



**Universidad Nacional Autónoma de México**

---

---

**Facultad de Psicología**

“El Síndrome de Burnout en personal de  
enfermería de un Hospital General de la Secretaría  
de Salud del GDF”

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

**MARINA TERESA REGALADO SANTANA**

Director

Dr. Jesús Felipe Uribe Prado



**Facultad  
de Psicología**

Esta Tesis es parte del Proyecto PAPIIT DGAPA UNAM IN302806

México, D.F.

Octubre 2008



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.

# ÍNDICE

	Página
<b>Resumen</b>	I
<b>Introducción</b>	i
<b>Capítulo I Trabajo, Psicología y Salud</b>	<b>1</b>
➤ <b>El trabajo</b>	<b>2</b>
➤ <b>Psicología industrial</b>	<b>6</b>
➤ <b>Salud</b>	<b>9</b>
➤ <b>Psicodisciplinas</b>	<b>12</b>
➤ <b>Psicología de la Salud</b>	<b>14</b>
➤ <b>Salud ocupacional</b>	<b>16</b>
<b>Capítulo II Estrés y Desgaste Ocupacional (Síndrome de Burnout)</b>	<b>19</b>
➤ <b>Estrés</b>	<b>20</b>
➤ <b>Síndrome de desgaste ocupacional (Burnout)</b>	<b>27</b>
<b>Capítulo III Método</b>	<b>46</b>
➤ <b>Situación actual del hospital</b>	<b>47</b>
➤ <b>Justificación de la investigación</b>	<b>49</b>
➤ <b>Objetivos</b>	<b>50</b>
➤ <b>Hipótesis</b>	<b>50</b>
➤ <b>Variables</b>	<b>51</b>
➤ <b>Tipo y Diseño de investigación</b>	<b>52</b>
➤ <b>Muestra</b>	<b>52</b>
➤ <b>Criterios de inclusión y exclusión</b>	<b>53</b>
➤ <b>Contexto y escenario</b>	<b>53</b>
➤ <b>Procedimiento</b>	<b>53</b>
➤ <b>Instrumento</b>	<b>54</b>
➤ <b>Análisis de datos</b>	<b>54</b>
<b>Capítulo IV Resultados</b>	<b>55</b>
➤ <b>Resultados</b>	<b>56</b>
➤ <b>Análisis de Consistencia Interna</b>	<b>65</b>
➤ <b>Discusión y Conclusiones</b>	<b>70</b>
➤ <b>Recomendaciones</b>	<b>76</b>
➤ <b>Comentario</b>	<b>79</b>

<b>Anexos</b>	<b>80</b>
➤ <b>Cuestionario (F01)</b>	<b>81</b>
➤ <b>Hojas de respuesta (F02)</b>	<b>86</b>
<b>Referencias Bibliográficas</b>	<b>91</b>

## Resumen

En este estudio se justifica la necesidad de prevenir y afrontar el síndrome de quemarse por el trabajo, burnout (Síndrome de Desgaste Ocupacional) en el Hospital General de Iztapalapa con personal de enfermería. Desde una perspectiva psicosocial, el burnout se conceptualiza como un proceso en el intervienen características del entorno laboral y características personales. Se presentan algunos modelos desarrollados a partir de marcos teóricos, como el de la psicología social, la psicología clínica y la psicología de las organizaciones. El trabajo incluye recomendaciones sobre estrategias de intervención que los administradores de recursos humanos de la sanidad deben tomar en cuenta para prevenir la aparición del síndrome de burnout, con el objetivo de mejorar la calidad de vida laboral de los trabajadores y por consecuencia, mejorar la calidad en el servicio que se ofrece a los usuarios.

Palabras claves: quemarse por el trabajo, estrés laboral, síndrome de desgaste ocupacional, síndrome de burnout.

## Abstract

This term paper justifies the need to prevent and face the burnout or syndrome of burning because the job (Occupational wear oneself Syndrome) in the General Hospital of Iztapalapa in the nurse personnel. From a psychological perspective, the burnout concept is a process in which converge patterns of the labour environment and personal patterns. Some models are shown from the theoretical frame as the social psychology, clinic psychology, and the psychology of the organizations. It includes some advices about strategies of intervention of the health human recourses administrators to cope for avoid the burnout syndrome, if they want to improve labor life quality of the workers and then to improve the quality services to the users.

**Key words:** burn out labor, labor stress, occupational wear oneself syndrome, burnout syndrome.

# INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tuvo por objetivo analizar la presencia del Síndrome de Burnout (Síndrome de Desgaste Ocupacional) en el personal de enfermería en el Hospital General de Iztapalapa C.E.E. perteneciente a la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, en la Ciudad de México.

Esta temática es de gran importancia ya que el Síndrome de Burnout afecta todos los procesos afectivos, psicológicos y físicos de los trabajadores de la salud produciendo un agotamiento generado por el estrés y la sobrecarga de trabajo por la gran demanda del servicio médico que presenta el hospital, lo que hace que la labor del personal de enfermería pueda ser frustrante y hasta poco gratificante.

Con esta situación y dado que el personal de enfermería puede llegar a manifestar signos y síntomas de este síndrome, es necesario hacer un diagnóstico y poder evitar manifestaciones graves en dicho personal; así como distanciamiento, apatía o mal conducta hacia los pacientes.

Es por ello que esta investigación pretendió conocer con veracidad la presencia del síndrome en el personal de enfermería del Hospital General de Iztapalapa, para lo cual el presente trabajo está dividido en cuatro capítulos.

En el PRIMER CAPÍTULO se revisa someramente la historia del trabajo, su evolución y el momento en el cual aparece la Psicología Industrial y algunas psicodisciplinas, la Salud Ocupacional y qué relación existe entre ellas.

En el SEGUNDO CAPÍTULO se exponen los principales elementos conceptuales relacionados con el Síndrome de Burnout (Desgaste Ocupacional) y estudios que sustentan teóricamente la presencia de este síndrome en personal de enfermería y otros profesionales de la salud que desarrollan una labor similar, los modelos teóricos y explicativos para el desarrollo del Burnout y la diferencia que existe entre estrés y Burnout.

En el TERCER CAPÍTULO se presenta el método que se siguió en la investigación, y contiene: exposición de la situación actual del hospital, justificación de la investigación, objetivo general y objetivos específicos, también se presentan las hipótesis, las variables, las definiciones, el tipo y diseño de investigación, muestra, sujetos participantes y criterios de inclusión y exclusión, contexto y escenario, procedimiento, instrumento y análisis de datos.

En el CUARTO CAPÍTULO se encuentran, los resultados, las conclusiones y recomendaciones.

# **CAPÍTULO I**

## **TRABAJO, PSICOLOGÍA Y SALUD**

El trabajo ha sido definido por diferentes autores a lo largo de la historia y estas definiciones han sido muy variadas, ya que dependen de la época y la perspectiva desde donde se hicieron; en este capítulo se revisará de manera breve el concepto del trabajo a partir del capitalismo.

La psicología industrial se desarrolla en respuesta a las necesidades que se originaron del cambio que fue teniendo la actividad del trabajo, al olvidar que los trabajadores son seres humanos y no solo una máquina de producción y es por eso que su salud se ve afectada. También se aborda el ámbito de la psicología de la salud y la salud ocupacional y la importancia que estas dos tienen.

Además de que se dará un panorama de cómo estos avances en la tecnología encaminados hacia la mejora en la producción, causan efectos en todos los ámbitos y sectores, en los económicos, políticos y sociales, siendo el sector salud el que nos interesa.

## EL TRABAJO

“Con los más diversos criterios, desde los más variados ángulos y las metodologías más distintas ha sido identificado y entendido el trabajo. Desde su acepción más abstracta: “acción y efecto de trabajar”, hasta su conceptualización como antítesis del capital; desde castigo o maldición hasta baluarte de la dignidad humana y fuente de plena realización de las mejores potencialidades del hombre, el trabajo ha sido y sigue siendo objeto de polémica, controversia, estudio e investigación. Teólogos, filósofos, fisiólogos, psicólogos, sociólogos, antropólogos, economistas, políticos y juristas, todos tienen sus propias definiciones y su muy personal manera de plantear las realidades y los problemas que el trabajo ha generado en el curso de la Historia.” (Ruiz, 1987, p.19)

Estas grandes, variadas y contradictorias maneras de definir el trabajo solo son producto de las circunstancias en las que sea realizado, ya que son esas situaciones las que pueden caracterizar y dar un significado a dicha actividad.

