13.6% que no tiene hijos presento síndrome de Burnout severo, el 26.4% que tiene un hijo presento síndrome de Burnout de moderado a a severo, el 30.9% que tiene dos hijos presento síndrome de Burnout moderado a severo, el 15.5% que tiene tres hijos presento síndrome de Burnout moderado a severo, el 12.7% que tiene 4 hijos presento síndrome de Burnout moderado a severo, el .9% que tiene cinco hijos presento síndrome de Burnout severo.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

		BURNETT TOTAL		
		Vieques	Nueva	Total
Rango de porcentaje asignados	De 1 a 4 porcentajes.	Preocupación % dentro de Rango de Porcentajes Asignados % dentro de BURNETT Total % del Total	0 100.0% 2.0% 7.0%	0 100.0% 7.0% 7.0%
	De 5 a 8 porcentajes.	Preocupación % dentro de Rango de Porcentajes Asignados % dentro de BURNETT Total % del Total	0 11.0% 2.0% 16.0%	0 66.2% 24.0% 26.0%
	De 9 a 12 porcentajes.	Preocupación % dentro de Rango de Porcentajes Asignados % dentro de BURNETT Total % del Total	1 3.0% 11.1% 0%	10 94.1% 11.0% 14.0%
	De 13 a 16 porcentajes.	Preocupación % dentro de Rango de Porcentajes Asignados % dentro de BURNETT Total % del Total	0 100.0% 1.0% 0%	0 100.0% 4.4% 3.0%
	De 17 a 20 porcentajes.	Preocupación % dentro de Rango de Porcentajes Asignados % dentro de BURNETT Total % del Total	0 100.0% 10.0% 0%	20 100.0% 18.2% 18.2%
	De 21 a 24 porcentajes.	Preocupación % dentro de Rango de Porcentajes Asignados % dentro de BURNETT Total % del Total	0 100.0% 3.0% 0%	0 100.0% 3.5% 3.5%
	De 25 a 28 porcentajes.	Preocupación % dentro de Rango de Porcentajes Asignados % dentro de BURNETT Total % del Total	0 100.0% 1.0% 0%	0 100.0% 3.5% 3.5%
	De 29 a 31 porcentajes.	Preocupación % dentro de Rango de Porcentajes Asignados % dentro de BURNETT Total % del Total	1 12.5% 0% 0%	0 87.5% 0.0% 6.5%
	De 32 a 36 porcentajes.	Preocupación % dentro de Rango de Porcentajes Asignados % dentro de BURNETT Total % del Total	1 16.0% 11.1% 0%	1 50.0% 1.0% 0%
	De 37 a 40 porcentajes.	Preocupación % dentro de Rango de Porcentajes Asignados % dentro de BURNETT Total % del Total	2 18.2% 22.2% 1.0%	9 81.0% 8.0% 8.2%
	Más de 40 porcentajes.	Preocupación % dentro de Rango de Porcentajes Asignados % dentro de BURNETT Total % del Total	0 100.0% 1.0% 0%	1 100.0% 2.7% 2.7%
	Total	Preocupación % dentro de Rango de Porcentajes Asignados % dentro de BURNETT Total % del Total	0 0.2% 100.0% 0.2%	110 91.0% 100.0% 91.0%

**Fuente:** Misma grafica 1.

**Descripción:** Del total de la población de enfermería (110), el 8.2% presento síndrome de Burnout moderado, el cual tiene a su cargo de 29 a 40 pacientes, el 91.8% presento síndrome de Burnout severo, el cual tiene a su cargo de 1 a 40 pacientes.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

		BURNOUT TOTAL			
		Moderado.	Severo.	Total	
Rangos de antigüedad laboral.	1 a 4 años.	Frecuencia	1	18	19
		% dentro de Rangos de antigüedad laboral.	5.3%	94.7%	100.0%
		% dentro de BURNOUT TOTAL	11.1%	17.8%	17.3%
		% del Total	.9%	16.4%	17.3%
	5 a 9 años.	Frecuencia	1	28	29
		% dentro de Rangos de antigüedad laboral.	3.4%	96.6%	100.0%
		% dentro de BURNOUT TOTAL	11.1%	27.7%	26.4%
		% del Total	.9%	25.5%	26.4%
	10 a 14 años.	Frecuencia	2	23	25
		% dentro de Rangos de antigüedad laboral.	8.0%	92.0%	100.0%
		% dentro de BURNOUT TOTAL	22.2%	22.8%	22.7%
		% del Total	1.8%	20.9%	22.7%
	15 a 19 años.	Frecuencia	5	18	23
		% dentro de Rangos de antigüedad laboral.	21.7%	78.3%	100.0%
		% dentro de BURNOUT TOTAL	55.6%	17.8%	20.9%
		% del Total	4.5%	16.4%	20.9%
	20 a 24 años.	Frecuencia		10	10
		% dentro de Rangos de antigüedad laboral.		100.0%	100.0%
% dentro de BURNOUT TOTAL			9.9%	9.1%	
% del Total			9.1%	9.1%	
25 a 29 años.	Frecuencia		2	2	
	% dentro de Rangos de antigüedad laboral.		100.0%	100.0%	
	% dentro de BURNOUT TOTAL		2.0%	1.8%	
	% del Total		1.8%	1.8%	
	Frecuencia		1	1	
	% dentro de Rangos de		100.0%	100.0%	

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**Fuente:** Misma página 51.

