

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA**

---

---

**ESCUELA DE ENFERMERÍA  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**



**BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN  
EL ÁREA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO**

**T E S I N A**

**QUE PRESENTA:  
ELSA VIVIAN HERNÁNDEZ MEDINA**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**DIRECTORA: LIC. INÉS DE BUSTOS DONATE**

**MÉXICO D. F.**

**2006**



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.

Dame agudeza para entender,  
capacidad para retener,  
método y facultad para aprender,  
sutileza para interpretar,  
gracia y abundancia para hablar.

Dame acierto al empezar,  
dirección al progresar  
y perfección al acabar

Santo Tomás de Aquino

- A mis padres (Francisco Hernández Reyna y Guadalupe Medina Morales) por haberme dado la vida, por ser unos grandes guías, por comprenderme y sobretodo por enseñarme a llorar. Gracias a ustedes soy lo que soy.
- A mi esposo (Miguel Angel Revilla Miranda) por compartir su vida con la mía.
- A mi hermana (H. Daniela Hernández Medina) y mi cuñado (Omar A. Revilla Miranda) por estar al pendiente de cada paso que doy.
- A la Lic. Ma. Josefa Ramos G. de C. por ser mi consejera.
- A todas las integrantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad Panamericana.

## INDICE

Introducción	2
Marco Teórico	5
Planteamiento del problema	27
Hipótesis	28
Objetivos	29
Material y métodos	30
Aspectos éticos	33
Resultados	34
Conclusiones	37
Anexos	38
Bibliografía	51

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de burnout se describe como un proceso dinámico de mala adaptación que el trabajador desarrolla ante una situación de estrés crónico.

Los hospitales y hospicios aparecen desde la era de la Colonia en México y poco a poco han evolucionado tanto en equipo como en personal; en estas instituciones las enfermeras juegan un papel importante en lo que respecta en la atención al paciente. Para ello, además de los conocimientos teóricos y prácticos, debe tener, una elevada autoestima, contar con un equilibrio físico y mental, que le permita ejercer su actividad de una manera eficiente y efectiva en la práctica diaria para cumplir con su misión más importante, la atención a los pacientes. Esta carga traumática, la ansiedad y la fatiga asociada a la cercana interacción con otros factores que inciden sobre su vida familiar y sus actividades personales, pueden desembocar en determinadas conductas y respuestas emocionales, que pueden tener implicaciones en su capacidad para brindar atención sanitaria adecuada, sobre su bienestar emocional y su vida particular. Las actividades de las enfermeras, se ve potenciada por la responsabilidad que tiene en la efectividad de los resultados de las diferentes intervenciones, las órdenes que reciben de los médicos, la cantidad de equipos y materiales especializados y específicos que tienen que manejar y las previsiones que tienen que tomar para ello.

En México no contamos con los recursos necesarios para poder satisfacer la demanda de pacientes que se ven día con día en los centros de salud, clínicas, hospitales, etc. (19 enfermeras por cada 10,000 habitantes).

La mayoría de los profesionales que inician su carrera laboral, lo hacen pensando en los beneficios económicos inmediatos, en las expectativas de desarrollo profesional y el éxito de su profesión. De manera especial, los que trabajan en tareas de servicio y

están comprometidos en ayudar a otros, son personas que tienen las expectativas de contribuir positivamente en el mejoramiento de las condiciones de aquellos a quienes sirven; esta gente está propensa a caer en un estado de fatiga o frustración por no conseguir los resultados esperados.

El síndrome afecta en mayor medida a los trabajadores involucrados en profesiones de ayuda, que están en una relación constante y directa con personas, y la enfermería es una de ellas. El que se presente la enfermedad en esta profesión puede estar relacionado con un bajo reconocimiento social en relación con otros profesionales o las condiciones de trabajo caracterizadas por el contacto con el sufrimiento y la muerte de los pacientes.

El tema es motivo de preocupación por las importantes repercusiones que en el ámbito personal comporta, ya sean emocionales, conductuales o psicosomáticas, así como las repercusiones en el ámbito laboral que se derivan de ello, como por ejemplo: el ausentismo laboral, la disminución del nivel de satisfacción tanto de profesionales como de pacientes, conductas adictivas, pérdida de productividad, alta movilidad laboral, y repercusiones en otras esferas, principalmente la familiar.

Según estudios publicados el estrés relacionado con el trabajo es el segundo mayor problema de salud laboral ya que afecta a casi una tercera parte de los trabajadores de la Unión Europea, y es la causa de más de la mitad del ausentismo laboral.

Desafortunadamente en México no hay información estadística publicada por la Secretaría de Salud, acerca de los aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería.

Se han realizado pocas investigaciones acerca de esta enfermedad, y han sido llevadas a cabo en su mayoría por Psicólogos y especialistas en Salud Pública. Por ello, el interés en la realización de esta investigación, teniendo como objetivo general determinar la prevalencia del síndrome de burnout entre el personal de enfermería

del área de urgencias del Hospital General de México; ya que este nosocomio la carga de trabajo es intensa (5 a 6 pacientes por enfermera), y hay veces que el personal labora 10 días seguidos para tener 4 días consecutivos de descanso, lo cual puede hacer que las enfermeras (ros) se encuentren “quemados”.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal, mediante un cuestionario auto-administrado y anónimo, compuesto por el Maslach Burnout Inventory, variables sociodemográficas y laborales.

Se pueden llevar a cabo acciones preventivas, que por desgracia, en la mayoría de los casos, no nos enseñaron de forma sistemática, en nuestro proceso de formación como profesionales.

La actitud principal para prevenir el *burnout* es la de tratar de ser activos y no caer en el victimismo. Hay que intentar buscar salidas, utilizar el conocimiento para indagar nuevas perspectivas de abordar los problemas, con alta tolerancia a la frustración y mucho sentido del humor. Y sobre todo fomentar el “autocuidado.” “Se deben procurar cuidados al que cuida para evitar el desgaste profesional o *burnout*”



# I. MARCO TEÓRICO

## 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El término *burnout* no existe en español (es un término en inglés), ni hay ninguno que pueda sustituirle. Se trata de una palabra que se utilizaba frecuentemente por los deportistas, para describir una situación en la que, en contra de las expectativas favorables, un atleta no lograba obtener los resultados esperados a pesar de haberse preparado y esforzado para conseguirlo. La traducción al castellano podría significar “estar quemado”.

El término fue utilizado por primera vez en el ámbito de la medicina en 1974 por Herbert Freudeberger, un psiquiatra que trabajaba como asistente voluntario en una clínica para toxicómanos de Nueva York. Él se percató de que sus compañeros de trabajo, la mayoría jóvenes idealistas, repetían con mucha frecuencia el mismo proceso. Al principio llegaban llenos de ilusión, con ganas de cambiar el mundo y de entregarse a los demás de una forma altruista. Sin embargo, poco a poco, esas ilusiones se iban perdiendo al contacto con la realidad del mundo y aproximadamente al año, un porcentaje importante de ellos tenían trastornos emocionales. Se sentían tristes y con otros síntomas de cansancio emocional. Presentaban conductas poco comprensivas hacia los pacientes y, en algunos casos, mostraban distintos grados de hostilidad hacia ellos, a los que tendían a culpar de su estado. Eligió el nombre de *burnout* para definir un estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación que no produce el resultado esperado.

Pensaba que las personas idealistas, optimistas e ingenuas que se entregaban en exceso al trabajo para conseguir “una buena opinión de sí mismos”, tenían más riesgo de desarrollarlo. Este tipo de características podían producir una alta

motivación y compromiso profesional al principio, pero también una pérdida posterior de los elevados y costosos ideales en forma de mal rendimiento laboral, baja autoestima, diversos tipos de perturbación emocional y un aislamiento en las relaciones. Lo fundamental sería un trastorno adaptativo por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para afrontar las demandas del trabajo con personas. Habría un fracaso en la búsqueda del sentido existencial personal a través del trabajo y se produciría un desequilibrio prolongado, habitualmente no reconocido y mal resuelto entre unas excesivas exigencias laborales, que generan un esfuerzo crónico y una falta de refuerzos adecuados.

Lo definición de *burnout* que da Freudeberger es: conjunto de síntomas biológicos, psicológicos y sociales inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía, derivados de la desproporción entre los esfuerzos realizados y los resultados obtenidos, que no compensan las expectativas del profesional.

En 1976 Cristina Maslach también estudiaba las respuestas emocionales que se producían entre las personas que trabajan en profesiones de ayuda. Utilizó el término *burnout* (dentro del Congreso anual de la Asociación Americana de Psicólogos) para describir una situación que se producía, cada vez con mayor frecuencia, entre los trabajadores de los servicios humanos consistente en el hecho de que, después de meses de trabajo y dedicación, terminaban agotándose emocionalmente. Maslach junto con Jackson en 1986 crearon la definición más conocida y aceptada:

*“El síndrome de burnout es una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: un agotamiento físico y psicológico o emocional, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación para las tareas que se han de realizar.”*<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> González C. R, De la Gándara M. J (2004). *El médico con burnout: conceptos básico y habilidades prácticas para el médico de familia*. Madrid, España: Novartis.

Maslach y Jackson, calificaron a los afectados como “*Sobrecarga emocional*” o *síndrome del burnout* (quemado). Desarrollaron un cuestionario [Maslach Burnout Inventory (MBI)], basado en las respuestas de los trabajadores ante diferentes situaciones en su vida cotidiana laboral, para objetivar y valorar las tres dimensiones básicas del síndrome: el agotamiento emocional (AE), la despersonalización (DP) y la baja realización personal (RP); se trata de un conjunto de conductas (deterioro del rendimiento, pérdida de responsabilidad, actitudes pasivo-agresivas con los pacientes, pérdida de la motivación), en los que se ven afectados factores organizacionales, individuales, sociales y rasgos de personalidad.

## **2. FACTORES O DIMENSIONES DEL *BURNOUT***

El *burnout* se compone de tres factores o dimensiones:

**a) Agotamiento emocional (AE):** es el rasgo fundamental y supone un síntoma de pérdida de energía, agotamiento físico y psíquico y una sensación de estar al límite, de no poder dar más de sí mismo a los demás.

**b) Despersonalización (DP):** para protegerse, el sujeto puede desarrollar un cambio negativo en las actitudes y respuestas hacia los demás, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo, mostrándose distanciado, cínico, utilizando etiquetas despectivas para referirse a los demás, o tratando de culparles de sus frustraciones y del descenso de compromiso laboral.

**c) Baja realización personal (RP):** es una sensación de inadecuación personal profesional para ejercer el trabajo. Implica sentimientos de incapacidad, baja autoestima e ideas de fracaso. Sería una dimensión relativamente independiente de las anteriores.

### 3. DESARROLLO DE LAS DISTINTAS FASES DEL *BURNOUT*

Samuel H. Klarreist define el *burnout* como un proceso de progresivo deterioro emocional que podría describirse en cuatro fases:

**1ª Fase de ilusión o entusiasmo:** el sujeto se encuentra preparado psicológicamente y físicamente para “comerse el mundo”, transformarlo, hacerlo mejor, triunfar en suma. Todos sus pensamientos están dirigidos a conseguir el gran éxito en su vida. Esta fase podría coincidir con el comienzo del trabajo y es la de las grandes ilusiones, energías, expectativas y necesidades.

**2ª Fase de desilusión:** comienza a aparecer insatisfacción por la confrontación de las exageradas expectativas con la realidad. Aunque el sujeto esté desorientado y confuso y al mismo tiempo impaciente por conseguir el éxito, sigue manteniendo la idea de trabajar duro. Se encontrará irritado, desilusionado, más inseguro y habiendo perdido algo de confianza en sí mismo, pero sigue con deseos de trabajar.

**3ª Fase de frustración:** se caracteriza por desesperación, irritabilidad, falta de moderación y frustración. Comienza a culpar a otros de su falta de éxito, y a la vez pierde el entusiasmo, empieza a ser más escéptico, duro y cínico, desatendiendo las responsabilidades del trabajo. Gradualmente pierde confianza en su propia capacidad. A veces trata de superar esta fase trabajando todavía con más eficacia, lo que hace que sus compañeros no sospechen de su problema.