El trabajo es una de las necesidades básicas humanas, pues constituye un medio para satisfacer las necesidades biológicas individuales aparte de ser la forma de autoexpresión más importante para el individuo, misma que le permite manifestar su capacidad creadora. Pero esta necesidad requiere para ser cubierta, que la tarea sea acorde con la vocación, capacidad, aptitud entre otras cosas de quien la realiza, ya que de no ser así, se convierte en algo desagradable y el individuo tiende a evitarla. (Ruiz, 1987)

Noriega en 1989 define al trabajo como “una actividad orientada a un fin, mediante la cual se despliegan procesos fisiológicos y mentales, que permiten la manipulación y transformación de los objetos, con ayuda de los instrumentos de trabajo, cuya finalidad es la producción de valores de uso. Sin el concurso del trabajo no es posible la generación de riquezas”. (Noriega y colaboradores, 2001, p. 21)

“Una definición amplia de trabajo considera a este como el conjunto de actividades humanas retribuidas o no, de carácter productivo y creativo que, a través de la utilización de técnicas, instrumentos, materias, datos o informaciones disponibles, permite obtener, producir o prestar ciertos bienes, productos o servicios. En esta actividad, la persona aporta energía, habilidades, conocimientos y otros diversos recursos y obtiene a cambio algún tipo de recompensa material, psicológica y/o social.” (Alcover, Martínez, Domínguez y Rodríguez, 2004, p. 12)

“Es importante comprender que el trabajo es el motor y el punto de partida del surgimiento y desarrollo de las sociedades...” (Noriega y colaboradores, 2001, p. 21)

En el siglo XIX y parte del siglo XX, el trabajo fue un concepto central para muchas ciencias sociales.

El significado del trabajo en la teoría social puede ser abordado desde dos grandes perspectivas:

1.- La hermenéutica: considera a la actividad del trabajo como un medio para transformar la naturaleza por el hombre con el fin de satisfacer sus necesidades básicas.

2.- La objetivista: ve al trabajo como la actividad que transforma a la naturaleza de manera consciente y al hombre, independientemente de cómo sea valorado por la sociedad. (De la Garza y colaboradores, 2002)

Desde esta perspectiva podemos retomar lo que dijo Marx en 1972, “el trabajo humano, a diferencia del de los animales, existe dos veces; una idealmente, como proyecto en la mente del que trabaja, y otra como actividad concreta” (De la Garza y colaboradores, 2002 p.16)

El trabajo es una actividad objetiva-subjetiva, y depende de esta dualidad la disputa de sus límites en la sociedad, su contenido y el papel que juega en las teorías sociales, está vinculado con las formas de interpretar el mundo dominante, y en particular del capitalismo.

Se pueden identificar varios periodos en el capitalismo moderno que han diferenciado el papel del trabajo y su concepto en las teorías sociales.

El primero de estos periodos comprende de la Revolución industrial hasta la segunda mitad del siglo XIX donde la economía política domino sobre otras ciencias sociales. En esta economía el concepto del trabajo fue entendido como creador de valor. Y es claro que en este periodo el trabajo agrícola paso a segundo término pues la atención se centro en el trabajo industrial que empezaba a dominar en los países capitalistas desarrollados de la época. (De la Garza y colaboradores, 2002)

El segundo periodo esta marcado de finales del siglo XIX a la gran crisis de 1929, es aquí donde las teorías de Marx se fortalecieron con los crecientes movimientos por parte de la clase obrera que no fue reconocida inmediatamente como tal por parte del Estado, es por ello que surge el marginalismo, ya que esta clase y sus luchas son excluidas como trabajadores y ciudadanos. También es donde surge la sociología, la psicología y al antropología. (De la Garza y colaboradores, 2002)

En este periodo también surge la primera sociología industrial con Elton Mayo quién en su libro *The Social Problems of an Industrial Civilization*, parte de que la industrialización ha tenido como efectos sociales el incremento de personas infelices y conflictos entre las clases sociales, pues estas no solo buscan su beneficio material, por ello propone la necesidad de considerar las relaciones en el trabajo en su aspecto “emocional” y el sentido de pertenencia a un grupo. (De la Garza y colaboradores, 2002)

El tercer periodo abarca de la crisis de 1929 a los años sesenta donde se da el dominio del keynesianismo en economía, las relaciones industriales como disciplina y el fortalecimiento de la sociología y la psicología industrial y del trabajo.

El auge de la clase obrera organizada en partidos, el inicio de una revolución proletaria y el declive capitalista de la gran crisis de 1929, trataron de ser solucionados a través de instituciones reguladoras del conflicto interclasista y de la economía. Ya no eran excluidos la clase obrera y sus organizaciones (marginalismo del trabajador) ahora se reconocía que el capitalismo generaba conflictos de clase, pero estos podían ser resueltos en su beneficio por instituciones reguladoras. Keynes en 1961, declara legítimos a los sindicatos y los define como las organizaciones con las que se tienen que convivir. (De la Garza y colaboradores, 2002)

Con esto los países desarrollados lograron domar las fuerzas proletariadas y someterlas a través de la institucionalización de los sindicatos, la negociación y la seguridad social, ya que las incluía al funcionamiento capitalista avanzado.

El último periodo es desde los años setenta hasta la actualidad, y en él ha ido en ascenso el neoliberalismo y su disputa con el institucionalismo.

En los años setenta se reanima el conflicto obrero patronal, sobre todo en países avanzados, que parecía estar controlado por las instituciones, esto llevo a muchos países a la ruptura del pacto keynesianos en los que participaban los sindicatos y la pérdida de influencia que tenían estos en las políticas del Estado, dando lugar al ascenso del neoliberalismo como nueva política económica. (De la Garza y colaboradores, 2002)

La reestructuración capitalista está dada por dos grandes cambios en el mundo del trabajo, el trabajo formal en donde se introducen nuevas tecnologías y formas de organización del trabajo y por otra parte la precarización del trabajo, el empleo informal, a tiempo parcial o subcontratación y sería falso negar que estas transformaciones no tengan impactos subjetivos y en las identidades. (De la Garza y colaboradores, 2002)

Lo que perdura como concepto en la historia del trabajo es que, depende de la teoría social y de la etapa histórica, que el trabajo sea tomado como objetivo o subjetivo. El trabajo es una actividad transformadora de la naturaleza, que se extiende al hombre mismo en su físico pero sobre todo en su conciencia. Pero además el trabajo es también mercado de trabajo, pues es el encuentro de una oferta y una demanda laboral que no necesariamente llegan a coincidir. (De la Garza y colaboradores, 2002)

Después de la breve explicación acerca de la historia del trabajo y algunas definiciones, podemos darnos cuenta de que el trabajo puede ser una fuente de experiencias positivas y negativas, en relación con el trabajo que desarrolla y el ambiente en el que lo hace.

Las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud poseen una gran influencia significativa en su calidad de vida laboral y en la calidad del servicio que prestan las organizaciones del sector sanitario. Si estas condiciones no son favorables tienen manifestaciones y se pueden observar en la tasa de accidentabilidad, la morbilidad, el absentismo de los profesionales y en las actitudes que desarrollan hacia los usuarios de la organización.

# PSICOLOGIA INDUSTRIAL

## Antecedentes e inicios.

El nacimiento de la psicología industrial, se da en respuesta a las necesidades de la sociedad; ya que se produjeron modificaciones en la forma de ver al trabajo y con ello se dio paso a nuevas situaciones como veremos a continuación.

El capitalismo a mediados del siglo XVIII dio pie a la revolución industrial en Europa y así a un gran desarrollo tecnológico y científico. Los campos educativos y de salud, tanto en la práctica como en el saber, se involucraron en la transformación histórica de la producción capitalista, donde las nuevas alternativas estuvieron encaminadas a dar respuestas a problemas prácticos que la sociedad planteaba. (Martínez, 1997)

“La Psicología se vio arrastrada por estas transformaciones y por la necesidad de un uso pragmático de la misma. Pariguín en 1986, señala que ante la creciente actividad de las masas y la influencia del comunismo, la burguesía confiaba hallar en la Psicología Social procedimientos y métodos científicamente fundamentados para presionar ideológicamente sobre el psiquismo de las clases subalternas y *...para justificar la explotación de los trabajadores y el empleo de la violencia contra los mismos.*” (Martínez, 1997, p.15)

Es entonces cuando a finales del siglo XIX la psicología comenzó a ser una ciencia independiente de la filosofía, su raíz, al convertirse en una ciencia experimental. El humanista español Juan Huarte de San Juan en su libro “Examen de los Ingenieros para las Ciencias”, publicado en el siglo XVI, reconoce que cada individuo posee una inteligencia y habilidades especiales diferentes a los otros, y propone por primera vez en la historia, que se haga lo necesario por descubrir las habilidades especiales de cada persona con el fin de capacitarlos adecuadamente para ofrecerle mejores oportunidades de éxito en la vida. (Ruiz, 1987)

En 1902 realiza Walter Dill Scott los primeros estudios sobre selección de personal.

Pero la primera aplicación de la psicología a la industria ocurre en 1911 cuando el Prof. Hugo Musterberg, ante los frecuentes y graves accidentes en el sistema de transporte eléctrico en la Ciudad de Boston, realiza el primer acomodo científico de personal, quedando así resuelto el problema. Toda vez que reconoció la falta de adaptación que tenían los conductores a los requerimientos de su puesto. (Ruiz, 1987)

A partir de este gran acontecimiento se empieza a desarrollar la psicotecnia y la psicometría, primeras aplicaciones de la psicología en el campo industrial, con la finalidad de conocer los requerimientos que cada puesto demanda para poder ser desempeñado e identificar las actitudes específicas de cada individuo para evaluar las posibilidades de adaptación al puesto.