**Descripción:** Del total de la población de enfermería (110), el 8.2% presento síndrome de Burnout moderado, el cual tiene de 1 a 9 años de antigüedad laboral, el 91.8% presento síndrome de Burnout severo, el cual tiene de 1 a 40 años de antigüedad laboral.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

			BURNOUT TOTAL		
			Moderado.	Severo.	Total
Categoría.	Auxiliar.	Frecuencia	5	52	57
		% dentro de Categoría	8.8%	91.2%	100.0%
		% dentro de BURNOUT TOTAL	55.6%	51.5%	51.8%
		% del Total	4.5%	47.3%	51.8%
	General.	Frecuencia	4	43	47
		% dentro de Categoría	8.5%	91.5%	100.0%
		% dentro de BURNOUT TOTAL	44.4%	42.6%	42.7%
		% del Total	3.6%	39.1%	42.7%
	Especialista.	Frecuencia		5	5
		% dentro de Categoría		100.0%	100.0%
		% dentro de BURNOUT TOTAL		5.0%	4.5%
		% del Total		4.5%	4.5%
	Jefe de servicio.	Frecuencia		1	1
		% dentro de Categoría		100.0%	100.0%
		% dentro de BURNOUT TOTAL		1.0%	.9%
		% del Total		.9%	.9%
Total	Frecuencia	9	101	110	
	% dentro de Categoría	8.2%	91.8%	100.0%	
	% dentro de BURNOUT TOTAL	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del Total	8.2%	91.8%	100.0%	

Fuente: Misma grafica 1.

Descripción: Del total de la población de enfermería (110), el 8.2% presentó síndrome de Burnout moderado y se encuentran dentro de la categoría auxiliar y general, el 91.8%

presento síndrome de Burnout severo, y se encuentran dentro de la categoría especialista y jefe de servicio.

		BURNOUT TOTAL			
		Moderado.	Severo.	Total	
Turno.	Matutino.	Frecuencia	5	37	42
		% dentro de Turno.	11.9%	88.1%	100.0%
		% dentro de BURNOUT TOTAL	55.6%	36.6%	38.2%
		% del Total	4.5%	33.6%	38.2%
	Vespertino.	Frecuencia	1	30	31
		% dentro de Turno.	3.2%	96.8%	100.0%
		% dentro de BURNOUT TOTAL	11.1%	29.7%	28.2%
		% del Total	.9%	27.3%	28.2%
	Nocturno.	Frecuencia	3	28	31
		% dentro de Turno.	9.7%	90.3%	100.0%
		% dentro de BURNOUT TOTAL	33.3%	27.7%	28.2%
		% del Total	2.7%	25.5%	28.2%
	Especial.	Frecuencia		6	6
		% dentro de Turno.		100.0%	100.0%
		% dentro de BURNOUT TOTAL		5.9%	5.5%
		% del Total		5.5%	5.5%
Total	Frecuencia	9	101	110	
	% dentro de Turno.	8.2%	91.8%	100.0%	
	% dentro de BURNOUT TOTAL	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del Total	8.2%	91.8%	100.0%	

Fuente: Misma grafica 1.

Descripción: Del total de la población de enfermería (110), el 8.2% presento síndrome de Burnout moderado a severo, de los turnos matutino, vespertino y nocturno, y el 91.8% presento síndrome de Burnout severo en los turnos matutino, vespertino y especial.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

			BURNOUT TOTAL		Total
			Moderado.	Severo.	
Horas dedicadas al trabajo.	7	Frecuencia		13	13
		% dentro de Horas dedicadas al trabajo.		100.0%	100.0%
		% dentro de BURNOUT TOTAL		12.9%	11.8%
		% del Total		11.8%	11.8%
	8	Frecuencia	7	59	66
		% dentro de Horas dedicadas al trabajo.	10.6%	89.4%	100.0%
		% dentro de BURNOUT TOTAL	77.8%	58.4%	60.0%
		% del Total	6.4%	53.6%	60.0%
	9	Frecuencia		1	1
		% dentro de Horas dedicadas al trabajo.		100.0%	100.0%
		% dentro de BURNOUT TOTAL		1.0%	.9%
		% del Total		.9%	.9%
10	Frecuencia	2	28	30	
	% dentro de Horas dedicadas al trabajo.	6.7%	93.3%	100.0%	
	% dentro de BURNOUT TOTAL	22.2%	27.7%	27.3%	
	% del Total	1.8%	25.5%	27.3%	
Total	Frecuencia	9	101	110	
	% dentro de Horas dedicadas al trabajo.	8.2%	91.8%	100.0%	
	% dentro de BURNOUT TOTAL	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del Total	8.2%	91.8%	100.0%	

Fuente: Misma grafica 1.

Descripción: Del total de la población de enfermería (110), el 8.2% presento síndrome de Burnout moderado a severo, de los turnos matutino, vespertino y nocturno, el 91.8% presento síndrome de Burnout severo, en los turnos matutino, vespertino y especial.

## 7. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Los resultados que a continuación se describen corresponden a los datos arrojados por los cuestionarios aplicados a una población total de 110 personas que de manera individual contesto el personal de enfermería de diez casas hogar para el adulto mayor en el Distrito Federal, la información incluye la percepción de su entorno laboral y social, así como datos generales personales y profesionales.