**4ª Fase de desesperación:** en un determinado momento tiene la sensación de que todo está perdido, de que sus expectativas y sueños nunca se realizarán. Aparece un tremendo sentimiento de fracaso, apatía, sensación de desgracia, aislamiento y

soledad. En este momento puede llegar a tener un cuadro indistinguible de depresión clínica.<sup>2</sup>

#### **4. DELIMITACIÓN DEL CONCEPTO *BURNOUT***

El término burnout se ha relacionado con tedio, estrés, insatisfacción en el trabajo, ansiedad, depresión, fatiga, aburrimiento, etc., debido a esto es difícil establecer claras diferencias entre ellos.

**a) Diferencia entre burnout y depresión:** esta diferencia es la que causa mayor polémica; algunos autores opinan que los sentimientos son algo global, difícil de manejar, de modo que cuando una persona experimenta depresión o *burnout* simplemente “se siente mal” y la diferencia entre ambas puede ser demasiado confusa. Otros autores señalan que las diferencias podrían estar no en sentimientos colaterales, sino en patrones y secuencias que se siguen durante el desarrollo de ambas; aunque se experimenten de modo parecido, tienen distintas etiologías y, por tanto, merecen nombres distintos.

**b) Diferencia entre estrés y burnout:** existen conexiones entre estos dos términos. La diferencia es que el burnout es un estrés crónico experimentado en el contexto laboral; o una posible respuesta crónica al impacto acumulativo del estrés. Estrés es una situación de un individuo, que por exigir de ellos un rendimiento superior al normal, los pone en riesgo próximo de enfermar.

**c) Diferencia con tedio o aburrimiento en el trabajo:** el *burnout* es fruto de repetidas presiones emocionales, mientras que el tedio puede resultar de cualquier presión o falta de innovación.

**d) Diferencia con la insatisfacción laboral:** son términos correlacionados pero no equivalentes. Cuando se esta “quemado” también se está poco gratificado por su

---

<sup>2</sup> González C. R, De la Gándara M. J (2004). *El médico con burnout: conceptos básico y habilidades prácticas para el médico de familia*. Madrid, España: Novartis.

labor. En la escala de evaluación del *burnout* se considera la insatisfacción en el trabajo como un componente más del síndrome, pero no necesariamente ligado a altos niveles de agotamiento emocional.

## 5. REPERCUSIONES DEL *BURNOUT* SOBRE EL PROFESIONAL

Las repercusiones sobre la salud son variables y pueden afectar en cuatro áreas:

### 5.1 Repercusiones personales y familiares

- a) **Manifestaciones psicósomáticas:** incluyen fatiga crónica, dolores de cabeza, trastornos del sueño, trastornos gastrointestinales, problemas cardiovasculares, dolores musculares y desórdenes menstruales. Éstas son manifestaciones tempranas.
- b) **Manifestaciones conductuales:** ausentismo laboral, aumento de conductas violentas y de los comportamientos de riesgo relacionados con el control de impulsos, como conducción de alto riesgo o juegos de azar, conducta suicida, abuso de fármacos y alcohol, conflictos matrimoniales y familiares.
- c) **Manifestaciones emocionales:** distanciamiento afectivo, impaciencia e irritabilidad y los celos por la posibilidad de llegar a convertirse en la persona poco estimada, que pueden degenerar en desconfianza y actitudes defensivas. Suele ser frecuente la dificultad para concentrarse, lo que produce un descenso de las habilidades de memorización de los datos, razonamientos abstractos, elaboración de juicios, etc. Todo esto influye en el rendimiento. Pueden aparecer síntomas claramente psicopatológicos de ansiedad o depresión.
- d) **Manifestaciones defensivas:** surgen de la dificultad para aceptar sus sentimientos. La negación de sus emociones es un mecanismo de defensa frente a una realidad que le es desagradable.
- e) **Consecuencias familiares:** al producirse un cambio de carácter que va desde el aislamiento a distintos grados de irritabilidad, puede afectar el sistema de comunicación familiar; generando un aluvión de conflictos y malentendidos que pueden terminar en la ruptura familiar. En la mayoría de los casos son los

familiares los primeros en darse cuenta de que algo está pasando, pero, generalmente, no son escuchados por el profesional con burnout, que suele tener una postura defensiva que genera problemas de comunicación, hasta que es demasiado tarde.

## 5.2 Repercusiones laborales

- a) **Insatisfacción y deterioro del ambiente laboral:** el afectado participa poco en la marcha del servicio o centro de salud. Sus relaciones interpersonales son escasas. La ironía y el humor sarcástico sustituyen a la cooperación y la crítica sana. Las órdenes se cumplen con dificultad. Se malinterpretan los problemas cotidianos y surgen con facilidad los “roces” entre compañeros y colegas.
- b) **Disminución de la calidad del trabajo:** se dedica menos tiempo a los pacientes, el contacto es mas frío y distante, llegándose a ignorar sus quejas, demandas o necesidades. Se toman decisiones a la defensiva, encareciendo los servicios, y luego se ignoran los resultados de dichas gestiones. El resultado final es que el profesional disminuye la calidad y aumenta el coste de los servicios que presta.
- c) **Ausentismo laboral:** si el ambiente laboral es la fuente de las tensiones, el profesional puede tratar de evitar sus obligaciones. Al principio disminuyendo la actividad en el trabajo y, en último término, faltando al mismo. El ausentismo se convierte en la respuesta al agobio laboral. El profesional puede llegar con retraso al trabajo, asistir a múltiples actividades de formación continua, incapacidades, etc. como respuesta a disminuir el tiempo de exposición al ambiente laboral. Todo esto puede terminar en el abandono de la profesión.
- d) **Reconversión profesional:** antes de llegar al abandono de la profesión, puede haber reconversión. Es decir, pasar a tareas que no impliquen el contacto directo con los pacientes, como tareas de gestión o administración, tareas de actividad política o sindical.
- e) **Abandono de la profesión:** es la consecuencia más drástica del estrés profesional mantenido. El abandono puede ser voluntario, o como consecuencia de problemas legales; pero siempre tiene una extraordinaria

repercusión negativa en la vida personal, familiar y laboral porque puede sentirse “marcado”, lo que supone un gran impacto emocional.

## **6. FACTORES DE RIESGO**

Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad.

El estrés, es toda demanda física o psicológica que se le haga al organismo, podemos dividirlo según varios factores, por ejemplo en hipoestrés (poco estrés) e hiperestrés (mucho estrés), distress (un estrés negativo, en el cual las demandas son muy grandes para nuestro organismo), eustress (estrés positivo, cuando el estrés estimula a mejorarnos y superarlo), estrés agudo (muy poco estrés pero muy fuerte, como un shock emocional) y estrés crónico (un estrés leve que dura mucho).

Hans Selye definió el estrés ante la Organización Mundial de la Salud como: "la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior".<sup>3</sup>

El *burnout* puede ser conceptualizado como un trastorno adaptativo a un estrés crónico de tipo laboral. Hay muchas causas de exigir un rendimiento superior al normal: familiares, económicas, sociales, laborales, etc. Hay muchos tipos de estresantes y de reacciones de estrés, pero el *burnout* es la forma especial, motivada por la relación entre una persona y su trabajo, y sólo sucede cuando éste consiste en manejar, en relacionarse, y en ayudar a otras personas.

Se han estudiado múltiples factores del personal sanitario relacionadas con el burnout. Se considera que lo definitivo es la interacción de las condiciones específicas del trabajo (profesión, especialidad, medio de trabajo, expectativas de los pacientes, etc.) con las características personales del trabajador como: personalidad, actitudes, expectativas, intereses, recursos aprendidos, formación, etc.

### **6.1 Factores relacionados con el trabajo clínico**

---

<sup>3</sup> Ortega Villalobos (1999, enero). Estrés y trabajo. Recuperado el 20 de septiembre del 2006, <http://www.medspain.com>



- ◆ Contacto cotidiano con la enfermedad, el dolor y la muerte.
- ◆ Cambios de las expectativas sociales sobre la salud.
- ◆ Problemas en el manejo del trabajo cotidiano en la consulta.
- ◆ Manejo de la incertidumbre.
- ◆ Dificultad de la formación continuada.
- ◆ Percepción de falta de apoyo social.
- ◆ Falta de promoción interna e inseguridad en el trabajo.

## **6.2 Factores dependientes de las características individuales**

- ◆ Personalidad
- ◆ Otros factores como la antigüedad en el puesto de trabajo, la edad y el sexo.

## **6.3 Factores relacionados con el puesto de trabajo y la organización**

- ◆ Condiciones del entorno físico: ruido, iluminación, olores, espacio.
- ◆ Burocratización: informes, certificados, estadísticas, etc.
- ◆ Aspectos organizativos

## **7. PREVENCIÓN**

El *burnout* se puede prevenir y resolver. Pero hay que tener cuidado, sobre todo porque cuando una persona está con *burnout* es peligrosamente contagiosa, es muy fácil entender sus quejas permanentes, sus actitudes negativas, sus celos y rechazos. Es claramente perceptible que cuando en un grupo hay una persona quemada, los demás tienen más riesgo de quemarse. Por lo tanto, es necesario identificarlo y ayudarlo en las fases iniciales. Cuando el síndrome ya está en fases avanzadas, el sujeto se percata de su malestar, lo predica, pero no suele aceptar que lo suyo sea un proceso patológico, simplemente cree que la culpa es del sistema y de los demás.

Las medidas de prevención y solución del burnout son diversas y son asequibles. Se puede aprender a cuidar y cuidarse a un tiempo, a sufrir estrés sin enfermarse de estrés, a sentir y padecer la injusticia o la sobrecarga sin hundirse. Es cuestión de poner en práctica ciertas normas de higiene mental y física relativamente sencillas, que casi todos conocen, pero que casi nunca se practican, por ejemplo:

- a) Centrarse en el “circulo de influencias”: analizar qué nos gustaría cambiar para trabajar mejor y que esté a nuestro alcance. Quizá no podamos modificar el sistema sanitario, pero podemos hacer otras cosas más cercanas y más rentables para nosotros.
- b) Evitar pequeñas molestias y crear hábitos agradables: disponer de una lista de molestias que nos roban energía para eliminarlas. Tener organización en nuestra área de trabajo, cuidar la imagen personal, crear hábitos diarios que nos resulten agradables, que estén a nuestro alcance y sean factibles.
- c) Trabajar mejor en lugar de trabajar más: hacer pequeños cambios que puedan hacer el trabajo menos estresante, más eficiente y más llevadero, como:
  - Establecer objetivos realistas
  - Hacer las mismas cosas, pero de manera distinta
  - Planificar adecuadamente nuestro tiempo
  - Permitirse pensar
  - Jerarquizar las actividades
  - Tomar las cosas con más tranquilidad
  - Dar tiempo a la reflexión
- d) Cuidarse a sí mismo además de a los otros: es imposible que ayudemos a los demás si, en primer lugar, no nos cuidamos a nosotros mismos.
  - Conocerse a sí mismo
  - Acentuar los aspectos positivos
  - Establecer límites o fronteras
  - Mantener la vida privada
  - Tratar específicamente los trastornos psiquiátricos si aparecen
  - Cambiar de trabajo, si fuera necesario

e) Utilizar técnicas cognitivas para el autocuidado emocional: ayudar a identificar sus pensamientos automáticos o sus creencias irracionales para cambiarlos por otros más realistas “al cambiar las cogniciones cambiarán las emociones”. Los recursos cognitivos pueden utilizarse también como prevención de la perturbación emocional o de la salud mental.

- Manejo de la autoestima
- Reestructuración cognitiva
- Habilidades sociales: asertividad
- Técnicas de afrontamiento
- Relajación y visualización
- Aserción encubierta
- Inoculación de estrés<sup>4</sup>

## **8. TRATAMIENTO**

La principal dificultad para el tratamiento es la resistencia del personal para admitir ellos mismos problemas emocionales y adoptar el rol del paciente. Actualmente se considera una enfermedad profesional. Es responsabilidad compartida, individual, colegial e institucional, la tarea de mejorar las condiciones de trabajo del personal sanitario para realizar la tarea clínica a un nivel óptimo de calidad y de eficiencia.

Los dos métodos terapéuticos más eficaces que se conocen son: las técnicas cognitivas conductuales y la psicoterapia. Ambos, por su complejidad, precisan del Psiquiatra y Psicólogo.