Para ello se han diseñado infinidad de pruebas o *tests* con el objetivo de identificar y medir las más diversas aptitudes y habilidades de los individuos, conociendo de esta manera las características particulares de cada uno de ellos. Y por otra parte estudiando las diferentes profesiones u oficios buscando las exigencias específicas y particulares de cada uno de ellos, para poder conocer que características o cualidades personales debe poseer el individuo para realizar dicha tarea.

Esta labor tuvo una rápida aceptación ya que facilitó la selección de personal y la asignación de trabajo.

Pero esta práctica dio lugar a la idea de que el hombre está hecho para ser adaptado a las exigencias del trabajo y no a la inversa, ya que la labor del psicólogo industrial era la de procurar una mayor productividad y eficiencia en el proceso productivo, aun a expensas de la salud y bienestar del trabajador. Aunque en ocasiones no era posible ya que la conducta del personal está influenciada por muchos otros factores.

En el año de 1919 es cuando comienzan las investigaciones vinculadas con la salud mental en el trabajo, cuyo objetivo principal era evitar que los problemas psicológicos afectaran el proceso de producción. El mayor énfasis estaba en lograr una buena y rápida adaptación del trabajador al trabajo logrando así una mejor y mayor productividad; sin embargo, los problemas (psíquicos y físicos) del trabajador no eran objeto de estudio a menos de que repercutieran en su desempeño laboral. (Martínez, 1997)

Pero bajo esta perspectiva no tardaron en aparecer los problemas propios de la falta o la poca adaptación del obrero en su ambiente laboral, la accidentabilidad, el ausentismo, los problemas en las relaciones interpersonales y la ineficiencia fueron algunos de ellos, haciendo necesaria una revisión de la aplicación psicológica a la industria.

## SALUD

La evolución del hombre y de sus medios de producción han ido repercutiendo en su salud, el trabajo se volvió más pesado, las jornadas de trabajo más largas, las condiciones en algunos casos precarias o inadecuadas; así que mientras se avanzaba en el campo de la producción se retrocedía en el de la salud de los trabajadores .

Es por ello que es importante tomar en cuenta este aspecto, la salud, ya que si bien estos cambios en el trabajo y los avances científicos de los que hoy en día gozamos tienen un costo, no es precisamente monetario.

Debemos entender la salud y la enfermedad como atributos de la vida humana, y por lo tanto presentes en cualquier sociedad antigua, actual o futura. Pero no hay que olvidar que estos atributos varían de una sociedad a otra y que solo desaparecerán cuando desaparezca el hombre. Y no podemos pensar en salud como sinónimo de erradicación de enfermedad. (Noriega, 1989)

Es por eso que a la salud debe de ser entendida como un estado de bienestar físico, psíquico y social no sólo como la ausencia de enfermedad. (Benavides y colaboradores, 2000)

Ya que las personas no se enferman aisladas sino viviendo, conviviendo y trabajando en condiciones específicas. (Laurell y Noriega, 1987)

El desarrollo económico y social, ha beneficiado la salud de la población en algunos aspectos, pero también ha impuesto condiciones negativas, muchas de orden psicosocial: los riesgos mentales, los estilos de vida inadecuados, los hábitos nocivos como el consumo de sustancias tóxicas, el estrés, el deterioro ambiental, e incluso la inequidad en el acceso a las oportunidades de realización personal, son aspectos que coexisten con el desarrollo de nuestras sociedades. (Alarcón, 2004)

Es por eso que la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su 30ª Asamblea Mundial celebrada en el año de 1997, reformuló este ideal de salud, tratando de hacerlo más mesurable al plantear el año 2000 como meta para que todos los ciudadanos alcancen un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. (Benavides y colaboradores, 2000)

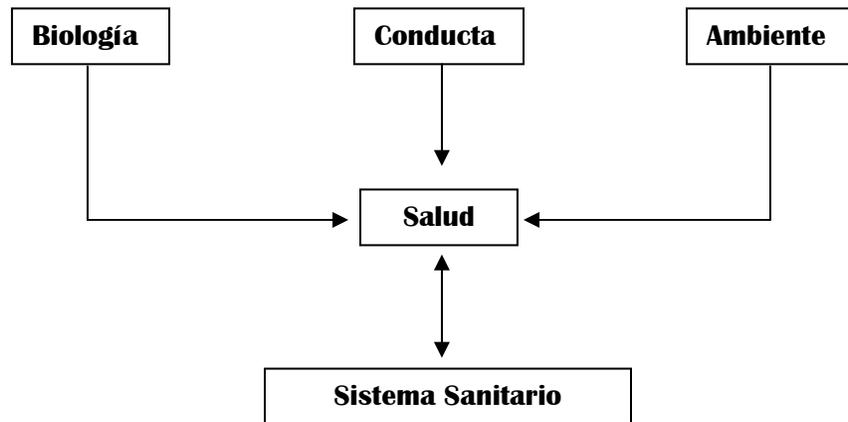
“Esta concepción ideal de la salud se ve reflejada en una afortunada definición que se elaboró en 1957 en Perpinyà, durante el X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, donde se definió la salud como «*aquella manera de viure que és autònoma, solidària i joiosa* (una manera de vivir autónoma, solidaria y alegre)» (Benavides y colaboradores, 2000, p.3)

Otra perspectiva más ecológica de la salud la define como *la capacidad del individuo de adaptación al medio y de funcionar en las mejores condiciones en ese medio* o como el equilibrio dinámico, en el cual las personas o los grupos poseen la capacidad para afrontar las condiciones de vida. (Benavides y colaboradores, 2000)

Sin embargo las dos conceptualizaciones anteriores tienen ciertas limitantes, como son la medición de ese equilibrio y esa capacidad. Ante este problema Doll propuso una definición más restrictiva que de alguna forma permite medir o comparar la salud de diferentes personas en diferentes episodios. Entonces para él la salud es, la ausencia de condiciones que limitan la capacidad funcional de las personas, pudiendo esas condiciones ser medidas objetivamente. (Benavides y colaboradores, 2000)

Es de este modo como podemos cuantificar el nivel de salud que posee un individuo, en relación a los indicadores que nos acerquen al proceso de salud y enfermedad.

Un modelo ampliamente aceptado para identificar los factores que intervienen e interactúan a favor o en contra de la salud, es el siguiente, en el que se le concibe como resultado de la interacción de determinantes biológicos, conductuales y ambientales, además de la influencia que tienen los servicios sanitarios en algunas sociedades avanzadas. (Benavides y colaboradores, 2000)



Las definiciones que se han expuesto son sólo el resultado de los cambios en las sociedades, y estos cambios son a su vez consecuencia de complejos procesos económicos y sociales.

Pero hay que tener en cuenta que la salud de los trabajadores no es considerada una prioridad, en una sociedad capitalista mientras no merme los niveles de plusvalía. (Noriega y colaboradores, 2001)

## PSICODISCIPLINAS

Existen además otras disciplinas que se han desarrollado de igual manera que la psicología industrial para estudiar al hombre y sus procesos laborales, como son: la Ergonomía, la Psicofisiología y la Psiquiatría Ocupacional cada una con su campo de acción y sus planteamientos teóricos y metodológicos, todas ellas encaminadas a estudiar y aportar mejoras para la producción y los productores, entendiendo por estos últimos a los trabajadores que son quienes ejecutan las tareas, el trabajo, y no a los dueños de las empresas o a los proveedores de los medios para trabajar.

La Ergonomía aborda el proceso de trabajo desde la seguridad e higiene y las relaciones humanas. Realiza estudios para identificar los factores laborales que influyen sobre la salud psíquica de los trabajadores y qué produce los accidentes, tratando de adaptar las herramientas, las condiciones del medio, las características físicas, las aptitudes y habilidades del trabajador para reducir los esfuerzos, no provocar fatiga y desgaste en el organismo del individuo y así poder reducir y evitar los accidentes y enfermedades del trabajo. (Martínez, 1997)

La Psicofisiología está enfocada a realizar experimentos de laboratorio que han contribuido a conocer los aspectos que influyen en la fatiga. Pero a estos estudios se les crítica argumentando que en un laboratorio no se pueden reproducir o crear todas las interacciones entre los elementos del medio ambiente, los de la organización y los nexos socio-psicológicos que vive el trabajador. (Martínez, 1997)

Dentro del campo de la Psiquiatría Ocupacional, Seligmann en 1986 señala que el estudio de Burning Temple, refiere que las principales actividades de los psiquiatras ocupacionales en América del Norte, estaban enfocadas al tratamiento de los trabajadores inadaptados y a tratar de mejorar las relaciones interpersonales dentro del trabajo. Burning analiza estas actividades desde una perspectiva histórica y menciona que las acciones que se llevaron a cabo durante los primeros años, fueron básicamente individualistas y conforme al modelo médico tradicional. (Martínez, 1997)

Así es como todas ellas trabajan dentro de la organización para ordenar el trabajo y las condiciones del mismo, susceptibles de producir riesgos laborales y tomando en cuenta la necesidad de diagnosticar y prevenir los riesgos psicosociales, con el objetivo de eliminarlos y proponer nuevas alternativas para la creación de ambientes laborales más saludables.

## PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Como ya vimos, la psicología como ciencia del comportamiento, siempre ha estado interesada en analizar las interacciones de los fenómenos afectivos y conductuales con la salud.

La psicología médica, la medicina psicosomática y la medicina conductual son los más importantes antecesores de la moderna psicología de la salud. (Alarcón, 2004)

Ballester en 1998 (Cit. en Morales, 1999) comenta que la psicología de la salud tiene sus inicios en un contexto interesado por un moldeo holístico de salud, coincidiendo con la propuesta hasta la fecha, finales de los años sesenta, de ver a la psicología como una profesión sanitaria, al reconocer que la conducta del ser humano puede ser crucial en el mantenimiento de la salud como en el origen y evolución de la enfermedad.

Los antecedentes más próximos de la psicología de la salud se ubican en la denominada "Medicina Comportamental". Término propuesto por Lee Birk en 1973 como subtítulo del libro Biofeedback: Behavioral Medicine. La intención es clara al referirse a la medicina comportamental como el uso de procedimientos derivados del condicionamiento instrumental de respuestas fisiológicas autónomas, con fines de curación de algunas enfermedades originadas en la alteración de esas respuestas. (Alarcón, 2004)

En 1977 en la Universidad de Yale se llevó a cabo la conferencia sobre Medicina Comportamental (Yale Conference on Behavioral Medicine); en este evento se reunieron importantes especialistas de las áreas de la salud y de las ciencias sociales para formalizar la medicina comportamental, entendida como un campo interdisciplinario de integración de conocimientos biomédicos y sociales, con el objetivo de diseñar e implementar procedimientos para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. (Alarcón, 2004)

En los años setenta las principales aportaciones a la medicina comportamental se hicieron desde el área del análisis experimental del comportamiento. Siendo de gran relevancia las aplicaciones clínicas del biofeedback, así como los intentos de extender los principios fundamentales del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante al tratamiento de múltiples disfunciones. Pero la medicina comportamental se limitó a la práctica clínica derivada de las aplicaciones dichos principios, lo cual resultó limitado; pues la psicología tiene más que aportar al ámbito de la salud que sólo los procesos básicos de aprendizaje. (Alarcón, 2004)

Así es como surge el nuevo campo de la Psicología de la Salud, con un terreno de estudio y aplicación más amplio que el de la medicina comportamental.

Suele atribuirse a Joseph Matarazzo el uso del término en 1982, cuando definió a la psicología de la salud como el conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y el análisis y mejora del sistema sanitario y formación de políticas sanitarias. (Alarcón, 2004)

No obstante, ya otros autores habían utilizado con anterioridad ese concepto; de hecho a inicios de la década de los años 70's ya existía una Sociedad de Psicología de la Salud en Cuba, y tal como lo señala la junta directiva de la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud, ALAPSA, para ser fieles con la historia, la Psicología de la Salud nació en Latinoamérica a finales de los años 1960, con la ocupación de posiciones en el nivel de política central en el Ministerio de Salud Pública de Cuba, y el desarrollo peculiar de servicios de Psicología en una extensa red institucional en salud. En 1974, cuando Stone proponía el término 'Health Psychology' para crear una nueva curricula en la Universidad de California, sólo reforzó la identidad profesional del psicólogo en este campo, pues la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud, ya existía. (Alarcón, 2004)

Taylor en 1986 define a la psicología de la salud como el campo de la psicología que intenta comprender la influencia de las variables psicológicas en la salud, el proceso por el cual se llega a este y cómo responde una persona enferma. (Leos, 2006)

En este momento la psicología de la salud se caracteriza por la búsqueda de una integración cada vez mayor entre los conocimientos básicos de la ciencia psicológica y sus extensiones al ámbito de la salud.

## **SALUD OCUPACIONAL**

Producto de la crisis de la Segunda Guerra Mundial, se constituía la Organización de la Naciones Unidas (ONU), en cuya estructura figuraba la Organización Internacional del Trabajo, fundada en 1919 como consecuencia del Tratado de Versalles, cuya misión fundamental era contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida del sector laboral si como al establecimiento de una paz sólida basada en la justicia social. Así mismo dentro de la ONU también se creaba una agencia destinada específicamente al orientar al mundo moderno en materia de salud, la OMS. (Ruiz, 1987)

“La OMS (Organización Mundial de la Salud) es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el Sistema de las Naciones Unidas. Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales.” (OMS, 2007)

“La Organización Internacional del Trabajo es un organismo especializado de las Naciones Unidas que procura fomentar la justicia social y los derechos humanos y laborales internacionalmente reconocidos.” (OIT, 2007)

“La salud ocupacional es el conjunto de estrategias, técnicas y actividades multidisciplinarias necesarias para la detección, evaluación y control de los factores o circunstancias que puedan ser la causa, o estar asociados a la presentación de accidentes o enfermedades relacionados con el trabajo.” (PEMEX, 2007)

“Está contemplada como un derecho social, regido por un Marco Jurídico Federal conjunto, apegado a una directriz constitucional, mediante el cual se establecen diversas disposiciones que permitan proteger a los trabajadores de aquellos factores que interactúan en los centros de trabajo y que por su peligrosidad, pueden rebasar su capacidad biofísica, poniendo en riesgo su vida, salud y permanencia en el empleo. La salud ocupacional se puede definir como un concepto legal que promueve el bienestar de los trabajadores determinando las condiciones óptimas de seguridad, higiene y medio ambiente laboral que fomente su salud física y mental durante el desarrollo de sus actividades ocupacionales.” (PEMEX, 2007)

“En la actualidad cerca del 45% de la población mundial y el 58% de la población mayor de 10 años constituye la denominada “fuerza laboral”; su trabajo sustenta la economía y crea la base material de la sociedad. La salud ocupacional y el bienestar es prerequisite para la productividad, constituyendo el factor más importante, inclusive, en el aspecto socioeconómico y el desarrollo sostenible.” (Rodríguez, 2002)

“El lugar de trabajo puede constituir un ambiente peligroso para la seguridad y la salud ocupacional para gran número de trabajadores en los diferentes sectores de la economía. Aproximadamente entre el 30% y 50% de los trabajadores reportan estar expuestos a altos riesgos físicos, químicos, biológicos, inexplicables sobrecargas de trabajo pesado además de factores ergonómicos que son una amenaza para su salud y su capacidad de trabajo.” (Rodríguez, 2002)

La psicología de la salud ocupacional, debe entenderse holísticamente, pues no solo es la psicología aplicada a la salud ocupacional si no que observa, analiza las causas que afectan la salud de los trabajadores y propone alternativas para mejorar y mantener la salud ocupacional.

Cox, Balursson y Rial-González, afirman que la psicología de la salud ocupacional tiene una orientación médica, lo cual implica que considera enfermedades; además de tener un trabajo importante en la estructura médica tradicional, generando así métodos de seguridad para los trabajadores en su medio laboral, promoviendo la integración de trabajadores inmigrantes y contribuye al aprendizaje de vida para todos. (Leos, 2006)

En la actualidad vivimos en mundo que experimenta grandes y acelerados cambios en todos los ámbitos. Se descubren nuevas formas de producción, circulación y distribución y con ello se configura una economía internacional más competitiva y una virtual revolución en la organización, tipo y contenido del trabajo.

Los avances en los procesos productivos, los adelantos tecnológicos, las nuevas formas de organización laboral y los requerimientos para competir en el mercado laboral se tornan cada día más dinámicos y complejos. Los empleos en la actualidad requieren más conocimientos y menos habilidades físicas.

El perfil del trabajador que se demanda también ha cambiado, exigiéndose un conjunto de nuevas competencias cognitivas, sociales y tecnológicas. Hoy en día se requiere de personal capaz de adaptarse y promover nuevas formas de organización del trabajo, con estructuras menos jerarquizadas y que ejecute actividades variadas y diferenciadas. Se requiere, así pues, de recursos humanos cualificados sobre una base más compleja, diversa e integral.

La responsabilidad de un trabajador ya no se limita a realizar una acción permanente y rutinaria.

El campo de la salud en los últimos 50 años ha sufrido profundos cambios. Estos cambios han tenido que ver con cambios en la política y la economía nacional.

Ya que comenzamos a sentir en carne propia los efectos de la insuficiencia de las instituciones de salud para resolver las demandas y las necesidades de nuestra población.

El deterioro de la calidad ha contribuido a inflar los costos y la ineficiencia de nuestros sistemas de salud, tanto en el sector público como en el privado, por lo que esta no debería estar en función de quienes pagan y no pagan los servicios.

Es de vital importancia retomar las riendas de esta situación, demostrando sensibilidad humana, capacidad para administrar bien la atención que se presta a cada persona, reforzar y mantener actualizada la base científica para cualquier práctica clínica, con disposición de trabajar en equipo.