Los resultados obtenidos nos demuestran que el sexo femenino predomina aún en el área laboral con el 90.9%. Los grupos de edad más destacados fueron el de 25 a 29 años con el 18.2%; de 45 a 49 años con el 16.4% y de 30 a 39 años con el 15.5%.

En cuanto al estado civil observamos que 52.7% son casados y 37.3% solteros, de los cuales el 78.2% viven en domicilio familiar, mientras que el 14.5% viven solos; el 30.9% tiene en promedio 2 hijos; y el 26.4% tiene en promedio 1 hijo, y por último 15.5% tiene un promedio de 3 hijos.

El 26.4% ha laborado por un periodo de 5 a 9 años, el 22.7% ha laborado por un periodo de 10 a 14 años, y por último el 20.9% por un periodo de 15 a 19 años. En lo que respecta a la categoría laboral del personal de enfermería encontramos que el 51.8% son auxiliares, el 42.7% son enfermeros generales. El 26.5% del personal manejan en promedio de 5 a 8 adultos mayores; el 18.2% maneja de 17 a 20 adultos mayores, mientras que el 15.5% de 9 a 12 adultos mayores.

En lo que respecta al turno laboral el 38.2% esta distribuido en el turno matutino, el 28.2% se encuentra distribuido en el turno vespertino y el 28.2% en el turno nocturno. Del total de la población el 60% labora durante 8 horas diarias, 27.3% durante 10 horas diarias, por último el 11.8% durante 7 horas diarias.

El 75.5% considera tener los conocimientos necesarios acerca del cuidado del adulto mayor, el 23.6% considera no tener los conocimientos necesarios. Del total de la población estudiada el 86.4% contesto que no ha presentado sesión o caso clínico alguno, el 3.6% presentó de 4 a 5 sesiones o casos clínicos al mes, el 4.5% presentó sólo 2 sesiones y / o casos clínicos al mes.

De las guardias realizadas el 74.5% no realizaron guardias al mes, el 10% realizo en promedio 8 guardias al mes.

De las actividades no propias de enfermería encontramos que el 55.5% refieren que en ocasiones han llevado a cabo trabajo no propio de enfermería, el 32.7% contestaron que nunca han realizado trabajo no propio de enfermería, el 11.8% refieren que constantemente realizan otras actividades no propias de enfermería.

El 94.5% prefiere trabajar en equipo, mientras que un 5.5% prefiere trabajar individualmente.

Al 60.9% de la población de enfermería estudiada le preocupa un proceso legal en su contra debido a errores en su trabajo; al 29% no le preocupa un proceso legal en su contra.

El 62.7% manifestó que el trabajo no interfiere con su vida privada, y el 35.5% respondió que su trabajo sí interfiere con su vida privada.

El 57.3% consideran recibir un salario escaso de acuerdo al trabajo que realiza, el 42.7% lo considera adecuado.

El 24.2% del personal de enfermería recibe un salario mensual de 1580 a 2360 en promedio, el 20.9% de 2360 a 3140, el 20.9% de 3920 a 4700, el 16.5% de 6260 a 7040, el 9.9% de 4700 a 5480, el 8.8% de 3140 a 3920, el 7.7% de 800 a 1580, el 5.5% de 7040 a 7820, el 2.2% de 5480 a 6260, el 3.3% de 7820 a 8210, el 1.1% más de 8210.

En cuanto a la opinión sobre el prestigio social de la profesión de enfermería el 63.6% considera que es adecuado, y el 31.8% considera que es escaso.

El 61.8% considera que los recursos e instalaciones son escasos para brindar atención a los adultos mayores, el 30% considera los recursos adecuados.

#### **Descripción de las subescalas del síndrome de Burnout.**

Encontramos que en la subescala de despersonalización observamos que el 92.7% del personal de enfermería encuestado presentó despersonalización severa; el 4.5% presentó despersonalización leve, el 2.7% presentó despersonalización moderada.

En el análisis realizado a la subescala de cansancio emocional se observó que un 94.5% presentó cansancio emocional severo, el 2.7% presentó cansancio emocional leve, el 2.7% presentó cansancio emocional moderado.

En el resultado obtenido del análisis de la subescala de realización personal observamos que el 89.1% presentó realización personal severa, el 6.4% presentó realización personal moderada, el 4.5% de la población total presentó realización personal leve.

**Del total de la población del personal de enfermería el 91.8% presentó síndrome de Burnout severo, mientras que el 8.2% presentó síndrome de Burnout moderado.**

#### **Análisis realizado a las tablas de Cruzamiento de las variables sociodemográficas con el Síndrome de Burnout.**

Del total de la población de enfermería (110), el 8.2% (9), del sexo femenino, presentó síndrome de Burnout moderado, mientras que el 90.1% (91) presentó síndrome de Burnout severo; del sexo masculino el 9.1% (10) presentó síndrome de Burnout severo.

Del total de la población de enfermería (110), el 8.2% (9) presento síndrome de Burnout moderado, esto es la población con un rango de edad entre 30 a 49 años de edad, mientras que el 91.8% (101) presento síndrome de Burnout severo, esto es la población de entre 19 y 64 años.