### **8.1 Objetivos del tratamiento psicoterapéutico**

---

<sup>4</sup>González C. R, De la Gándara M. J (2004). *El médico con burnout: conceptos básico y habilidades prácticas para el médico de familia*. Madrid, España: Novartis.

- ◆ Tener una misión común, objetivos y metas comunes es crucial para un funcionamiento adecuado del equipo de salud. Un buen líder de equipo comprometerá a los miembros del mismo a definir y redefinir con cierta regularidad las metas del grupo, en forma tal que cada uno de los miembros se sienta comprometido personalmente en el proceso de toma de decisión y sienta que su rol es importante dentro de la misión como un todo.
- ◆ Ayudar a instalar una atmósfera de calma, apoyo y falta de tensión en el servicio, de manera que los miembros del equipo se sientan bien de ir a trabajar y sientan respeto por el trabajo.
- ◆ Comprometer más activamente a los miembros del equipo en el proceso de toma de decisión respecto del cuidado de los pacientes.
- ◆ Alentar la comunicación fluida entre los miembros del equipo en el trabajo para que se beneficien del soporte social normal entre compañeros.
- ◆ Facilitar reuniones de reflexión con los miembros del equipo de salud en las transiciones difíciles (recaída, entrada en fase terminal, muerte).
- ◆ Tener la posibilidad de que el personal rote dentro y fuera del servicio cuando sea factible y deseado.
- ◆ Permitir pequeñas licencias para prevenir depresión y ausentismo consecuente.
- ◆ Aprender a ubicar los límites personales tanto de tiempo como de energía.
- ◆ Evitar el involucramiento.
- ◆ Dar a conocer las necesidades del servicio a los superiores, especialmente cuando la falta de recursos lleva a un exceso de trabajo.
- ◆ Participar en eventos sociales en el trabajo cuando sea posible.
- ◆ Mantener canales abiertos de comunicación con colegas y arreglar las diferencias menores en cuanto surjan.

## **8.2 Tratamiento farmacológico**

Se debe pensar si el *burnout* debe considerarse o no como una enfermedad, si requiere o no tratamiento farmacológico. El estar quemado genera modelos de conducta anómalos o patológicos, ya que dan lugar a incapacidad y sufrimiento.

No existe tratamiento oficialmente indicado para el *burnout*, se recurre a la automedicación; lo que implica que casi todas las personas que padecen el síndrome o están estresadas, consumen drogas para sedarse: alcohol, o para solucionar el agotamiento: cafeína, acudan a remedios caseros, placebos y soluciones naturistas, homeópatas o recurren a curanderos.

Medicamentos usados en el tratamiento del *burnout*:

- Ansiolíticos: deben ser usados con previa evaluación psiquiátrica o médica, con un plan terapéutico controlado, a corto o mediano plazo, bajo control médico, en conjunto con medidas higiénico-dietéticas, cambios en los patrones de vida y modificaciones psicosociales apropiadas.
- Antidepresivos: se deben prescribir previa valoración psiquiátrica, bajo control terapéutico, y previa modificación en los patrones de vida<sup>5</sup>

## 9. DETECCIÓN Y MEDICIÓN DEL BURNOUT

Para poder medir el grado de *burnout*, o si se padece o no, se emplea el instrumento de medida o evaluación es el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), creado por Maslach y Jackson en 1981. Este cuestionario mide la frecuencia e intensidad del burnout. Consta de 22 ítems en total (Tabla 1) y en él se pueden diferenciar tres subescalas que miden, a su vez, los tres factores o dimensiones que conforman el síndrome.

- a) **Agotamiento Emocional (AE):** “estoy quemado”, conformado por los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la

---

<sup>5</sup> González C. R, De la Gándara M. J (2004). *El médico con burnout: conceptos básico y habilidades prácticas para el médico de familia*. Madrid, España: Novartis.

intensidad del síndrome; es decir, a mayor puntuación de la subescala mayor es el nivel de *burnout* que experimenta el sujeto.

**b) Despersonalización (DP):** “no soporto a la gente”, constituida por los ítems 5, 10 11, 15 y 22. También su puntuación guarda proporción directa con la intensidad del *burnout*.

**c) Realización Personal (RP):** “no sirvo para lo que hago”, la conforman los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. En este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de *burnout*, es decir, a menor puntuación de realización o logros personales, más afectado está el sujeto.

<b>Tabla 1. Maslach Burnout Inventory (MBI)</b>
1.- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
2.- Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.
3.- Me siento fatigado cuando me levanto de la cama y tengo que ir a trabajar.
4.-Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.
5.- Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
6.- Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.
7.- Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.
8.- Me siento “quemado” por mi trabajo.
9.- Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes.
10.- Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.
11.- Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.
12.- Me siento muy activo
13.- Me siento frustrado en mi trabajo.
14.- Creo que estoy trabajando demasiado.
15.- Realmente no me preocupa lo que les ocurre a mis pacientes.
16.- Trabajar directamente con personas me produce estrés.
17.- Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.
18.- Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.
19.- He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.
20.- Me siento acabado.
21.- En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.
22.- Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas. <sup>6</sup>

<sup>6</sup> Almendro P, De Pablo G (2001, Enero). Síndrome de Burnout. Recuperado 22 de julio de 2006, <http://www.diezminutos.org/burnout.html>

La forma más actualizada del MBI y la más utilizada, emplea un sistema de respuestas que puntúan la frecuencia con que el sujeto experimenta los sentimientos enunciados en cada ítem. Utiliza el sistema de puntuación tipo Likert, con siete niveles.

0	Nunca
1	Pocas veces al año, o menos
2	Una vez al mes o menos
3	Pocas veces al mes
4	Una vez a la semana
5	Varias veces a la semana
6	Diariamente <sup>7</sup>

La relación entre puntuación y grado de burnout es dimensional. Es decir, no existe un punto de corte que indique si existe o no existe tal entidad. Lo que se ha hecho es distribuir los rangos de las puntuaciones totales de cada subescala en tres ramos que definen un nivel de burnout experimentado. (Tabla 3)

Las puntuaciones de cada subescala se computan por separado y no se combinan ni se obtiene una puntuación total del MBI. Así como se observa:

Bajo	Medio	Alto
AE = 0 < 18	AE = 19 – 26	AE = 0 > 27
DP = 0 < 5	DP = 6 – 9	DP = 0 > 10
RP = 0 > 40	RP = 34 - 39	RP = < 33 <sup>8</sup>

<sup>7</sup> Soto C, Santamaría C. (2005). Prevalencia del burnout en la enfermería de atención primaria. Revista: *Enfermería Clínica*, 15, 123-

<sup>8</sup> Molina L, Avalos M, et.al. (2005). Burnout en enfermería de atención hospitalaria. Revista: *Enfermería Clínica*, 15, 275- 281



Para llevar a cabo la aplicación de los cuestionarios se deben reunir las siguientes condiciones:

- a) Privacidad: porque las respuestas pueden ser influidas si el sujeto habla con otros trabajadores, amigos o cónyuges.
- b) Confidencialidad: debido a la naturaleza sensible de las cuestiones planteadas, es importante que el sujeto se sienta cómodo a la hora de expresar tales sentimientos. Es ideal que se responda de forma anónima.
- c) Evitar la sensibilización al burnout: para minimizar el efecto de las creencias o expectativas del sujeto es importante que los entrevistados no conozcan que están contestando un cuestionario sobre el estrés profesional.

## 10. ESTADÍSTICAS

ESTUDIO	RESULTADOS
Maslach y Jackson, 1982 (USA).	20 – 30% enfermeras con <i>burnout</i>
García Izquierdo, 1991.	17% enfermeras con <i>burnout</i>
Jorgensen, 1992.	39% estudiantes enfermería con <i>burnout</i>
Perezagua G, Vidal G y Del Río Moro, 2005 (Toledo, España), Revista: Excelencia en Enfermería.	17.83% enfermeras (os) con <i>burnout</i>
Soto C, Santamaría C, 2005 (Burgos, España), Revista: Enfermería Clínica.	19.94 enfermeras con <i>burnout</i>
Molina L, Avalos M, Giménez C, 2005, (Granada, España), Revista: Enfermería Clínica.	6.96% enfermeras (ros) están quemados
Aranda B, Pando M, et.al., 2004, (Guadalajara, México), Instituto Regional	La prevalencia encontrada sobre el síndrome de <i>burnout</i> en los médicos familiares fue del

de Investigación en Salud Pública.	42,3 %.
Sandoval, González, Sanhueza, et.al (Chile), Agrupación de médicos en etapa de destinación y formación.	El 0% padece <i>burnout</i> , el 22.72% tiene tendencia a padecer y el 77.28% no padece
Martínez L, López-Solache, 2005 (Ciudad de México), Revista: Archivos de Medicina Familiar	29.8% enfermeras y 63.4% enfermeros con niveles altos en EA, DP y RP En niveles moderados: 51.2% enfermeras y 28.2% enfermeros. Niveles bajos: 19.1% para enfermeras y el 8.5% para enfermeros.
Cabrera, López, Salinas, et.al., (Guanajuato, México) 2005, Revista Medica del IMSS.	El 39% de las enfermeras mostraron datos compatibles con el síndrome de <i>burnout</i> .
Baéz H, Castro E, Ramírez L, et.al., 2005, (Nuevo León, México)	40.7% de las enfermeras se han enfermado por trabajar en forma excesiva. 92.5% siente que su salud se ha visto afectada debido a la fatiga laboral.
Hernández V, Juárez G, Hernández M, et.al., 2005, (México, Distrito Federal), Revista de Enfermería del IMSS	En el 67% de las enfermeras predominó el <i>burnout</i> en nivel medio; 19% en nivel bajo y el 14% en nivel alto.

## 11 ANTECEDENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

El Hospital General de México desde sus inicios ha sido un nosocomio en donde se atienden a miles de pacientes y la carga de trabajo para el personal del área de enfermería es excesiva. Por lo cual es un buen campo de estudio para la investigación sobre este tema.

El origen del Hospital General de México, abarca desde la época de la colonia española en México cuando con la llegada de los españoles al nuevo continente arribaron varias órdenes religiosas, quienes bajo el concepto medieval de “Caridad”, proporcionaron los primeros servicios hospitalarios, con la vieja tradición de ser al mismo tiempo, hospederías, orfanatos, asilos y sanatorios.

El Hospital General de México fue inaugurado el 5 de febrero de 1905 por el Presidente Porfirio Díaz, con la presencia del Dr. Liceaga y su primer director, el Dr. Fernando López, todo el personal que integraba este nuevo Hospital contaba con nombramiento firmado por el mismo Presidente Díaz, así mismo cabe resaltar que los gastos de los servicios públicos de salud comenzaron a tomarse en cuenta en el presupuesto de egresos de la federación.

La institución desde sus inicios, funcionó como establecimiento de beneficencia a cargo del Poder Ejecutivo de la Secretaría de Estado y Gobernación para la asistencia gratuita de enfermos indigentes sin importar edad, sexo, raza, nacionalidad ni creencias religiosas, principios que a la fecha perduran y motivan el trabajo que se desarrolla en el Hospital.

En 1906, el Hospital comienza su historia como parte fundamental en la formación de profesionales en la salud en México al establecer la primer Escuela de Enfermería del país, inaugurada formalmente el 3 de octubre de 1906.

En 1924, el Doctor Genaro Escalona asume la dirección del Hospital, iniciando así, una de las etapas más florecientes del establecimiento de la medicina en México; durante su gestión rompe con los moldes establecidos, eleva el nivel hospitalario e impulsa decididamente la investigación científica.

En 1937 el Doctor Ignacio Chávez fue nombrado director del hospital y comenzó una campaña de promoción para reforzar e institucionalizar los cursos para médicos ya graduados.

En 1970, el Doctor Héctor Abelardo Rodríguez Martínez plantea la creación de un

Museo de Anatomía Patológica, el cual, actualmente cuenta con 700 piezas, algunas únicas en el mundo y otras peculiares, como por ejemplo el hígado del General Lázaro Cárdenas.

Bajo la dirección del Doctor José Kuthy Porter, en 1985 el Hospital General de México enfrentó una de las pruebas más duras de su existencia, el terremoto que se registró en la Ciudad de México destruyó la unidad de Gineco - obstetricia y la Residencia de los Médicos, además de incontables pérdidas humanas entre pacientes, médicos, residentes y enfermeras.