# **CAPÍTULO II**

## **ESTRÉS Y DESGASTE OCUPACIONAL (SÍNDROME DE BURNOUT)**

**En este capítulo se diferenciará el Estrés del Desgaste Ocupacional o Burnout reconociendo sus causas y consecuencias.**

**Se revisará a los principales investigadores de este síndrome, justificando la necesidad de prevenir y afrontar el Desgaste Ocupacional, desde una perspectiva más holística, ya que se tomará en cuenta la perspectiva clínica y la psicosocial. Además de que se presentan dos modelos elaborados para explicar la etiología y consecuencias del síndrome (modelos explicativos).**

**El presente capítulo también incluye recomendaciones sobre técnicas para el manejo y la intervención del Síndrome de Burnout, teniendo como objetivo mejorar la calidad laboral del personal de sanidad (enfermeras) y, consecuentemente, mejorar la calidad del servicio que la organización ofrece a sus usuarios.**

El desarrollo económico y social que actualmente se vive, ha beneficiado la salud de la población en algunos aspectos, pero también ha generado condiciones negativas y perjudiciales para ella; la mayoría de orden psicosocial: los estilos de vida inadecuados, el consumo de sustancias tóxicas, el estrés, la inequidad en el acceso a las oportunidades para el empleo, son algunas de las situaciones que existen en nuestra sociedad.

Dentro de los riesgos laborales el estrés laboral y el desgaste ocupacional (síndrome de Burnout) ocupan un lugar muy importante, pues son una de las principales causas de accidentabilidad y absentismo, mal ambiente laboral y esto afecta la calidad del servicio que se brinda.

## **ESTRÉS**

El estrés en el ámbito laboral es un problema que va en aumento y tiene grandes costos personales, sociales y económicos.

El término fue utilizado en primer lugar por la ingeniería para describir el área de una estructura sobre la que reposaba la carga y que podría sufrir tensión o deformación, después fue empleado por la medicina para referir la tensión que aumentaba el riesgo de accidente en determinados sistemas del organismo como, el cardiovascular y en la actualidad la psicología también lo usa. (Alcover y colaboradores, 2004)

Hans Selye en el año de 1960, introdujo el concepto de *stress*, mismo que no tiene una traducción literal a nuestro idioma, pero que hace referencia un estado de tensión, violencia o esfuerzo al que puede ser sometido el organismo humano. El *stress* puede definirse como un mecanismo neuroendocrino de defensa que poseen los seres vivos como respuesta a diferentes agentes agresores. (Ruiz, 1987)

El diagnóstico diferencial entre el estrés general y el síndrome de burnout, radica en que el primero es un proceso psicológico que conlleva efectos positivos y negativos, mientras que el burnout sólo hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno. Así también, es evidente que el estrés general se puede experimentar en todos los ámbitos posibles del ser humano a diferencia del síndrome de burnout es un síndrome exclusivo del contexto laboral.

El estrés como estímulo se ha conceptualizado como una exigencia, una demanda o una tensión generada por las circunstancias o condiciones del medio ambiente en un organismo y puede provocar efectos nocivos. (Martínez, 2004)

El estrés como respuesta de un organismo es la reacción conductual y fisiológica ante un estímulo agresivo o amenazante, real o ficticio, que abarca todos los cambios o conductas adaptativas ante un desequilibrio tanto psicológico como físico. (Martínez, 2004)

El proceso que lleva el estrés es el siguiente:

1. Situación agresiva, nociva o estresante muy intensa o de larga persistencia.
2. Reacción del organismo que intenta recuperar el equilibrio perdido ante la nueva situación.
3. Recuperación del equilibrio o persistencia del trastorno que lleva a la enfermedad psicológica o física (enfermedad psicosomática)

Por lo anterior podemos decir que el estrés es la condición en la que una situación o un conjunto de experiencias a lo largo de la vida de un individuo, puede ocasionarle consecuencias negativas, fisiológicas y psicológicas, específicas y duraderas. Si dichas condiciones persisten por mucho tiempo o son muy intensas, provocarán que el individuo se esfuerce en recuperar o mantener su equilibrio, adaptándose a las nuevas circunstancias, modificando su conducta para evitar consecuencias negativas. Si no consigue el equilibrio, la condición del estrés se vuelve crónica y el organismo se puede enfermar o incluso morir.

El estrés laboral no solo se limita a la esfera profesional, si no que repercute en diferentes aspectos de la vida como en la personal y familiar. La mayoría de los individuos pasan una gran parte de su tiempo en su trabajo, y este es una actividad fundamental en la vida de todo ser humano, como ya lo vimos en el capítulo anterior, en consecuencia lo que les ocurre en el trabajo tiene gran influencia en las personas.

El estrés laboral surge de un desajuste entre el individuo y su trabajo, o sea entre las capacidades personales y las exigencias del empleo. (Sloan y Cooper, 1987 en Martínez, 2004)

El lugar de trabajo es un complejo sistema social, donde se pueden identificar varias fuentes típicas de estrés como:

- Condiciones físicas del trabajo (luminosidad, temperatura, ruido, mobiliario, etc.).
- Características temporales del trabajo (duración, distribución del trabajo, turnos, etc.).
- Demanda o carga de trabajo (rutina, repetición o aburrimiento en el trabajo).
- Nivel ocupacional (roles que se desempeñan en el trabajo, ajustes a las capacidades del trabajador y también se incluye el desarrollo de la carrera profesional).
- Relaciones sociales (adaptación del trabajador con su ambiente laboral y las interacciones de su vida personal, familiar y laboral)
- Estructura de la organización y su clima laboral.

El estrés laboral es un proceso escalonado que se origina con síntomas leves, como cansancio o fatiga y no se alivian si no que van en aumento entre más tiempo pasa. Pero los efectos del estrés laboral no sólo se observan o afectan al individuo sino que también repercuten en la empresa y las pérdidas pueden ser estratosféricas, comenzando por el absentismo, los accidentes laborales, la frecuente rotación de personal, las bajas medicas, el declive de la producción, el mal clima laboral, la apatía o los conflictos laborales.

Además de que el estrés puede ser considerado como un accidente de trabajo, al ser una perturbación psicofísica, aplicando el artículo 115 de la Ley General de la Seguridad Social, al apreciar el nexo causal entre el trabajo desempeñado y el padecimiento físico o psíquico de un trabajador. (Cavas, 2002). Ley y Reglamento de Prevención de Riesgos Laborales recogen la vulneración del derecho a la salud. De acuerdo con Martínez (2004) el dueño de una empresa o el director de una institución debe prevenir y evitar los riesgos profesionales, ya que el interés de todos es mejorar la calidad de vida del trabajador y hacer cumplir los fines de la organización.

Cabe mencionar la propuesta de Gardell/Frankenhaeuser y Karasek/Theorell ya que a través de sus investigaciones realizadas en Suecia a finales de los años cincuenta y principios de los sesenta en el campo de la salud-trabajo hacen grandes aportaciones.

En su propuesta Gardell/Frankenhaeuser incorporan elementos de la psicología social, de la psicofisiología y de la medicina somática; se explora las condiciones físicas de trabajo monitoreando los riesgos tradicionales como: el ruido, la iluminación, la temperatura, el polvo, el humo y los gases, entre otros; también se tomaron en cuenta el salario, los turnos de trabajo y la rotación, el grado de control sobre el ritmo de trabajo, las posibilidades de comunicación con los compañeros, otros elementos que sobresalen por su novedosa exploración son: la percepción de los obreros respecto a su trabajo en lo relacionado con la satisfacción del mismo y la empresa, así como las características de la tarea que realizaban como la monotonía y la repetitividad, la presión el tiempo, la excesiva responsabilidad, el trabajo físico pesado, la relación con los supervisores, entre otras cosas. La exploración de todos estos elementos del trabajo se complementan indagando sobre la experiencia subjetiva del trabajo como fuente de estrés y daños a la salud. (Martínez, 1997)

Esta propuesta contiene una serie de elementos utilizables para el estudio del proceso de producción y salud pero también presupone el libre acceso al lugar de trabajo, recursos económicos y técnicos; que en la mayoría de los casos son difíciles de conseguir.

Bajo este esquema se considera que existe una serie de elementos de carácter biológico, psicológico y social que tienen incidencia sobre la vida en el trabajo. Para explicar esta relación Frankenhaeuser en 1989 proporciona un marco teórico a partir de una perspectiva evolutiva donde explica por que el ser humano establece una inadecuada relación con su medio ambiente y como repercute en su salud. (Martínez, 1997)

El principal postulado teórico señala que las especies, en especial la humana, evolucionaron a través de millones de años y las condiciones de sobrevivencia eran totalmente distintas a las actuales y que fue justamente la lentitud de esos cambios lo que hizo posible la adaptación. El ser humano tuvo que adaptarse a los peligros físicos, al calor, el frío, etc., para poder sobrevivir; lo pudo lograr gracias a los mecanismos de adaptación del cuerpo, pero con la revolución industrial la velocidad de los cambios se apresuró y hoy en día con los avances tecnológicos más aun. (Martínez, 1997)

En la actualidad, las demandas requeridas a los trabajadores son más psicológicas que físicas y no se cuentan con nuevos modelos de adaptación, es decir, no estamos preparados para enfrentar el medio ambiente de alta tecnología que nosotros mismos hemos creado aceleradamente y la inadecuada relación que esto propicia, por ello pagamos un precio en términos de salud, se produce el estrés y con él, enfermedades coronarias, hipertensas y disturbios psicosomáticos.