Del total de la población de enfermería (110), el 37.3% (41) son solteros y presentaron síndrome de Burnout moderado a severo; el 52.7% (58) de los casados presento síndrome de Burnout de moderado a a severo; 3.6% (4) de los que son viudos presentaron síndrome de Burnout severo; y el 6.4% (7) que son divorciados presento síndrome de Burnout severo.

Del total de la población de enfermería (110), el 78.2% que viven en domicilio familiar presento síndrome de Burnout moderado a severo, el 14.5% que vive sólo presento síndrome de Burnout de moderado a a severo, 7.3% que viven en domicilio compartido presentaron síndrome de Burnout moderado a severo.

Del total de la población de enfermería (110), el 13.6% que no tiene hijos presento síndrome de Burnout severo, el 26.4% que tiene un hijo presento síndrome de Burnout de moderado a a severo, el 30.9% que tiene dos hijos presento síndrome de Burnout moderado a severo, el 15.5% que tiene tres hijos presento síndrome de Burnout moderado a severo, el 12.7% que tiene 4 hijos presento síndrome de Burnout moderado a severo, el .9% que tiene cinco hijos presento síndrome de Burnout severo.

Del total de la población de enfermería (110), el 8.2% presento síndrome de Burnout moderado, el cual tiene a su cargo de 29 a 40 pacientes, el 91.8% presento síndrome de Burnout severo, el cual tiene a su cargo de 1 a 40 pacientes.

Del total de la población de enfermería (110), el 8.2% presento síndrome de Burnout moderado, el cual tiene de 1 a 9 años de antigüedad laboral, el 91.8% presento síndrome de Burnout severo, el cual tiene de 1 a 40 años de antigüedad laboral.

Del total de la población de enfermería (110), el 8.2% presento síndrome de Burnout moderado y se encuentran dentro de la categoría auxiliar y general, el 91.8% presento síndrome de Burnout severo, y se encuentran dentro de la categoría especialista y jefe de servicio.

Del total de la población de enfermería (110), el 8.2% presento síndrome de Burnout moderado a severo, de los turnos matutino, vespertino y nocturno, y el 91.8% presento síndrome de Burnout severo en los turnos matutino, vespertino y especial.

Del total de la población de enfermería (110), el 8.2% presento síndrome de Burnout moderado a severo, de los turnos matutino, vespertino y nocturno, el 91.8% presento síndrome de Burnout severo, en los turnos matutino, vespertino y especial.

## 8. RECOMENDACIONES.

Actualmente es necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral de los profesionales de enfermería por ello resulta conveniente evaluar de manera periódica la eficacia de determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva, tiene repercusiones sobre la mejor forma de organización. Por tal motivo y dentro de nuestra preocupación por este aspecto tan importante es que a continuación daremos un listado de posibles alternativas de solución.

Las estrategias para la intervención deben contemplar tres niveles:

- ❖ Individual: cada individuo debe desarrollar y adoptar conductas positivas que eliminen el estrés.
- ❖ Grupal : Buscar el apoyo de los, a compañeros, así como brindarlo, esto no sólo ayudara a disminuir el estrés si no que también fortalecerá los vinculos sociales entre ellos.
- ❖ Organizacional: Por parte de cada Institución, el desarrollo de programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización.

### Otras son:

- ✓ Evitar trabajar tiempo extra.
- ✓ Evitar la carga excesiva de trabajo asignando un número de pacientes en promedio de 6 residentes por enfermero.
- ✓ Buscar y fomentar el apoyo entre compañeros para llevar a cabo el trabajo extenuante.
- ✓ No asignar labores no propias de enfermería
- ✓ Tomar en cuenta las opiniones y sugerencias del personal de enfermería en sesiones organizadas por parte de la coordinación o jefatura de enfermería.
- ✓ Fomentar un grupo Balint de soporte social que ayude a disminuir en gran medida el nivel del síndrome de Burnout.
- ✓ Designar un lugar cómodo y privado para el personal de enfermería
- ✓ Organizar los tiempos laborales de manera que el personal cuente con un espacio para el descanso
- ✓ Brindar confianza al personal en el desempeño de sus actividades
- ✓ Permitir que las perspectivas en el desarrollo profesional y de ascenso sean posibles.
- ✓ Fomentar un ambiente agradable en el lugar de trabajo.
- ✓ Proporcionar al personal los recursos materiales necesarios para desempeñar su trabajo.
- ✓ Que la estructura y las instalaciones sean en lo posible adecuadas a las necesidades de los pacientes.
- ✓ Llevar a cabo una sesión mensual por parte de la dirección en la cual se hable de la misión, visión y objetivos Institucionales, así como permitir y tomar en cuenta las opiniones y sugerencias del personal de enfermería.
- ✓ Fomentar la educación continua a través de la presentación de sesiones, cursos, diplomados, seminarios, casos clínicos, etc.

- ✓ Proporcionar estímulos a través de compensaciones tales como premios de puntualidad, el empleado del mes, días económicos, despensas, etc..
- ✓ Otorgar un salario justo.
- ✓ Otorgar periodos vacacionales cada 4 meses

Las empresas deberían adoptar las siguientes estructuras:

- ❖ Horizontal
- ❖ Descentralizada
- ❖ Con mayor grado de independencia
- ❖ Promociones interna justas
- ❖ Flexibilidad horaria
- ❖ Apoyo a la formación

Consideramos que las alternativas de solución arriba mencionadas podrían ayudar a disminuir, quizás en gran medida, las manifestaciones propias del síndrome de Burnout.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 9. DISCUSIÓN.