La reconstrucción física del Hospital se llevó a cabo durante los tres años siguientes, en 1989, ya completamente rehabilitado, asume la dirección del Hospital el Doctor José Luis Ramírez Arias, quien se encarga de la implementación de diferentes políticas gubernamentales como el Programa Nacional de Solidaridad de 1991 a 1995.

En enero de 1999, la junta de Gobierno del Hospital General de México designó al Doctor Francisco Higuera Ramírez para el período 1999-2003, y fue ratificado en su puesto en enero de 2004 para el período 2004-2009.

Actualmente, la planta física de forma horizontal del Hospital, cuenta con una superficie total de 12.52 hectáreas de las cuales 6.63 están construidas y el resto son jardines, explanadas y corredores. De los 50 edificios, 33 pertenecen al área médico asistencial y 17 a las áreas de gobierno, enseñanza e investigación y servicios generales.

La capacidad física instalada es de 937 camas censables y 220 camas no censables, 42 salas quirúrgicas, 4 salas de expulsión y 14 salas de procedimientos, 20 ceyes, 9 salas de terapia intensiva, 2 cuneros, 4 áreas de admisión, 10 salas de recuperación, 183 consultorios, 24 salas de espera, 27 salas de rayos X, 12 áreas de laboratorio, 1 sala de aféresis, 1 sala de sangría, 12 salas de ultrasonido, 1 sala de endoscopía, 10 cubículos de terapia de lenguaje, 1 de anatomía patológica, 2 auditorios y 57 aulas.

Los recursos humanos con que cuenta el Hospital al cierre del año 2003, son 6,250 de los cuales corresponden a médicos 15.41% (963 plazas), enfermería 27.07% (1,692 plazas), paramédicos 25.78% (1,611 plazas), afín administrativa 23.15% (1,447 plazas), investigación 0.35 (22 plazas), residentes 6.16% (451 plazas), internos de pregrado 1.52% (29 plazas) y mandos medios y superiores 0.56% (35 plazas).

El Hospital General de México se ha destacado por brindar atención médica especializada a millones de mexicanos, se atiende esencialmente a pacientes de escasos recursos económicos, aquellos que no están registrados en la seguridad social ni tienen acceso a la medicina privada, cuya procedencia es el D.F. (66%), Estado de México (29%) y demás Estados de la República (5%).

El Hospital cuenta con 40 servicios, donde cada uno de ellos ofrece a los usuarios atención de segundo y tercer nivel hospitalario. Cuenta además con áreas dedicadas a la enseñanza, la investigación y la enfermería.

Los servicios son los siguientes:

SERVICIOS HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO			
Oftalmología	Oncología	Genética	Medicina General
Otorrinolaringología	Geriatría	Patología	Farmacología Clínica
Audiología y Foniatría	Terapia Intensiva	Banco de Sangre	Neumología
Cirugía General	Anestesiología	Medicina Física y Rehabilitación	Reumatología
Urología	Quirófano Central	Urgencias	Neurología

Nefrología	Clínica del dolor	Cirugía Experimental	Infectología
Gastroenterología	Laboratorio Central	Pediatría	Endocrinología
Ortopedia	Radiología e Imagen	Cardiología	Medicina Preventiva
Cirugía Plástica	Medicina Interna	Alergia e Inmunología	Dermatología <sup>9</sup>

---

<sup>9</sup>[www.hgm.gob.mx](http://www.hgm.gob.mx), recuperado el 23 de septiembre de 2006.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuando las respuestas al estrés de los individuos se producen de manera continua en el lugar de trabajo a causa de este estrés laboral, la situación es preocupante porque afecta de manera considerable a la institución de salud. Altas tasas de estrés entre los empleados de una organización afectan la eficacia organizacional.

No existen situaciones estresantes por sí mismas, sino que ello depende de que la persona las interprete como tales, sin embargo existen ciertos trabajos y ciertas organizaciones en las que por determinadas circunstancias el estrés es sensiblemente mayor que en otras.

Dentro de las nuevas formas de enfermarse aparece el síndrome de *burnout*, que surge en sociedades desarrolladas, de alta mecanización donde más del 50% de la población desarrolla su trabajo en el sector de servicios.

Dentro de las principales fuentes de estrés destacan las condiciones físicas, condiciones horarias, demandas específicas del puesto de trabajo, contenido del puesto, desempeño del rol laboral, relaciones interpersonales, variables organizacionales, situación de la empresa y algunas otras.

El síndrome de *burnout* se invoca como responsable de la desmotivación que sufren los profesionales sanitarios actualmente, con la consiguiente disminución del rendimiento.

Debido a numerosas investigaciones en el área de la salud, a nivel internacional, donde se pone de manifiesto esta enfermedad que afecta especialmente al personal sanitario, es de vital importancia realizar investigaciones similares en nuestro país, con el propósito de saber qué tan afectado está el personal de salud en México y si

este síndrome es el causante del mal trato del que se quejan los pacientes que son atendidos en instituciones gubernamentales.

### III. HIPÓTESIS

En el área de urgencias del Hospital General de México existen un total de 56 enfermeras (-os) encargados de atender a los pacientes que necesitan del servicio en cualquiera de los tres turnos (matutino, vespertino y nocturno). De éstos, 50 son mujeres y 6 hombres.

#### a) Hipótesis alterna (Ha)

El 45% del personal de enfermería del área de urgencias del Hospital General de México, presentará síndrome de *burnout*.

Dentro de las subescalas se encontrará:

El personal estará afectado en un 40% en el Agotamiento Emocional (AE)

El personal estará afectado en un 30 % en la Despersonalización (DP)

El personal estará afectado en un 30% en la Realización Personal (RP)

#### b) Hipótesis nula (Ho)

El 45% del personal de enfermería del área de urgencias del Hospital General de México, no presentará síndrome de *burnout*.

Dentro de las subescalas:

El personal no estará afectado en un 40% en el Agotamiento Emocional (AE)

El personal no estará afectado en un 30 % en la Despersonalización (DP)

El personal no estará afectado en un 30% en la Realización Personal (RP)



## IV. OBJETIVOS

### a) **Objetivo general:**

Medir la presencia del síndrome de *burnout* en enfermeras (-os) que trabajan en el área de urgencias del Hospital General de México, así como las características personales y laborales que se asocian a dicho síndrome.

### b) **Objetivos específicos:**

1.- Conocer las características laborales del personal de enfermería de atención de urgencias y su posible relación con el desgaste profesional.

2.- Determinar si un elevado nivel de desgaste profesional puede alterar el estado de salud mental de los trabajadores.

## V. MATERIAL Y MÉTODOS

### a) Tipo de estudio

Descriptivo y transversal<sup>10</sup>

### b) Definición del universo

Enfermeras (-os) que laboran en el área de urgencias del Hospital General de México

### c) Tamaño de la muestra

El 100% de las enfermeras (-os)

### d) Definición de variables

- Se considerará como bajo

$$AE = 0 < 18$$

$$DP = 0 < 5$$

$$RP = 0 > 40$$

- Se considerará como medio

$$AE = 19 - 26$$

$$DP = 6 - 9$$

$$RP = 34 - 39$$

- Se considerará como alto

$$AE = 0 > 27$$

$$DP = 0 > 10$$

---

<sup>10</sup> Estudio Descriptivo: su principal finalidad es la de describir la frecuencia y las características más importantes de un problema de salud en una población. Proporciona datos que conduzcan a la formulación de hipótesis, sirviendo de base para otros estudios.

Estudio transversal o de prevalencia: se trata de estudios en los que en una población se valora una enfermedad y la exposición a uno o varios factores de riesgo en un momento determinado, analizándose la prevalencia de la enfermedad en las personas expuestas y no expuestas. La característica principal es que la enfermedad y la exposición se observan de forma simultánea e instantánea, en un momento del tiempo, sin que se haga seguimiento del mismo.

Santos H., Rodríguez A. et. al. (2004). *Metodología básica de investigación en Enfermería*. Madrid, España: Díaz de Santos

RP = < 33

**e) Criterios de inclusión**

Enfermeras (-os) que laboren en el área de urgencias.

**f) Criterios de exclusión**

Sujetos que no laboren en el área de urgencias del Hospital General de México.

Sujetos que no quieran participar en el estudio.

**g) Criterios de eliminación**

Cuestionarios incompletos

Personas que no se encuentren laborando en la fecha de aplicación de los cuestionarios.

**h) Definición de variables y unidades de medición**

- Se utiliza el sistema de puntuación tipo Likert, con siete niveles:
  0. nunca
  1. pocas veces al año, o menos
  2. una vez al mes o menos
  3. pocas veces al mes
  4. una vez a la semana
  5. varias veces a la semana
  6. Diariamente
  
- Edad en años: se preguntará a los participantes su edad en bloque de 10 años.
- Estado civil: se les pedirá a las enfermeras (-os) su estado civil: soltero, casado, unión libre, divorciado o viudo.
- Años laborando: los involucrados marcarán en años el tiempo que tienen trabajando como enfermeras (-os) y en el área de urgencias.

- Tiempo de traslado al centro de trabajo en horas: indicarán cuánto tiempo hacen de su casa al centro de trabajo.

**i) Selección de las fuentes, métodos, técnicas y procedimientos de recolección**

1. Cuestionarios anónimos que contienen los datos de las variables del estudio: edad, sexo, estado civil, número de hijos, situación laboral, tiempo de trabajo como enfermera (-o), turno de trabajo, tiempo de traslado al centro de trabajo, si es fumador, o se consumen bebidas alcohólicas.
2. Maslach Burnout Inventory (MBI), creado por Maslach y Jackson, en su adaptación española. Se trata de un cuestionario auto administrado, que consta de 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional hacia su trabajo y hacia los pacientes. Altas puntuaciones en las dos primeras escalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno. El cuestionario tiene una estructura tridimensional y a partir de ella se define tres subescalas o dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) para designar un sujeto quemado.

## **VI. ASPECTOS ÉTICOS**

La persona humana es tan valiosa que merece ser respetada y nunca debe ser manipulada y tratada como una cosa, como un medio a utilizar para lograr nuestros fines personales. Por tanto se exigen tres actitudes:

1. Respeto por las personas que no deseen participar.
2. Cumplimiento de los lineamientos que el hospital imponga.
3. Confidencialidad en la información proporcionada

## VII. RESULTADOS

De los 56 participantes iniciales, se anularon 4 debido a que los colaboradores se encontraban de incapacidad, 6 por estar de vacaciones, 2 por licencia, 3 por deficiente relleno del cuestionario y 5 por no querer participar; quedando un total de 36 participantes.

De los 56 profesionales iniciales (100%) contestaron 36, es decir una respuesta del 64.28%.

- Distribución por sexo: (Anexo 1)

14% varones

86% mujeres.

- Distribución por edad: (Anexo 2)

31 a 40 años (44%)

41 a 50 años (31%)

20 a 30 años (19%)

Más de 51 años (6%)

- En cuanto al estado civil: (Anexo 3)

33% son solteros

48 % son casados

19% viven en unión libre

0% divorciados

0% viudos

- Años de relación con su pareja: (Anexo 4)

22% tiene viviendo con ella más de 16 años

19% de uno a cinco años

19% de seis a diez años

6% llevan de 11 a 15 años

- Número de hijos: (Anexo 5)

64% tienen de 1 a 2 hijos

22% no tiene hijos

14% tiene entre 3 a 4 hijos

- Años que llevan ejerciendo su profesión: (Anexo 6)

44% tiene entre 11 a 20 años

39% de 2 a 10 años

17% de 21 a 30 años

- Años ejerciendo la profesión en el área de urgencias: (Anexo 7)

50% entre 2 a 10 años

36% entre 11 a 20 años

8% entre 21 a 30 años

6% menos de un año en el servicio.

- Turno en el que laboran: (Anexo 8)

53% turno nocturno

25% turno matutino

22% turno vespertino

Los valores obtenidos en las distintas subescalas del MBI son:

◆ Agotamiento Emocional (Anexo 9)

Bajo = 81%, (29)

Medio = 8%, (3)

Alto = 11%, (4)

◆ Despersonalización (Anexo 10)

Bajo = 64%, (23)

Medio = 14%, (5)

Alto = 22%, (8)

◆ Realización personal (Anexo 11)

Bajo = 25%, (9)

Medio = 17%, (6)

Alto = 58%, (21)

● **Análisis de resultados**

Relacionando los resultados obtenidos, se puede decir que: (Anexo 12)

- El 19.3% del personal del área de urgencias del Hospital General de México que participó en el estudio **padece el síndrome de *burnout***.
- El 67.6% del personal del área de urgencias del Hospital General de México que participó en el estudio **no padece el síndrome de *burnout***.
- El 13% está en **riesgo de padecer el síndrome de *burnout***.