“A su vez Johansson señala como fundamental, dotar a los trabajadores de un mayor control sobre su trabajo con el objeto de mejorar las condiciones del mismo y las de salud” (Martínez, 1997, p. 75)

Sobre esto Karasek y Theorell en 1990 proponen su modelo Demanda-Control; donde el estrés esta analizado en función del grado de control que el trabajador tiene sobre su actividad, además de que se toman cuestiones centrales que tienen que ver con la organización del trabajo y la lógica que determina la misma; es decir, el incremento de la plusvalía a toda costa. (Martínez, 1997)

Karasek y Theorell sugieren el rediseño del ambiente de trabajo en donde se permita mejorar las condiciones laborales y por consecuente incrementar la productividad, ya que esta última no puede ser considerada como la única justificación para hacer del lugar de trabajo un ambiente saludable; sino mas bien la salud propia de los trabajadores. (Martínez, 1997)

La propuesta que hacen estos autores, está enfocada al rediseño del ambiente laboral, para que se puedan reducir las enfermedades relacionadas con el estrés e incrementar los aspectos de la productividad asociados con creatividad, desarrollo de habilidades y calidad. (Martínez, 1997)

El Modelo Demanda-Control está basado en las demandas psicológicas del trabajo, el uso de habilidades y el control de las tareas. Las dos dimensiones del modelo son: las Demandas psicológicas y el Control en el trabajo, (libertad de decisión). El concepto de control de trabajo tiene que ver con la capacidad del trabajador para controlar sus actividades y emplear sus habilidades; es decir que un alto nivel de experiencia, da al trabajador un control sobre las habilidades específicas que tendrá que usar para realizar dicha tarea, entonces ocurre un reforzamiento mutuo entre estas dimensiones, ya que la adquisición de experiencia a largo plazo por parte del trabajador le permite tener mayor influencia sobre su proceso de trabajo; sin embargo, esto no ocurre siempre ya que el trabajador puede poseer una amplia experiencia pero en condiciones restrictivas de trabajo se le impide en uso de la misma. (Martínez, 1997)

Con respecto a las demandas psicológicas los autores señalan que son más difíciles de conceptualizar y medir debido a la diversidad de sus componentes; sin embargo, estas demandas poseen cualidades comunes, por ejemplo: tiempos límites para la obtención de un producto, cantidad de piezas producidas en un periodo, etc. Sintetizando, los requerimientos laborales (carga de trabajo) son los componentes centrales de la demanda psicológica del trabajo. (Martínez, 1997)

La interacción de las demandas psicológicas y el control de las actividades esta en dos niveles: alto y bajo, esto permite caracterizar cuatro distintos tipos de trabajo:

<b>Tipo de trabajo</b>	<b>Características</b>
1.- Trabajo con alta tensión	En este tipo de trabajo se dan las altas demandas psicológicas y la baja capacidad de decisión, bajo estas condiciones es posible predecir reacciones adversas como fatiga, ansiedad, depresión y enfermedades físicas. Ejemplos de estos trabajos en la actualidad son: operadores de maquinarias, trabajos de servicios a clientes, en general obreros.
2.- Trabajo activo	En este tipo de trabajo el control es alto pero también es alta la demanda psicológica, aquí se presentan situaciones desafiantes y son típicas de profesionistas, como: médicos, abogados, profesores, ingenieros, etc. Para este grupo se predicen un conjunto óptimo de consecuencias psicosociales ya que conducen a una alta productividad.
3.- Trabajo con baja tensión	Este tipo de trabajo está representado por pocas demandas psicológicas y altos niveles de control, en este grupo se predicen los más bajos niveles de tensión psicológica residual y riesgo de enfermedades en relación con el promedio, ejemplo de este tipo de trabajo son: los trabajos de programación, instalador de líneas, oficios, trabajadores forestales, etc.

4.- Trabajo pasivo	Se caracteriza por bajas demandas psicológicas y poco control, en estos tipos de trabajo pueden ocurrir atrofas graduales de habilidades de aprendizaje y de destrezas, ejemplo de estos trabajos son: vendedores, porteros, vigilantes, etc.
--------------------	---

En resumen el modelo Demanda-Control de Karasek-Theorell sobre pasa a los estudios tradicionales sobre estrés laboral realizados por diversas disciplinas, ya que estos últimos ponen énfasis en las demandas psicológicas del trabajo olvidando el control sobre el mismo; mientras que el este modelo si se toma en cuenta además d que es factible de ser incorporado a sociedades como la nuestra, ya que no implica grandes recursos.

En la actualidad es necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral en el momento de evaluar la eficacia de una organización, pues la calidad de vida laboral de sus empleados así como el estado de salud física y mental en el que se encuentren repercute en la organización, y por lo tanto la presencia del burnout o desgaste ocupacional en los profesionales de la salud, repercute sobre la sociedad en general.

## SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL (BURNOUT)

Una variante grave del estrés laboral, es lo que se denomina síndrome de desgaste ocupacional, burnout, síndrome de la quemazón laboral, desgaste laboral o síndrome del quemado y le sucede a toda aquella persona que su trabajo se ha convertido en una fuente continua de estrés, angustia e insatisfacciones.

El síndrome de burnout o desgaste ocupacional surge de la interacción social entre una persona que presta ayuda y otra que la recibe (aunque no es limitado para el trabajo de los servicios humanos). El profesional que presta la ayuda lo experimenta cuando no ve satisfechas sus expectativas laborales, presenta cansancio emocional, se despersonaliza. (Franco, 1997)

“La Organización Mundial de la Salud (citada en Dwek, 2001) reconoce que el burnout es un síndrome que se ha transformado en un grave problema enfrentado por los que cuidan de la salud de personas afectadas por enfermedades crónicas, por ejemplo. Como tal, complejiza y agrava las múltiples dificultades ya existentes en los servicios y sus funciones.” (Vega, 2005, p.47)

“En los años de 1966 y 1973, Donabedian; Freabon y Greenlinck respectivamente, fueron los primeros en interesarse por el problema referido”. (López, 2004, p.1)

“El concepto de burnout fue mencionado por primera vez por Freudenberger (1974) para describir el estado físico y mental que observó entre jóvenes voluntarios que trabajaban en una clínica de desintoxicación. Después de un año, muchos se sintieron agotados, se irritaban con facilidad, habían desarrollado una actitud cínica hacia sus pacientes y tendían a evitarlos (Freundenberger, 1974)” (Buendía y Ramos, 2001, p. 33).

Christina Maslach ha sido una de las pioneras y con mayor relevancia dentro de este tema. Ya que después de su primera publicación en 1976, miles de personas han recibido ayuda gracias a sus investigaciones, sobre el padecimiento del síndrome de burnout.

Para Maslach el síndrome de burnout proviene de Burn=quemado y out=fuera y lo refiere así:

“La tetera estaba vacía, la batería se había secado, el circuito estaba sobre cargado. Ellos se habían quemado“. Esto quiere decir que los profesionales de salud dieron... y dieron hasta que finalmente no había nada quedar. (Robles, 1995, p.4)

Posteriormente 1977, se difundió el concepto, sus características, sistemas de evaluación, repercusiones, etc. Pero cuando cobró verdadero auge sanitario y social fue a partir de la Conferencia Nacional sobre Burnout celebrada en 1981 en Filadelfia.

“El síndrome de Burnout también llamado síndrome de estar quemado, síndrome de la quemazón, síndrome de estrés laboral asistencial, síndrome de desgaste profesional y síndrome de fatiga emocional, hace su aparición cuando el profesional esta “quemado” dando a entender que la situación familiar, social o laboral le ha sobrepasado y ha quedado reducida su capacidad de adaptación”. (Balseiro, 2005, p.28).

“El síndrome de Burnout es una enfermedad común entre los profesionales que se dedican a la intervención social como los médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, policías, etc. Es conocido en la psicología como “agotamiento” que se define como “síndrome de cansancio emocional, despersonalización y reducción de la motivación de logros personales” (Maslach y Jackson en prensa, pág. 2)” (Papalía, 1993, p.378)

Los profesionales que padecen este síndrome se sienten cansados y sin ganas de seguir, pueden presentar actitudes negativas o groseras hacia las personas que reciben o dependen de sus servicios, así mismo empiezan a sentirse culpables por no poder resolver su problemática.