La relación que se encontró en otros estudios entre las variables sociodemográficas y el síndrome de Burnout había hecho suponer que la presente investigación lograría discernir cual de las variables empleadas era desencadenante de este síndrome, lo que no ocurrió, por lo que se puede suponer diversas posibilidades: es posible que las variables y el síndrome de Burnout sean en realidad manifestaciones que se construyen de diferente manera en el interior del sujeto, y que las variables tanto sociodemográficas como laborales interfieren de una forma indirecta en el desarrollo del síndrome. Mientras que estudios como el de Terán E. 2001, demostraron que el 48% de las enfermeras del centro médico 20 de noviembre presentó el síndrome de Burnout relacionado con el área de trabajo en la que laboraba el personal.

Los resultados de la investigación realizada por Noemi Diaz Billena, 2003, demuestran en las características sociodemográficas y laborales de la muestra, que el mayor porcentaje se encuentra en la edad de adulto maduro (36-45 años). En relación al estado civil el mayor porcentaje es casada y generalmente con hijos. En el área laboral, se aprecia dos grupos significativos, uno conformado por enfermeras con 6 a 10 años de trabajo y otro formado por enfermeras de 16 a 20 años, seguida de aquellas con 21 a 25 años. Esto comparado con los resultados de nuestra investigación en donde los grupos de edad más destacados fueron el de 25 a 29 años con el 18.2%, de 45 a 49 años con el 16.4% y de 30 a 39 años con el 15.5%. en cuanto al estado civil observamos que 52.7% son casados, el 30.9% y tiene en promedio 2 hijos; y que el 26.4% tiene en promedio 1 hijo; el 26.4% ha laborado por un periodo de 5 a 9 años, el 22.7% ha laborado por un periodo de 10 a 14 años, y por último el 20.9% por un periodo de 15 a 19 años, nos lleva a observar las similitudes de los resultados, en cuanto a las variables sociodemográficas, sin embargo esto no demuestra que sean estas los principales factores desencadenantes del síndrome de Burnout.

Por otro lado se aprecia que la totalidad de la muestra en estudio presenta el síndrome de Burnout en alguna medida. Estos datos son corroborados por Livianos y col., (1999) en una muestra de médicos psiquiatras, quien además sostiene que el burnout o desgaste profesional es una variable continua que se puede experimentar en bajo, moderado o alto grado, y no una variable dicotomizada que está presente o ausente. Al respecto podemos decir que nuestro estudio logró identificar la presencia del Síndrome de Burnout en el personal y fue posible observarlo en sus grados moderado y severo únicamente ya que el grado de síndrome de Burnout leve no se presentó.

El síndrome de Burnout se presenta con mucha frecuencia, sobre todo en el personal de enfermería ya que el exceso de trabajo, el trato con los pacientes y con los familiares, la falta de una adecuada organización, los conflictos entre compañeros y la falta de preparación para asumir la responsabilidad del cuidado al paciente crítico, ofrecer cuidados prolongados, etc. son factores que aumentan el riesgo de presentar síndrome de Burnout.

Sin embargo el síndrome de Burnout sigue siendo una categoría básicamente empírica y con una construcción teórica poco desarrollada en nuestro país.

## 10. CONCLUSIONES

El síndrome de Burnout es consecuencia de eventos estresantes que disponen al personal de enfermería a padecerlo, al término de esta investigación hemos podido concluir que dichos eventos no son exclusivos de una variable específica, si no que interfieren todas las variables de carácter sociodemográfico.

Referente al primer objetivo de esta investigación podemos decir que se logró identificar la presencia del Síndrome de Burnout en la población estudiada en donde fue posible observar el síndrome en sus grados moderado y severo únicamente ya que el grado de síndrome de Burnout leve no se presentó en comparación con otros estudios como el de Manuel Pando, 2001, en donde el síndrome se presentó de manera leve en un gran porcentaje de la población estudiada.

Es importante mencionar que no hubo un solo caso que no presentara el síndrome, quizás porque que aquellas personas no cuentan con una buena percepción del estrés, de manera que esta active su sistema de afrontamiento y por lo tanto recaen en los cuadros que constituyen el síndrome de Burnout.

Respecto a la relación existente entre el síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas concluimos que ambas se encuentran estrechamente ligadas entre sí, pues como ya mencionamos no hay elementos que nos indiquen que alguna de las variables no influye en la aparición del síndrome ni en este ni en los estudios realizados por otros autores.

Llama enormemente nuestra atención la inexistencia de factores predecibles específicos o desencadenantes de la aparición del síndrome de Burnout, ya que la correlación entre el síndrome con las variables sociodemográficas empleadas en este estudio nos llevaron a concluir que a mayor o menor grado cada una de ellas influye para la aparición del síndrome. Dentro del planteamiento de la existencia de factores potencialmente reversibles encontramos que podrían ser susceptibles a modificación las variables laborales empleadas en este estudio (conocimientos sobre el cuidado del paciente geriátrico; casos clínicos y sesiones mensuales; realización de labores propias de enfermería; importancia a los aspectos legales; remuneración económica acorde al trabajo realizado; recursos e instalaciones adecuadas), para ello es necesario que las instituciones logren detectar la presencia de este síndrome y que en base a ello establezcan alternativas de solución.