Dentro de las subescalas se encontró: (Anexo 13)

Agotamiento Emocional, un 11% está afectado



Despersonalización, el 22% se encuentra afectado

Realización Personal, un 9% presenta afectación

## VIII. CONCLUSIONES

El índice de participación obtenido (64.28%) es bajo comparado con otros estudios realizados en España. La tasa de respuesta puede hacer pensar que las enfermeras (-os) del servicio de urgencias en donde se realizó la encuesta no están lo suficientemente interesados en el tema del desgaste profesional.

Se ha detectado que el 19.3% del personal del área de urgencias del Hospital General de México que participó en el estudio padecen el síndrome de *burnout*, esta cifra es diferente a las aportadas por otros trabajos similares. Los niveles elevados de burnout pueden representar una amenaza seria para su calidad de vida personal y laboral, y afectar a la calidad asistencial.

No se pudo comparar el desgaste profesional entre hombres y mujeres, debido a que hay más mujeres involucradas que hombres. Pero se puede pensar que hay más desgaste en las mujeres debido a que compatibilizan su trabajo con una serie de obligaciones familiares y domésticas, aspectos que son vividos de forma distinta por los varones.

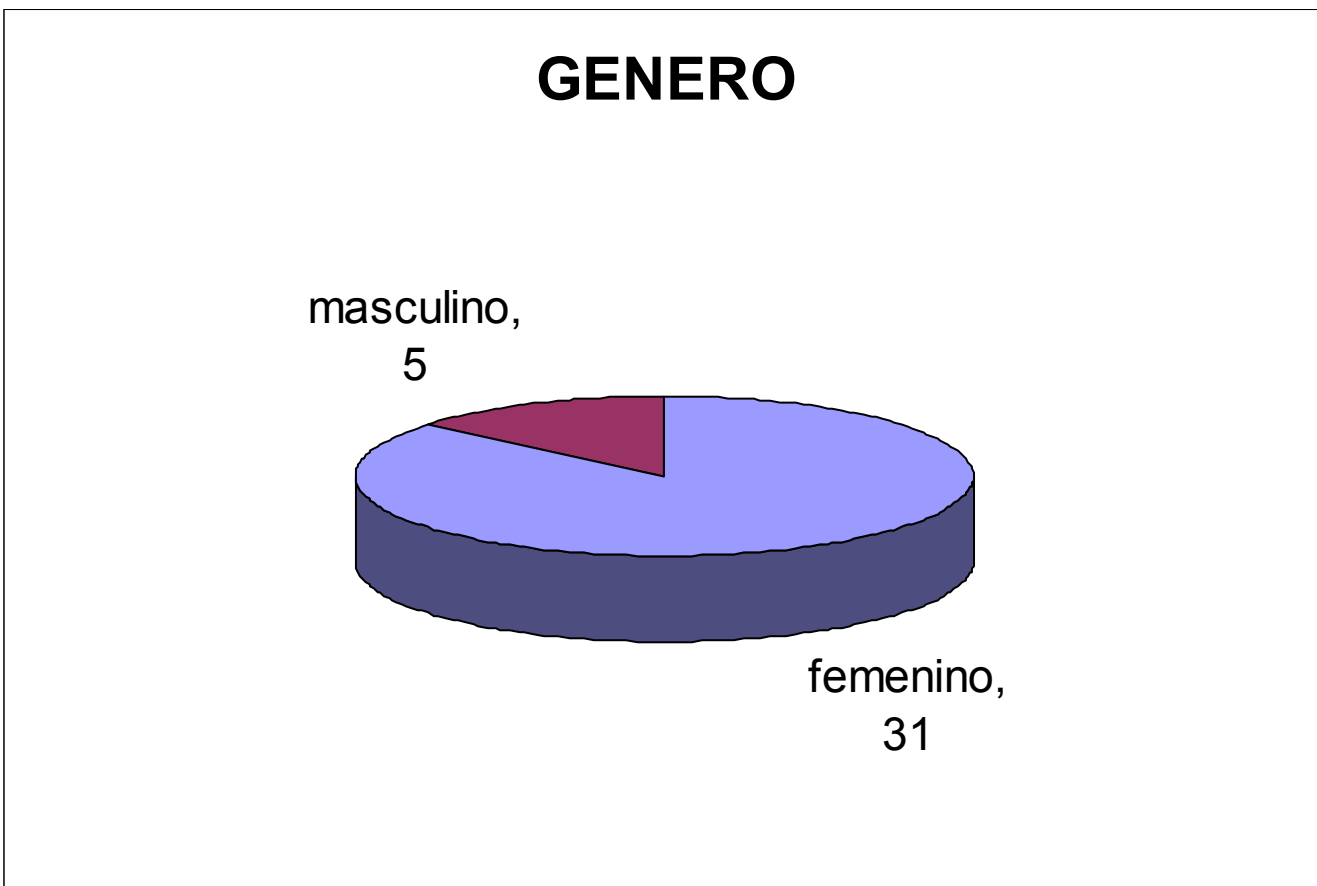
Nos damos cuenta que los resultados obtenidos son bajos con respecto a la hipótesis planteada, esto puede ser debido a que los participantes hayan manipulado las respuestas, ya que durante un período de observación hacia los participantes, se pensó que muchos de ellos podían padecer el síndrome, debido a que el trato al paciente era deficiente, los comentarios entre compañeros eran malos y la carga de trabajo es excesiva.

La Dirección de enfermería del Hospital debería adoptar medidas correctoras en el personal, especialmente en el afectado, para evitar que la calidad de atención hacia

los pacientes sea deficiente y deshumanizada. Estos resultados pueden conducir a los profesionales de enfermería a conocer y practicar medidas para combatir la aparición de *burnout*.