Ma. Gloria Robles (1995) menciona que el burnout se puede definir como un estado de cansancio físico y emocional, que hace que el profesional se sienta cansado y exhausto, desgastado y/o desilusionado con su trabajo, debido a las demandas excesivas de energía, de sus fuerzas y recursos que le solicitan las personas a las que atiende o a la organización a la que pertenece, llegando a ser improductivo en sus funciones.

Rafael Prado (1982) lo definió como “un síndrome que cansa y agota los propios recursos físicos y emocionales que afectan a los individuos responsables del tratamiento y/o el bienestar del paciente. Esto involucra un deterioro en la ejecución del tratamiento creando en los individuos un autoconcepto negativo, actitudes negativas hacia el trabajo y la pérdida de interés por los pacientes en el proceso de una lucha excesivamente inapropiada para lograr esperanzas irreales en el tratamiento de los pacientes.” (p.9)

Pines y Arason (1988) lo consideran como un estado en el que se mezclan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por las actividades laborales y la vida en general, y baja autoestima. (Buendía y Ramos, 2001)

Burke (1987) sin embargo, entiende por el síndrome de burnout un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral. Este proceso se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por la falta de éxito laboral, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento. (Buendía y Ramos, 2001)

Riordan y Saltzer (1992), señalan: “el burnout es un mecanismo de afrontamiento utilizado por los miembros del personal, para distanciarse emocionalmente del paciente, lo cual les da la posibilidad de poder seguir trabajando en ese campo”. (López, 2004, p.2)

Franco (1997), en cambio considera que, la experiencia del síndrome de burnout es subjetiva, y en ocasiones es inconsciente; además de que un nivel bajo de dicho síndrome, cumple en cuanto a mecanismos de defensa emocional, lo que se considera como una función adaptativa y así los profesionistas de la salud pueden continuar realizando su trabajo. (López, 2004)

Maslach y Jackson (1981, 1982) lo definen como un “síndrome cuyos síntomas principales son el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal en el trabajo”. (Buendía y Ramos, 2001)

En la delimitación conceptual del síndrome de burnout pueden diferenciarse dos perspectivas:

### 1. La perspectiva clínica.

“Desde la perspectiva clínica se entiende el SQT como un estado mental negativo al que el sujeto llega como consecuencia del estrés laboral”. (Gil-Monte, 2005, p. 54)

“La aproximación clínica sugiere manejar denominaciones como «estar quemado» «quemazón profesional» o «estar burnout» que desvían el foco de atención hacia el trabajador, y que no delimitan el fenómeno en toda su extensión al diluir los síntomas bajo esas etiquetas y reducir el síndrome a la categoría de síntoma”. (Gil-Monte, 2005, p.54)

Entre los autores que lo definen como un estado se encuentran, Freudenberger (1974), Fischer (1983), Pines y Aronson (1988).

### 2. La perspectiva psicosocial.

“A diferencia de la perspectiva clínica, la perspectiva psicosocial recomienda considerar el SQT como un proceso que se desarrolla debido a la interacción entre las características del entorno laboral y las características personales”. (Gil-Monte, 2005, p.55)

Hay diferentes modelos explicativos del síndrome de burnout y parten de marcos teóricos más amplios, como de la psicología social, la psicología clínica y la psicología de las organizaciones, y se presentan a continuación:

Psicología Clínica: ve al síndrome de burnout como un estado.

Autor	Año	Conceptualización
Freudenberguer	1974	Estado de agotamiento, decepción y pérdida de interés como consecuencia del trabajo cotidiano no en la prestación de servicios y ante expectativas inalcanzables.
Fischer	1983	Estado resultante del trauma narcisista que lleva a la disminución de la autoestima.

Psicología Social: basada en la teoría sociocognotativa del yo.

Autor	Año	Conceptualización
Harrison	1983	Las personas que trabajan en profesiones de servicios están motivadas para ayudar a las demás. Si en su medio laboral hay factores que obstaculizan su trabajo y no les permiten alcanzar sus objetivos, esto afecta sus deseos de logro y con el tiempo esto le produce burnout, que de igual forma esto los retroalimenta negativamente para lograr dichos objetivos.
Pines y Aronson	1988	Proceso de desilusión en un individuo altamente motivado por su trabajo y que lo caracteriza la fatiga emocional, física y mental; sentimientos de minusvalía y baja autoestima.

Psicología de las Organizaciones: basada en la teoría del estrés laboral. Considera los estresores del contexto de la organización y las estrategias de afrontamiento empleadas para dar respuesta. Aplicada a todas las profesiones.

Autor	Año	Conceptualización
Golembiowski	1983	El estrés laboral está generado por la sobrecarga laboral o por la denominada "pobreza de rol". Ambas situaciones producen en la persona: pérdida de autonomía, disminución de la autoestima, irritabilidad y fatiga.

"En sus trabajos iniciales, Maslach (1978, 1982<sup>a</sup>) define el SQT como un proceso que aparece debido a la falta de preparación de los profesionales de ayuda para afrontar el estrés emocional derivado del trabajo, lo que les lleva a perder el compromiso hacia el trabajo con el que iniciaron su profesión". (Gil-Monte, 2005, p. 56)

Entre los autores que describen el síndrome de burnout o SQT como un proceso y no como un estado podemos referir a, Edelwich y Brodsky (1980), Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) Price y Murphy (1984), Gil-Monte (1994), por mencionar algunos.

Hay que tomar en cuenta que la consideración del SQT como proceso y como estado se complementan una a otra, pues ha contribuido al buen diagnóstico y por lo tanto a proponer alternativas más eficaces.

## COMPONENTES Y CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME.

Maslach describió que el síndrome de burnout estaba compuesto por tres dimensiones o aspectos que son:

- 1.- Agotamiento emocional (CE)
- 2.- Despersonalización (DP)
- 3.- Falta de realización personal (RP)

El primer aspecto comprende síntomas como disminución o pérdida de energía tanto física como psicológica, fatiga y desgaste.

Ya que el profesional se involucra demasiado emocionalmente, lo que lo lleva a una sobrecarga de trabajo y a sentirse abrumado por las demandas emocionales impuestas por otras personas. En respuesta a esta situación se produce el agotamiento emocional y es cuando la persona se siente desgastada física y emocionalmente, sin energía para afrontar otro día y con la sensación de no poder dar más de sí mismo.

Para contrarrestar esta situación el individuo reduce su contacto al mínimo requerido con la gente, dando como resultado distanciamiento, relaciones frías y distantes, evitando relacionarse emocionalmente con sus pacientes y olvidándose de la calidad en la atención ya que se pierde el trato individual, por lo que en ese momento es cuando se presenta la despersonalización.

Durante el segundo aspecto, la despersonalización, se desarrollan actitudes negativas hacia las personas que reciben los servicios y al trabajo mismo en general.

En este momento es cuando se desarrollan actitudes negativas en el profesional, se puede volver cínico y burlón, llegando así a ignorar las demandas de los pacientes, por ende la calidad en el servicio y en el cuidado que brinda es insuficiente o nula.

El tercer componente se manifiesta cuando el trabajador “quemado” empieza a tener evaluaciones negativas hacia sí mismo y su trabajo generándole sentimientos de: pérdida de motivación, irritabilidad y baja autoestima, entre otras.

A este último aspecto se le denomina falta o baja realización en el trabajo y es cuando el profesional empieza a dudar de sus capacidades y habilidades para ayudar y atender a sus pacientes, presenta frustración y baja autoestima que lo pueden llevar incluso a una depresión. Bajo esta situación algunos profesionales sentirán que equivocaron de profesión llegando incluso a abandonar su trabajo.

Algunos de los autores que abordan el síndrome de burnout desde la perspectiva tridimensional de Maslach se encuentran: Burke (Burke, 1998; Burke, Greenglass y Schwarzer, 1996), Golembiewski (Golembiewski, 1983, 1984, Golembiewski, Munzenrider y Carter, 1983, Golembiewski, Sun, Lin, Boudreau, 1995), Leiter (1988, 1992), Schaufeli (Schaufeli y Dierendonck, 1995). En España, entre otros, Daniel y Pérez (1999), Gil-Monte (Gil-Monte y Peiro, 1995, 1996, 1997), Manzano y Ramos (1999), Mingote (1997), Moreno (Moreno y Oliver, 1993; Moreno, Oliver y Aragoneses, 1991). (Buendía y Ramos, 2001)

Todos estos autores coinciden en que el síndrome está compuesto por las tres dimensiones propuestas por Maslach, agotamiento emocional (CE), despersonalización (DP) y falta de realización personal (RP), pero diferencian su orden de aparición.

Por ejemplo Golembiewsky, dice que el primer aspecto es la despersonalización, luego la baja realización personal y por último el agotamiento, a diferencia de Leiter que dice, primero es el agotamiento emocional, luego despersonalización y por último la baja realización. (López, 2004)

## ETIOLOGÍA DEL BURNOUT

El síndrome de burnout no tiene una causa específica sino que hay múltiples aspectos que intervienen para que aparezca y todos interactúan.