El síndrome de Burnout es un proceso de respuestas emocionales que se presenta con mucha frecuencia, sobre todo en el personal de enfermería quienes se caracterizan por brindar una atención prolongada a personas que se encuentran en una situación de necesidad y dependencia, Todas estas alteraciones repercuten en el desempeño laboral, en la atención brindada tanto al paciente como dentro de la misma institución, observándose aumento del ausentismo, apatía hacia la organización, huelgas, aislamiento, pobre calidad del trabajo, actitud cínica y fatiga emocional así como de la aparición de situaciones

depresivas, por estas causas se han estudiado los diferentes factores que propicien la aparición del síndrome.

Es por ello que consideramos que tanto las casas hogar para adultos mayores como las instituciones de formación de enfermeras/os deben enfocar más su plan de estudios hacia esta población ya que como pudimos observar la pirámide poblacional se encuentra en una etapa de transformación.

Así todas las medidas que se tomen para prevenir o manejar el Burnout en el personal de enfermería serán pocas para garantizar no sólo la calidad de la atención a los pacientes geriátricos, sino la propia salud de estos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 11. GLOSARIO.

**Síndrome de Burnout:** Proceso de desgaste físico, emocional y psicológico que somete a la persona a un estrés crónico que concluye en un colapso.

**Estrés:** Conjunto de reacciones psicológicas que preparan al organismo para la acción.

**Cansancio emocional:** Sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el propio trabajo.

**Despersonalización:** Respuestas impersonales y frías a los receptores del cuidado.

**Realización personal.** Sentimiento de competencia y éxito en el trabajo propio.

**Grupo Balint:** Grupo de apoyo dirigido por un psicólogo en donde se exponen situaciones estresantes y se proporcionan alternativas de solución.

**Síndromes Geriátricos:** Conjunto de enfermedades atípicas propias del adulto mayor.

**Envejecimiento:** Proceso fisiológico de cambios característicos para las especies durante todo el ciclo de la vida.

**Variables sociodemográficas:** Son todos aquellos factores personales y no personales que se relacionan con un individuo.

**Maslach Burnout Inventory.** Cuestionario que evalúa cansancio emocional, despersonalización y realización personal en un individuo.

**Taquipnea :** Respiración rápidas o agitadas.

**Endocrinos :** Secreciones internas de hormonas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Síndrome de Cushing :** Se presenta por la hiperadrenocorticismo de la corteza suprarrenal o del lóbulo anterior de la hipófisis y por la ingesta excesiva y prolongada de glucocorticoides con finalidades terapéuticas.

**Chamuscado, quemado, oxidado:** Términos utilizados por los autores del Síndrome de Burnout para describir el cansancio, deterioro y el agotamiento.

**Buen estrés:** El estrés es una parte indispensable de la vida y tenemos que aprender a vivir con él, a que no trascienda en consecuencias dañinas para la salud. La presencia del amor y de la motivación por la labor de enfermería no alimentan el *burnout*, siempre que sepamos canalizar adecuadamente nuestra entrega.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 12. A N E X O S

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
U N A M**

**ESTUDIO DEL SÍNDROME DE BURNOUT**

Sexo: Varón  Mujer   
 Edad: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: Soltero  Casado  Divorciado  Viudo   
 ¿Con quien vives?: Domicilio familiar  Compartido  Solo    
 No de hijos: \_\_\_\_\_  
 Antigüedad laboral: \_\_\_\_\_  
 Categoría: Enf. Especialista  Enf. General  Enf. Auxiliar   
 No de pacientes asignados: \_\_\_\_\_  
 Turno: \_\_\_\_\_

- ¿Cuántas horas diarias le dedicas a tu trabajo dentro del centro (sin contar las guardias)?  
 < 7  8  9  10
- ¿Consideras tener los conocimientos necesarios acerca del cuidado al paciente geriátrico?  
 Si  Poco  No
- ¿Cuántos casos clínicos, sesiones, etc. presentas al mes?  
 0-1  3-4  5-6  7-8  >8
- ¿Cuántas guardias realizas al mes?  
 0-1  3-4  5-6  7-8  >8
- ¿Consideras que realizas trabajo que no pertenece a enfermería?  
 Constantemente  A veces  Nunca
- ¿Cómo prefieres trabajar?  
 Individualmente  En equipo
- ¿Te preocupa la posibilidad de un proceso legal en tu contra por cometer errores en tu profesión?  
 Si  Poco  No
- ¿Interfiere tu trabajo con tu vida privada?  
 Constantemente  A veces  Nunca
- ¿Consideras que recibes un salario acorde al trabajo que realizas?  
 Escaso  Adecuado  Excesivo
- Salario mensual: \_\_\_\_\_
- En tu opinión, ¿qué prestigio social tiene tu profesión?  
 Nulo  Escaso  Adecuado  Excesivo
- ¿Consideras que los recursos y las instalaciones son adecuadas para la atención de los pacientes?  
 Nulo  Escaso  Adecuado

## MALSLACH BURNOUT INVENTORY

Elige una de las seis posibles repuestas de cada uno de los 22 elementos que se te presentan.	Nunca	Una o varias veces al año	Una vez al mes o menos	Varias veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Todos los días
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío							
Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a la jornada de trabajo me siento fatigado							
Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender							
Siento que estoy a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa							
Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes							
Siento que mi trabajo me esta desgastando							
Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo							
Siento que me he hecho más duro con la gente							
Me preocupa que este trabajo me este endureciendo emocionalmente							
Me siento con mucha energía en mi trabajo							
Me siento frustrado con mi trabajo							
Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							
Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes							
Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa							
Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes							
Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes							
Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo							
Me siento como si estuviese al límite de mis posibilidades							
Creo que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada							
Me parece que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas							

### 13. BIBLIOGRAFÍA

GANDARA, M. Jesús, Estrés y trabajo: El síndrome de burnout,  
Edt. Cause, Madrid, 1998.