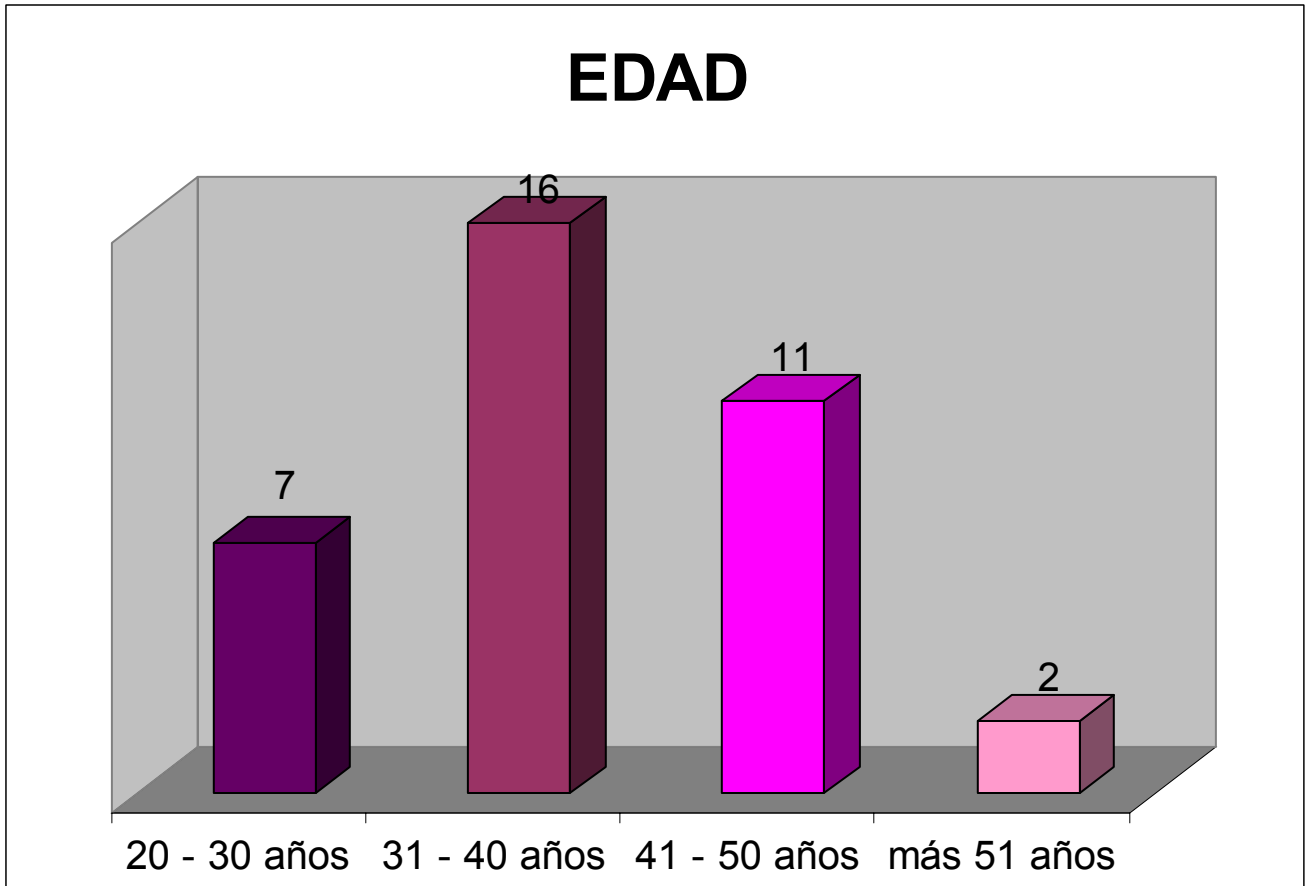
## IX. ANEXOS

### ANEXO 1



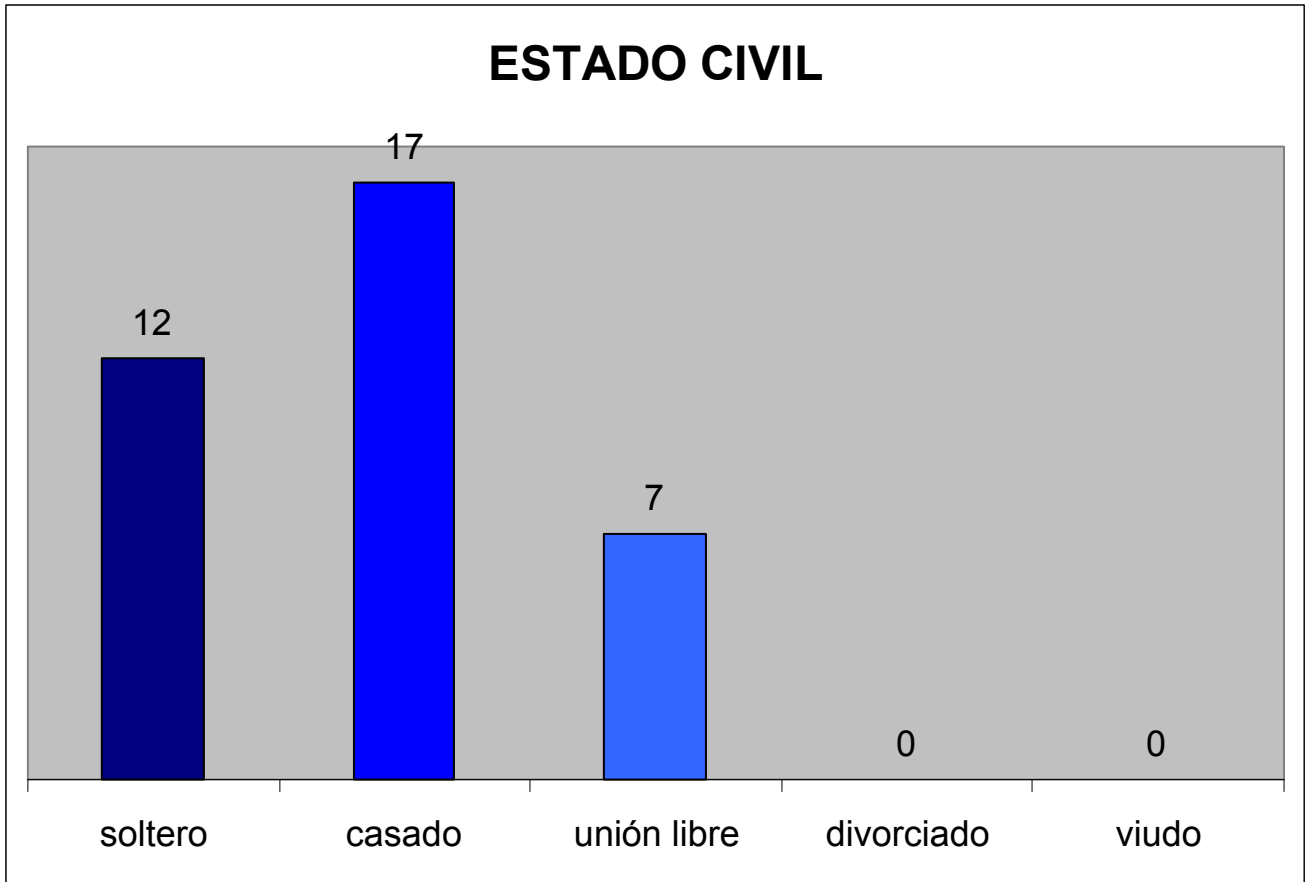
femenino	31	86%
masculino	5	14%

ANEXO 2



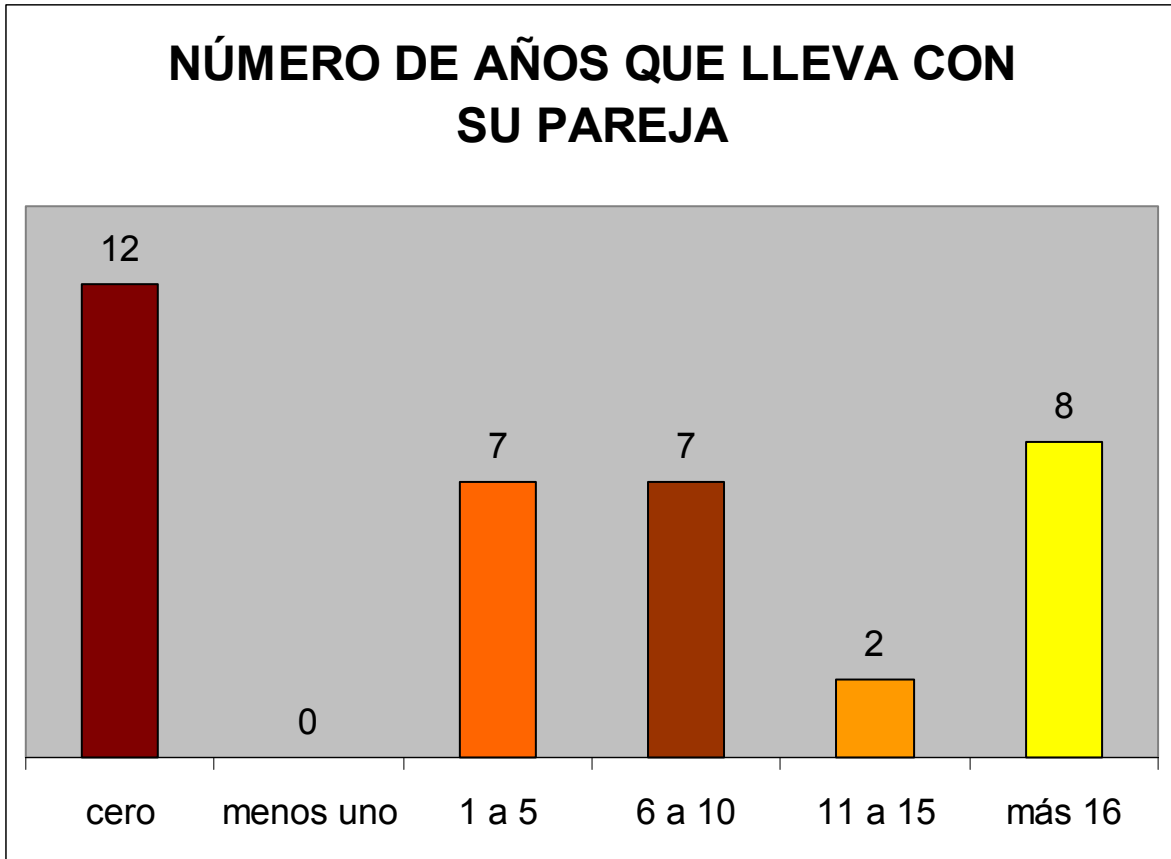
20 - 30 años	7	19%
31 - 40 años	16	44%
41 - 50 años	11	31%
más 51 años	2	6%

ANEXO 3



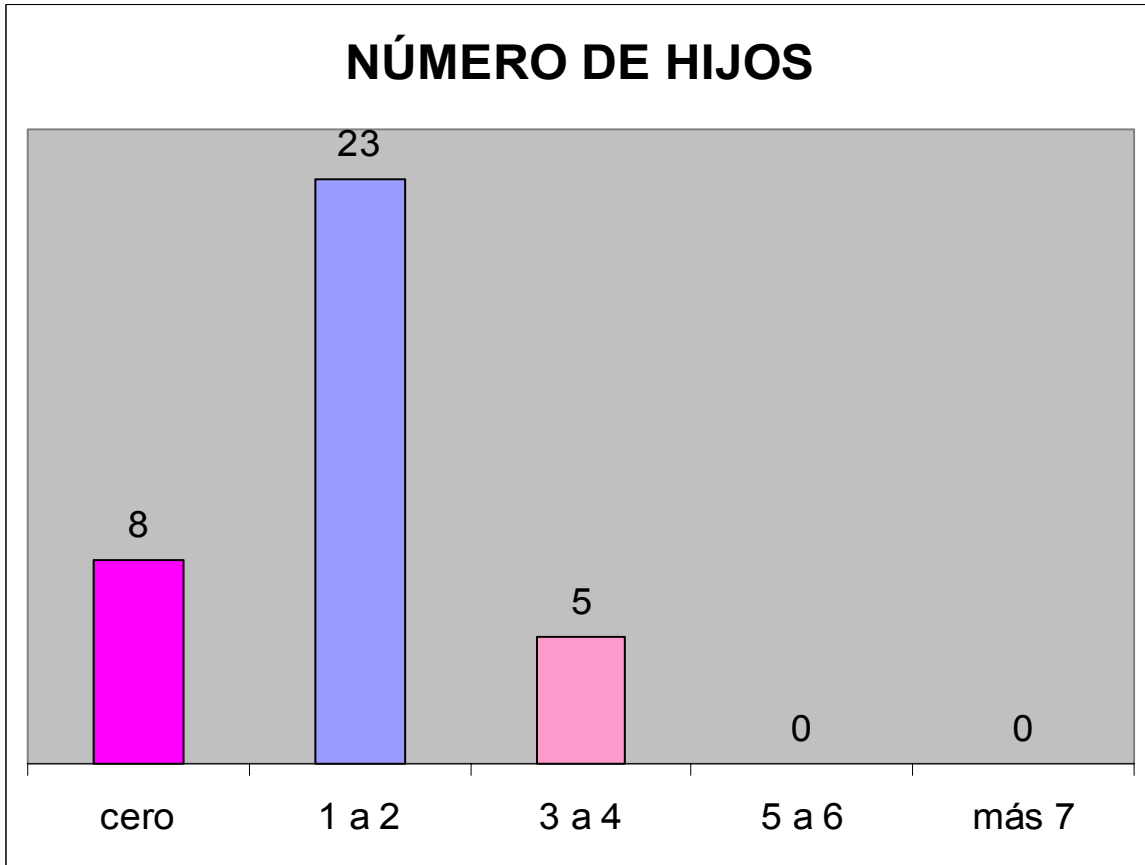
soltero	12	33%
casado	17	48%
unión libre	7	19%
divorciado	0	0%
viudo	0	0%

ANEXO 4



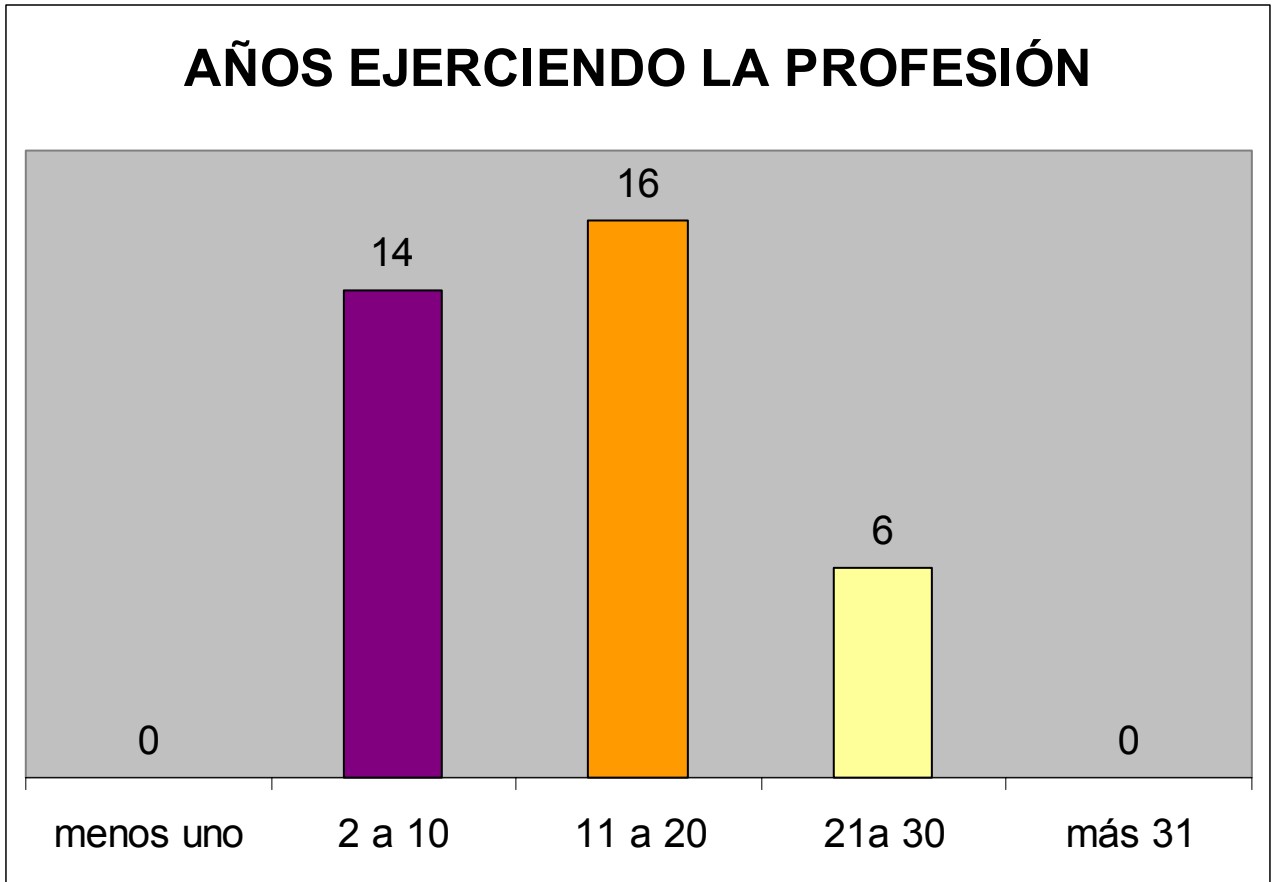
cero	12	34%
menos uno	0	0%
1 a 5	7	19%
6 a 10	7	19%
11 a 15	2	6%
más 16	8	22%