MARTINEZ. Alcántara Susana, El estudio de la integridad mental en su relación con el  
proceso de trabajo, UAM, Unidad Xochimilco, México, 1997.

POTTER. A. Beverly, Estrés y rendimiento en el trabajo,  
Edit. Trillas, México, 1990.

TURCOTTE, R. Pierre, Calidad de vida en el trabajo,  
Edit. Trillas, México, 1986.

GARZA, Mercado Aría, Manual de técnicas de investigación para estudiantes de ciencias  
sociales, Edit. EL colegio de México, 7ed, México 1998.

CANALES, H. Francisca, Metodología de la investigación,  
Edit. Uteha Noriega, 12ed. México, 1998.

QUIVY, Manual de Investigación en Ciencias Sociales,  
Compenhoudt, Edit. Lamusa, 3ed, 1998.

RIVERA, Delgado M. Amalia, El Síndrome de Burnout en Médicos del Hospital Clínico  
Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, México : el autor 1998.

Selye, Hans, Tensión sin Angustia, Madrid, Guadarrama, 1975.

Kalimo Raija, Los factores psisociales en el trabajo, Ginebra,  
Organización Mundial de la Salud, 1988.

Ivancevich John M., Estrés y trabajo, México, Trillas, 1989.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Organización Internacional del Trabajo, El trabajo en el mundo, cap. 5**  
Ginebra, OIT, 1993.

**Lazarus Richard, Estrés y procesos cognitivos, Barcelona, Martínez Roca,**  
1986.

**CHACÓN, Roger, Grau Abalo, Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos, Instituto Nacional de oncología y radiología, Cuba, 1997.**

**NÚÑEZ, Jiménez Frecuencia del Síndrome Burnout en el personal de Enfermería de las Áreas Críticas del Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda", Barquisimeto, Estado Lara, 2002.**

**ATANCE, Martínez, Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en el personal sanitario, Guadalajara.**

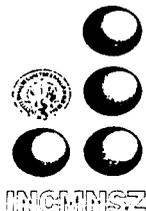
**DÍAZ, Villena Noemi, El síndrome de Burnout en enfermeras de los servicios hospitalarios de la provincia de Trujillo, España, 2003.**

[www.consejonacional.com](http://www.consejonacional.com)

[www.insp.mx](http://www.insp.mx)

[www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

Ciudad de México 18 de Noviembre 2002

### Carta de Confidencialidad

El manejo de información delicada en diversos aspectos durante el desarrollo de nuestro trabajo, nos lleva a reconocer que pudiera llegar a ser mal utilizada por lo tanto nos comprometemos a emitir la siguiente información.

Toda información recibida y concerniente a los ancianos, personal, la dirección, la programación, la gestión, y la administración del establecimiento será tratada con absoluta confidencialidad.

Así mismo todas las notas de observación y todos los documentos quedarán ocultos y no podrán ser vistos o revisados por nadie más que los encuestadores y realizadores del protocolo.

También todos los reportes serán hechos sin ninguna referencia verbal o escrita, que pudieran brindar elementos para reconocer o identificar a los establecimientos, sus beneficiarios o su personal.

Nombre del Evaluador: P.S.S Verónica Flores Noriega  
P.S.S Patricia Ortiz Vega

Nombre del Establecimiento: Casa Hogar Arturo Mundet

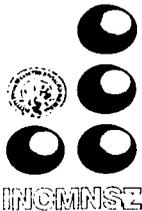
Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

  
Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo  
Jefe de la Clínica de Geriatria  
Responsable del Proyecto  
Tel 56 55 93 62

Investigación  
Tradicion Servicio  
Asistencia Docencia

- Vasco de Quiroga 15,
- Delegación Tlalpan
- C.P. 14000 México, D.F.
- Tels. 55-73-12-00
- 55-73-06-11



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

INSTITUTO MEXICANO DE GERIÁTRICA Y GERONTOLOGÍA  
CALLE ALVARO OBREGÓN 2709-A, CDMX

Ciudad de México 18 de Noviembre 2002

**Carta de Confidencialidad**

El manejo de información delicada en diversos aspectos durante el desarrollo de nuestro trabajo, nos lleva a reconocer que pudiera llegar a ser mal utilizada por lo tanto nos comprometemos a emitir la siguiente información.

Toda información recibida y concerniente a los ancianos, personal, la dirección, la programación, la gestión, y la administración del establecimiento será tratada con absoluta confidencialidad.

Así mismo todas las notas de observación y todos los documentos quedarán ocultos y no podrán ser vistos o revisados por nadie más que los encuestadores y realizadores del protocolo.

También todos los reportes serán hechos sin ninguna referencia verbal o escrita, que pudieran brindar elementos para reconocer o identificar a los establecimientos, sus beneficiarios o su personal.

Nombre del Evaluador: P.S.S Verónica Flores Noriega  
P.S.S Patricia Ortiz Vega

Nombre del Establecimiento: Hogar San Juan

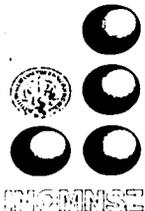
Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

  
Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo  
Jefe de/a Clínica de Geriatria  
Responsable del Proyecto  
Tel 56 55 93 62

- Vasco de Quiroga 15,
- Delegación Tlalpan
- C.P. 14000 México, D.F.
- Tels. 55-73-12-00
- 55-73-06-11

Investigación  
Tradición Servicio  
Asistencia Dorencia  
2000 / 700



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSO DE  
STATISTICS AND CENSUS

Ciudad de México 18 de Noviembre 2002

**Carta de Confidencialidad**

El manejo de información delicada en diversos aspectos durante el desarrollo de nuestro trabajo, nos lleva a reconocer que pudiera llegar a ser mal utilizada por lo tanto nos comprometemos a emitir la siguiente información.

Toda información recibida y concerniente a los ancianos, personal, la dirección, la programación, la gestión, y la administración del establecimiento será tratada con absoluta confidencialidad.

Así mismo todas las notas de observación y todos los documentos quedarán ocultos y no podrán ser vistos o revisados por nadie más que los encuestadores y realizadores del protocolo.

También todos los reportes serán hechos sin ninguna referencia verbal o escrita, que pudieran brindar elementos para reconocer o identificar a los establecimientos, sus beneficiarios o su personal.

Nombre del Evaluador: P.S.S Verónica Flores Noriega  
P.S.S Patricia Ortiz Vega

Nombre del Establecimiento: Residencia Del Sagrado Corazón de Jesus

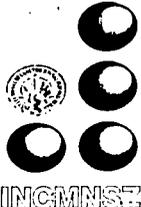
Firma: *Patricia Ortiz Vega*

Fecha: 18-11-02

Investigación  
Tradición Servicio  
Asistencia Docencia

*[Signature]*  
Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo  
Jefe de la Clínica de Geriatria  
Responsable del Proyecto  
Tel 56 55 93 62

- Vasco de Quiroga 15,
- Delegación Tlalpan
- C.P. 14000 México, D.F.
- Tels. 55-73-12-00
- 55-73-06-11



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION EN SALVADOR ERIBERIAN

Ciudad de México 18 de Noviembre 2002

Carta de Confidencialidad

El manejo de información delicada en diversos aspectos durante el desarrollo de nuestro trabajo, nos lleva a reconocer que pudiera llegar a ser mal utilizada por lo tanto nos comprometemos a emitir la siguiente información .

Toda información recibida y concerniente a los ancianos, personal, la dirección, la programación, la gestión, y la administración del establecimiento será tratada con absoluta confidencialidad.

Así mismo todas las notas de observación y todos los documentos quedarán ocultos y no podrán ser vistos o revisados por nadie más que los encuestadores y realizadores del protocolo.

También todos los reportes serán hechos sin ninguna referencia verbal o escrita, que pudieran brindar elementos para reconocer o identificar a los establecimientos, sus beneficiarios o su personal.

Nombre del Evaluador: P.S S Verónica Flores Noriega P.S S Patricia Ortiz Vega

Nombre del Establecimiento: Voluntarias Vicentinas

Firma: [Handwritten Signature]

Fecha: 19-NOV-2002



Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo Jefe de la Clínica de Geriatria Responsable del Proyecto Tel 56 55 93 62

Investigación Tradición Servicio Asistencia Docencia

- Vasco de Quiroga 15, • Delegación Iztapalapa • C.P. 14000 México, D.F. • Tels. 55-73-12-00 • 55-73-06-11

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

México D.F. a 15 de Enero del 2003

Residencias Asistidas INAPAM  
NEBRASCAS  
Dr. Abelardo Valdez  
P R E S E N T E

Por medio de la presente informo a usted que esta institución ha sido considerada para llevar a cabo la aplicación de un cuestionario que ayudara en la investigación que llevan a cabo las pasantes de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Verónica Flores Noriega y Patricia Ortiz Vega, para lo cual solicito su apoyo y autorización para la realización de dicho proyecto que lleva por nombre *"Identificación de los factores desencadenantes del síndrome de Burnout en el personal de enfermería de diez casa hogar para adultos mayores en el distrito federal"*, y que va dirigido al personal de enfermería.

El manejo de información delicada en diversos aspectos durante el desarrollo de nuestro trabajo nos lleva a reconocer que pudiera llegar a ser mal utilizada por lo tanto nos comprometemos a emitir la siguiente información.

Toda información recibida y concerniente a los ancianos, personal, la dirección, la programación, la gestión, y la administración del establecimiento será tratada con absoluta confidencialidad.

Así mismo todas las notas de observación y todos los documentos quedarán ocultos y no podrán ser vistos o revisados por nadie más que los encuestadores y realizadores del protocolo.

También todos los reportes serán hechos sin ninguna referencia verbal o escrita, que pudieran brindar elementos para reconocer o identificar a los establecimientos, sus beneficiarios o su personal.

Agradezco de antemano su atención a la misma.

  
Dr. Luis Miguel Gutierrez Robledo  
Jefe de la Clínica de Geriatria  
Responsable del proyecto  
Tel 56 55 93 62