ANEXO 5



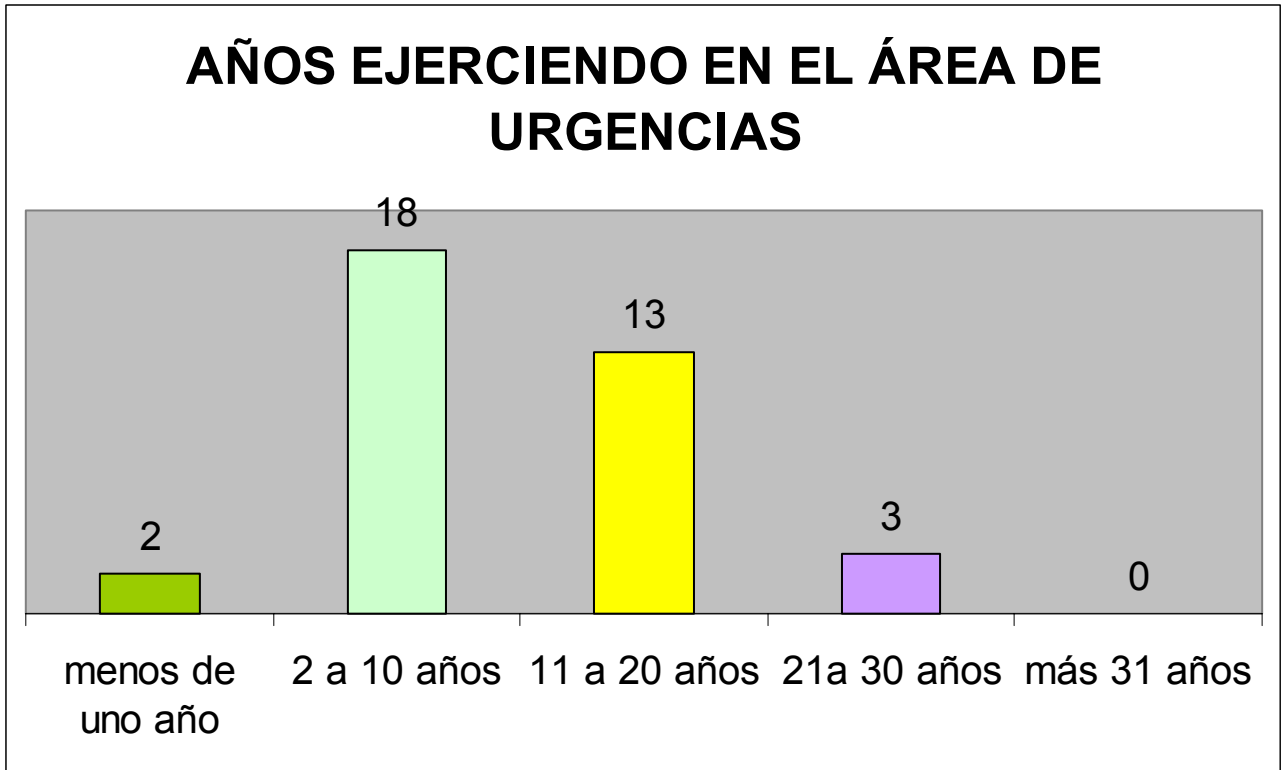
cero	8	22%
1 a 2	23	64%
3 a 4	5	14%
5 a 6	0	0%
más 7	0	0%

ANEXO 6



menos uno	0	0%
2 a 10	14	39%
11 a 20	16	44%
21a 30	6	17%
más 31	0	0%

ANEXO 7

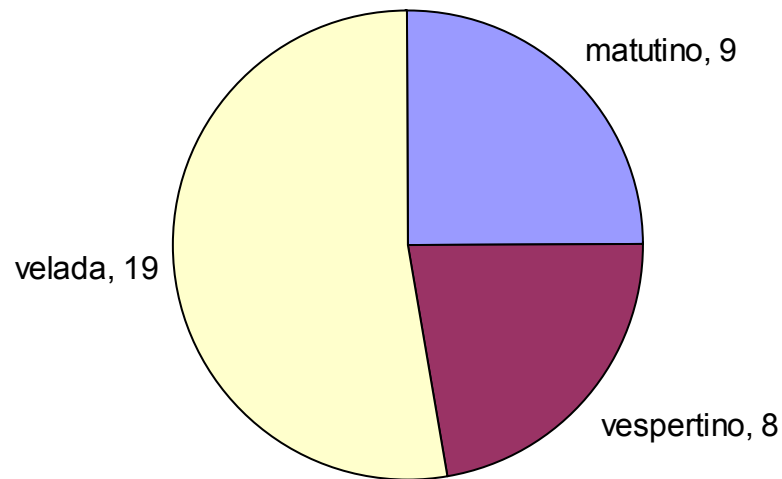


menos uno año	2	6%
2 a 10 años	18	50%
11 a 20 años	13	36%
21 a 30 años	3	8%
más 31 años	0	0%



## ANEXO 8

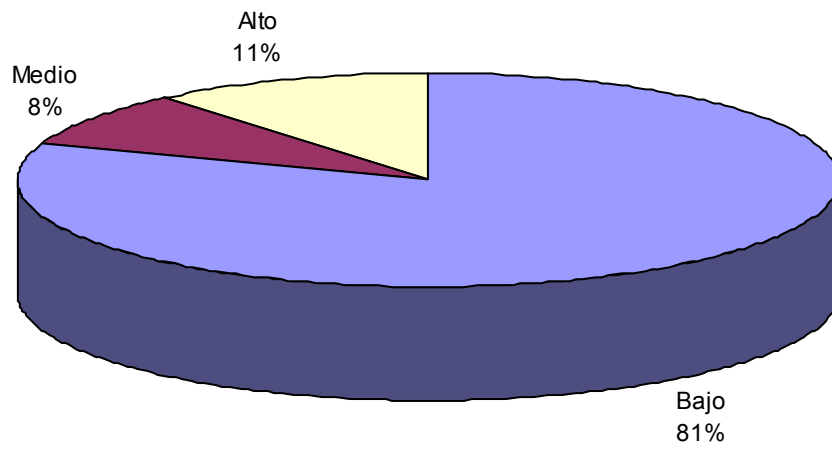
### TURNO DE TRABAJO



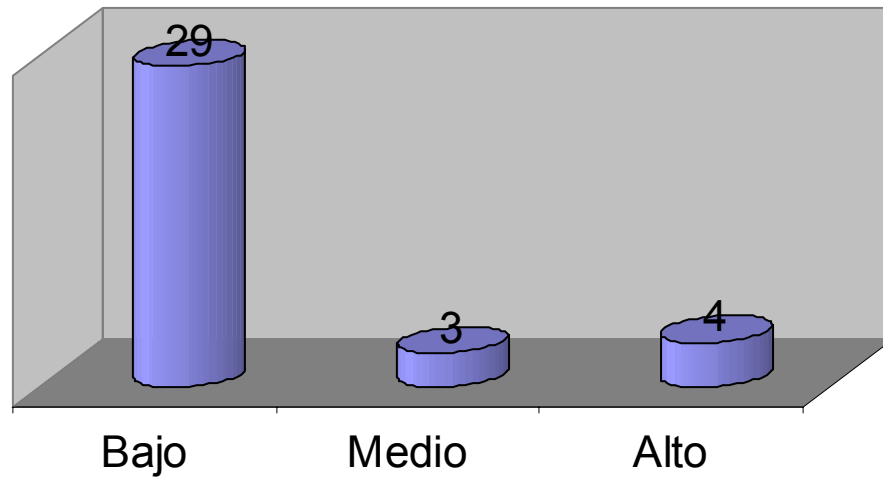
matutino	9	25%
vespertino	8	22%
velada	19	53%

ANEXO 9

**AGOTAMIENTO EMOCIONAL (AE)**

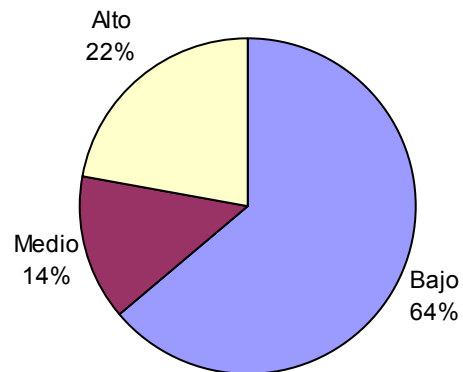


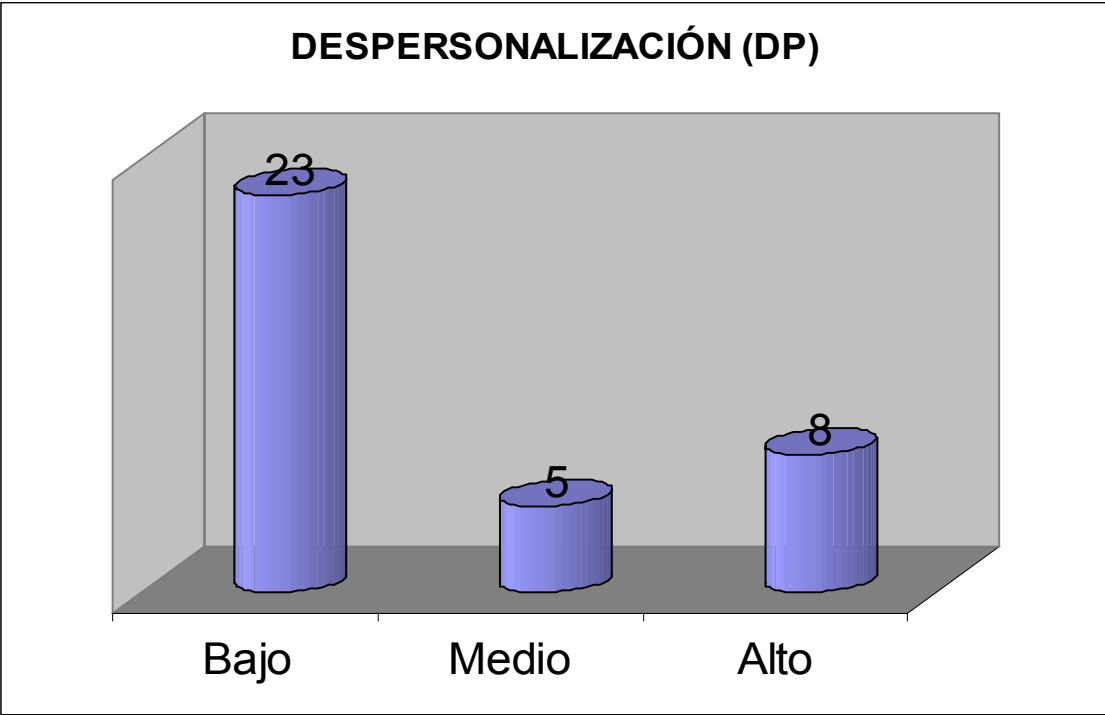
### AGOTAMIENTO EMOCIONAL (AE)



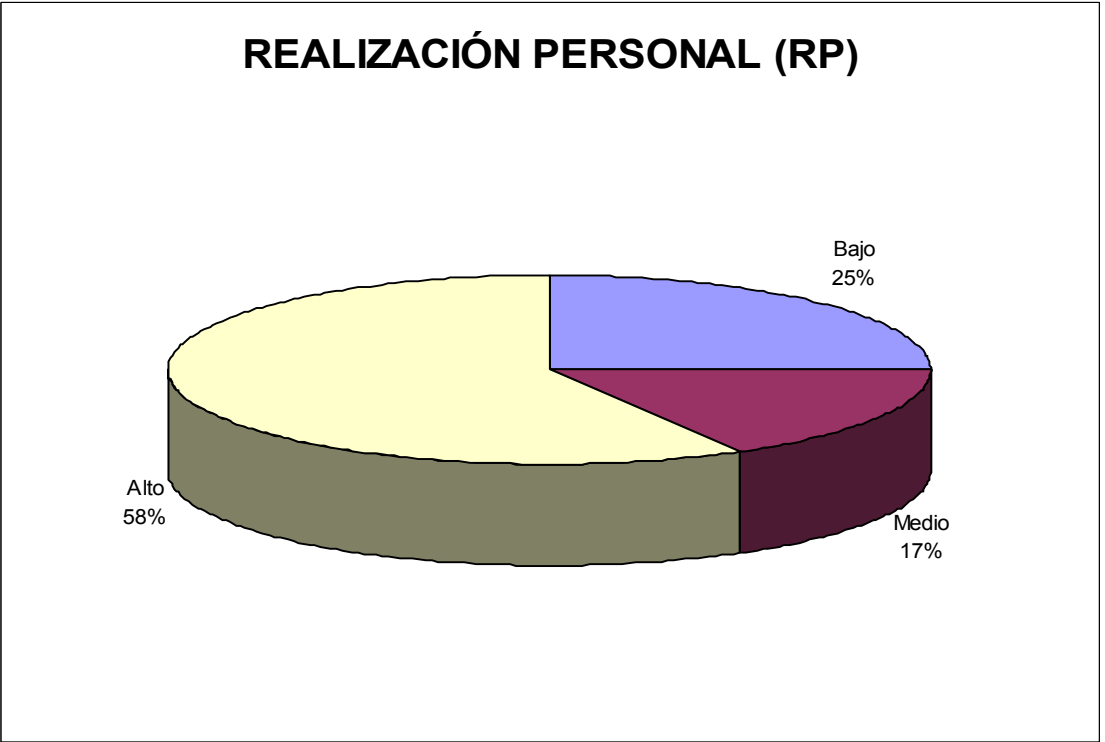
### ANEXO 10

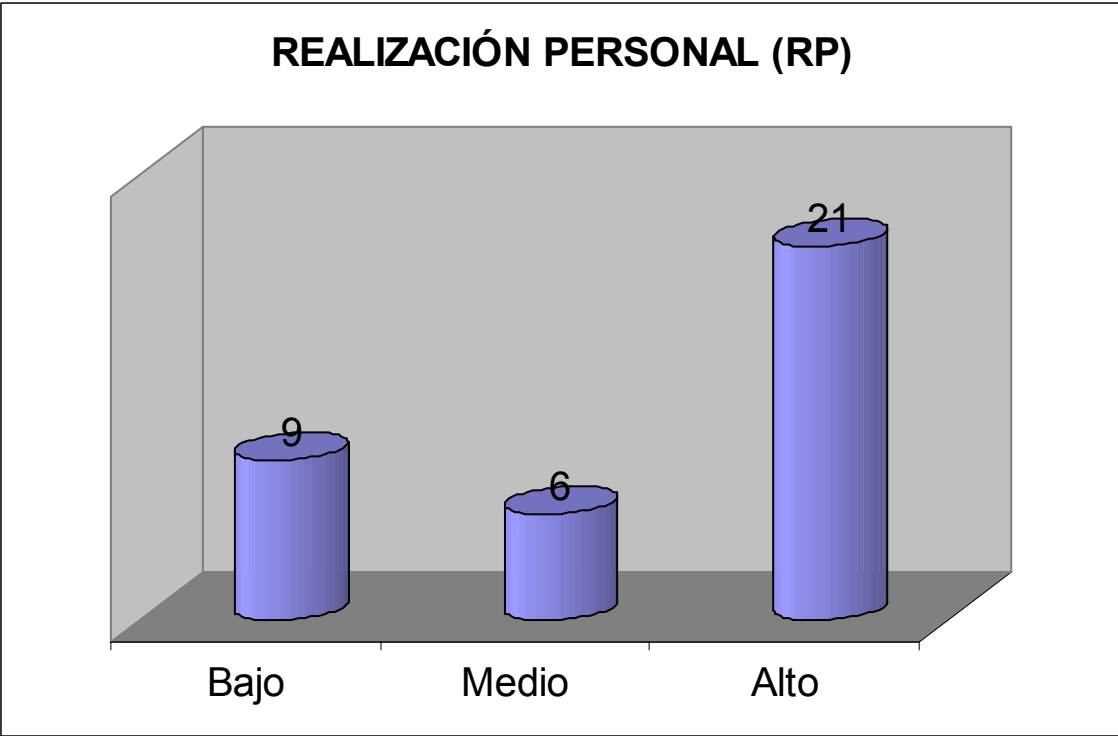
### DESPERSONALIZACIÓN (DP)





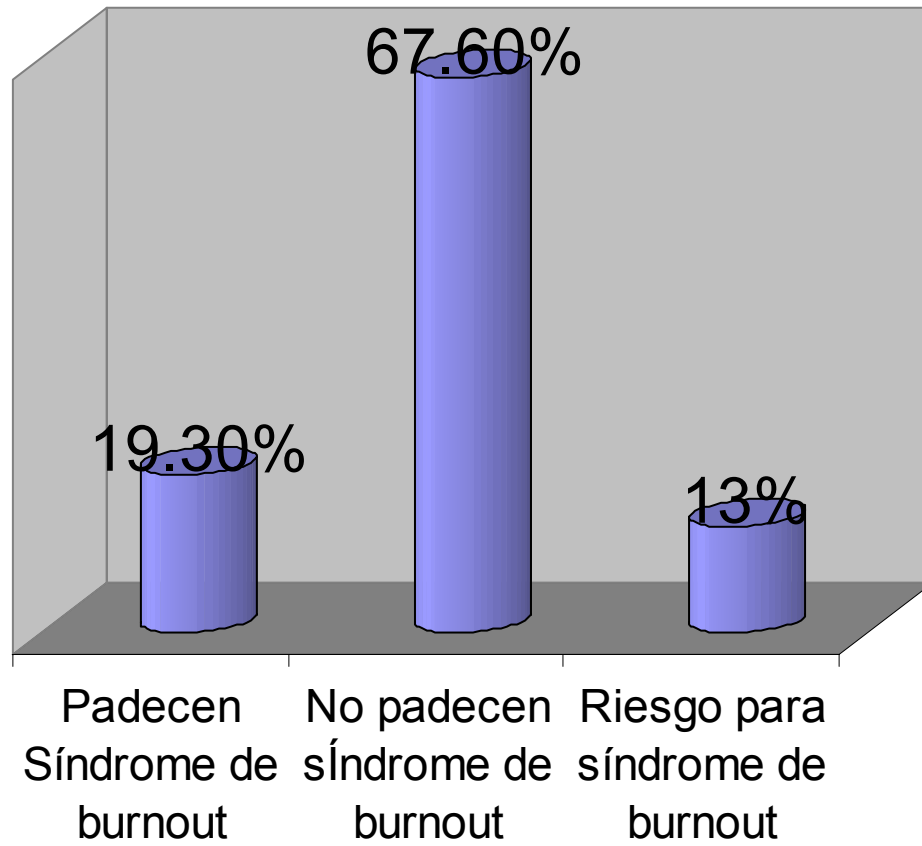
ANEXO 11



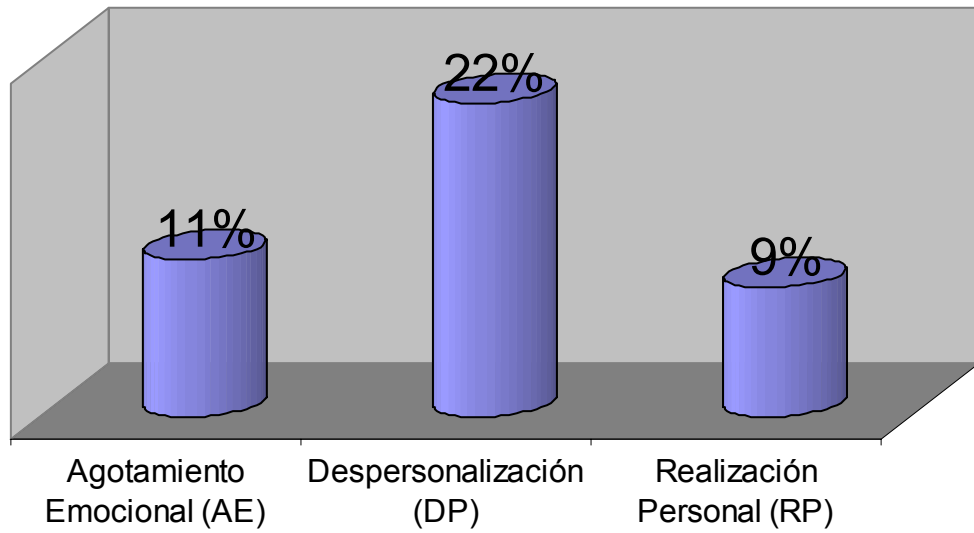


ANEXO 12

## RESULTADOS FINALES



## RESULTADO FINAL DE LAS SUBESCALAS



## X. BIBLIOGRAFÍA

1. González C. R, De la Gándara M. J (2004). *El médico con burnout: conceptos básico y habilidades prácticas para el médico de familia*. Madrid, España: Novartis.
2. Santos H., Rodríguez A. et. al.( 2004). *Metodología básica de investigación en Enfermería*. Madrid, España: Díaz de Santos.
3. Soto C, Santamaría C. (2005). Prevalencia del burnout en la enfermería de atención primaria. Revista: *Enfermería Clínica*, 15, 123-129.
4. Molina L, Avalos M, et.al. (2005). Burnout en enfermería de atención hospitalaria. Revista: *Enfermería Clínica*, 15, 275- 281.
5. Hernández V, Espino V. (2005). Prevención primaria de Enfermería para disminuir el Síndrome de Burnout en profesores universitarios. Revista: *Desarrollo Científico en Enfermería*, 13, 43- 47.
6. Perezagua G, Vidal G, et.al. (2005,Febrero) Burnout en enfermeras del Hospital Virgen de la Salud: Enfermeras de Urgencias vs. Enfermeras resto Hospital. *Revista Excelencia en Enfermería*, 3. Recuperado el 12 de junio de 2006, de <http://www.ee.isics.es>
7. Almendro P, De Pablo G (2001, enero). *Síndrome de Burnout*. Recuperado 22 de julio de 2006, <http://www.diezminutos.org/burnout.html>
8. Reyes P. (2002, septiembre). *Guía práctica para la redacción y desarrollo de trabajos escritos*. Recuperado el 28 de enero del 2004, [http://biblio.upra.edu/guia\\_redacción\\_enfe.doc](http://biblio.upra.edu/guia_redacción_enfe.doc)
9. Ortega Villalobos (1999, enero). Estrés y trabajo. Recuperado el 20 de septiembre del 2006, [http://www.medspain.com/n3\\_feb99/stress.htm](http://www.medspain.com/n3_feb99/stress.htm)



10. Spinetta, Jancovic, et.al, (2000), *Recomendaciones para el reconocimiento, prevención y solución del síndrome de burnout en los profesionales de la salud comprometidos en la asistencia del niño con cáncer*. Reporte del comité de trabajo sobre aspectos psicosociales en oncología pediátrica de la sociedad internacional de oncología pediátrica. Recuperado el 25 de septiembre de 2006, <http://www.fundacionflexer.org/docs/burnout.pdf>
  
11. Aranda Beltrán, Pando Moreno, et.al (2004, octubre). *Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México*. Recuperado el 25 de septiembre de 2006, [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31\\_2\\_05/sp05205.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_2_05/sp05205.htm)
  
12. Hernández V, Juárez G, Hernández M, et.al (2005). Burnout y síntomas somáticos cardiovasculares en enfermeras de una institución de salud en el Distrito Federal. *Revista de Enfermería del IMSS*, Vol.13, num. 3, pp.125 – 131.
  
13. Báez H, Castro E, Ramírez L, et.al (noviembre 2005). Determinación de fatiga física en enfermeras que laboran en el área de emergencia del IMSS. Pag. 54 – 63. Memorias del VII Congreso internacional de Ergonomía. Nuevo León, México.
  
14. Cabrera G, López R, Salinas T, et.al. (2005). Burnout syndrome among Mexican hospital nursery staff. *Revista de Enfermería del IMSS*, Vol. 43, num.1, pp. 11 – 15. [www.medigraphic.com](http://www.medigraphic.com), recuperado el 12 de septiembre de 2006.

15. Martínez L, López S. (enero-abril, 2005). Características del síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Archivos en Medicina Familiar*. Vol.7, num.1, pp. 6-9. Recuperado el 28 de septiembre de 2005 [www.medigraphic.com](http://www.medigraphic.com).
16. Sandoval, González, Sanhuez, et.al. Síndrome de burnout en el personal profesional del Hospital de Yumbel. VII Congreso Científico Gremial de la Agrupación Nacional de Médicos en Etapa de Destinación y Formación. Chile.
17. Gil-Monte. (1 agosto 2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Electrónica InterAcao Psy*. Año 1, num. 1 pp. 19-33. Recuperado el 30 de septiembre de 2006.
18. Alcaraz R, (febrero, 2006). Frecuencia y factores asociados al síndrome de burnout en un hospital de segundo nivel. Tesis. Colima, México.
19. [www.hgm.gob.mx](http://www.hgm.gob.mx)