Los tres grandes grupos de variables que favorecen o no la aparición del síndrome son:

Las variables demográficas como son:

Edad: J. Carlos Atance y Martínez observaron que conforme la edad aumenta se produce mayor tensión emocional por la falta de actualización de conocimientos, mientras que Romana Albadejo, Rodolfo Quiroz y Carmen Perezagua en sus investigaciones refieren que la edad no tiene relación significativa. (Balseiro, 2007)

Género: María Solano, C. Martínez López y Pedro Gil-Monte han considerado a las mujeres como un grupo vulnerable debido a la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, pero por otro lado Armand Grau y Jorge Román encontraron que el género más vulnerable es el hombre y refieren que en los hospitales en su mayoría el personal es femenino y no existe equidad para proporcionar datos con suficiente validez. (Balseiro, 2007)

Estado civil: Carmen Perezagua, J. Carlos Atance, y M. A. Caballero observaron que el estar casado de alguna manera funciona como amortiguador emocional ya que se tiene una vida familiar rica. (Balseiro, 2007)

Paternidad: Carmen Perezagua y M. A. Caballero encontraron que las personas que tienen hijos son menos propensas a padecer burnout, interpretando los mismos autores que esta condición las hace más realistas y maduras y con mayores posibilidades de afrontar conflictos emocionales; sin embargo Armand Grau, Romana Albadejo y Pedro Gil-Monte mencionan que no se encontró relación significativa en esta variable con dicho padecimiento. (Balseiro, 2007)

Nivel educativo: María Solano y E. A. Adali encontraron que aquellos profesionistas que cuentan con un nivel académico más alto presentan niveles de moderado-alto, ya que tienen mayor responsabilidad en cuanto a conocimientos dentro de cualquier organización. (Balseiro, 2007)

En cuanto a las variables de personalidad, como son: el neurotismo, patrón de conducta tipo A, locus de control externo, falta de autoeficacia, baja autoestima, escasa resistencia al estrés, estrategias de afrontamiento de escape o evitación y falta de apoyo social son variables que favorecen la aparición de este síndrome. (Buendía y Ramos, 2001)

Las variables organizacionales como son:

Las horas de trabajo: J. Carlos Atance y Rodolfo Quiroz identificaron mayor agotamiento y cansancio emocional en profesionales que dedican entre 36 y 40 horas a la semana al ejercicio de su profesión, con respecto a los que trabajan menos de 36 horas sin embargo María Solano y Pedro Gil-Monte no encontraron relación entre esta variable y el SB. (Balseiro, 2007)

El horario de trabajo: María Solano y Pedro Gil-Monte muestran que el SB se da más en aquellas personas que trabajan en el turno nocturno, seguido por el vespertino y por último el matutino esto se ha explicado por el hecho de que no hay una relación activa con el paciente encontrándose dormido la mayoría del turno y no existe reconocimiento por parte de él, hacia las intervenciones que la enfermera le brinda; sin embargo M. A. Caballero y Rodolfo Quiroz no encontraron relación con esta categoría y el SB. (Balseiro, 2007)

Antigüedad: María Solano, J. Carlos Atance y M. A. Caballero afirman que a mayor antigüedad laboral, mayor despersonalización y agotamiento emocional, lo cual favorece la aparición el SB y mencionan que los años promedio para que se de esta situación son entre 15 y 19 años de estar laborando, sin embargo Carmen Perzagua, E. A. Adali y Pedro Gil-Monte han encontrado que las personas en sus primeros años laborales, al no contar con la experiencia necesaria, generan estrés ante una situación desconocida durante el proceso de adaptación, haciéndolas más vulnerables al equilibrar las expectativas idealistas ante un contexto nuevo. (Balseiro, 2007)

Situación laboral: M. A. Caballero observó que hay mayor cansancio emocional en aquellos profesionales con plazas de base obteniendo puntuaciones más altas debido a la mayor carga laboral, por otro lado N. Ibáñez y Jorge Román han observado que los profesionales suplentes o de contrato tienden más a la despersonalización. Esto se ha considerado así ya que no se ven concretadas sus altas expectativas generadas al ingresar la institución laboral. (Balseiro, 2007)

El salario: se ha invocado el salario como otro de los factores que afecta el desarrollo del burnout. Pues si el salario es bajo en general y a esto se le suma la sobrecarga de trabajo y la demanda de atención por parte de los paciente, sobre viene el síndrome. (Balseiro, 2005)

Tiempo libre: Rodolfo Quiroz y N. Ibañez encontraron que las enfermeras que no cuentan con al menos 6 horas a la semana de ocio o tiempo libre para otras actividades tienden a presentar mayor despersonalización y agotamiento emocional que las que poseen menos tiempo para liberarse de las tensiones del trabajo. (Balseiro, 2007)

Reconocimiento profesional: Armand Grau y Romana Albadejo menciona que existe una relación significativa para desarrollar el SB, teniendo en cuenta que el personal de enfermería no percibe una expresión de recompensa verbal por parte de los pacientes así como de las autoridades, refiriendo los profesionales que su trabajo no es proporcional a lo que ellos dan, causando despersonalización. (Balseiro, 2007)

Se han realizado además diversos estudios con personal de enfermería donde se ha podido detectar la presencia del síndrome de burnout como son: en enfermeras de Inglaterra (Coffy, 1999; Henderson-Nichol, Lesirge, 2002; Edwards, Burnard, Coyle, et al, 2000; Gulland, 1999; Baldwin, 1999) en enfermeras especialistas en oncología o hematología (Barrett, Yates, 2002); de terapia intensiva (Chen, McMurray, 2001); acerca del posible manejo del estrés laboral en este personal (Harris, 2001); griegas (Tselebis, Moulou, Ilias, 2001); personal sanitario cubano (Warman, 2001); en estudiantes de enfermería en Turquía (Cam, 2001); en España (Caballero , Bermejo, Nieto, et al, 2001); enfermeras que atienden pacientes de VIH y SIDA en Australia e Inglaterra (Dobson, Loewenthal, 2001; Hayter, 1999); en Estados Unidos (Udasin, 2000); comprando el burnout con medidas de depresión (Mausner-Dorsch, Eaton, 2000; Iacovides, Fountoulakis, Moysidou, et al, 1999); en enfermeras de Canadá (Jamal, Baba, 2000); de Australia (Bryant, Fairbrother, Fenton, 2000); de Hungría (Piko, 1999) y de Israel (Malach-Pines, 1999). (Gutierrez y Marinez, 2006)

Es evidente que el síndrome de burnout o desgaste ocupacional ha sido medido en diferentes poblaciones de enfermeras, siendo una problemática común en todas, sin embargo; en nuestro país se cuenta con poca información acerca de este personal, por lo que resulta de gran importancia aportar información.

El síndrome del burnout fue tratado de medir en sus inicios a través de técnicas proyectivas, entrevistas, cuestionarios; sin embargo, estos instrumentos de medición han ido evolucionando, ofreciendo así más validez y confiabilidad.

Algunos de los instrumentos más conocidos son:

Maslach Burnout Inventory-MBI-(Maslach y Jackson, 1981, 1986); Burnout Measure-BM-(Pines y Aronson, 1988); Teacher Stress Inventory-TSI-(Schutz y Long, 1988); Teacher Burnout Scale-TBS-(Seidman y Zager, 1987, en Buendía y Ramos, 2001); Holland Burnout Assessment Survey-HBAS-(Holland y Michael, 1993); Stress Profile for Teachers-SPT-(Klas, Kendail y Kennedy, 1985); Cuestionario Breve de Burnout-CBB-(Moreno y Oliver, 1993); Escalas de Evaluación de Estrés, Satisfacción Laboral y Apoyo Social-EESSA-(Reig y Caruana, 1987); El Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo-CESQT (Gil-Monte, 2005). (Uribe- Prado, 2006)

El instrumento más usado es el MBI que está diseñado para medir desgaste profesional en los profesionales que brindan un servicio asistencial, aunque en la actualidad se ocupe para realizar los estudios en las personas que trabajan con gente. (Pines y Aronson, 1988)

Pero para la presente investigación se utilizó la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) un instrumento válido y confiable por las razones que se exponen en el capítulo 4.

## MODELOS TEÓRICOS Y EXPLICATIVOS PARA EL DESARROLLO DEL SÍNDROME DE BURNOUT O DESGASTE OCUPACIONAL.

Tomando en cuenta la estructura tridimensional del síndrome de burnout propuesta por Maslach y Jackson al establecer el orden de aparición de los tres componentes, 1) cansancio emocional, 2) despersonalización y 3) falta de realización personal; se pueden tomar medidas de prevención e intervención.

Existen dos modelos de gran relevancia: el Modelo de Leiter (1982; 1988) y el Modelo de Golembiewski (Golembiewski, Munzenrider y Carter, 1983). En esta ocasión y para esta investigación nos basaremos en el modelo de Leiter, mismo que se explica a continuación.

## Modelo de Leiter (1982; 1988)

Para Leiter el síndrome de burnout o desgaste ocupacional es la respuesta al estrés laboral, que se desarrolla cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por el trabajador, no resultan eficaces para manejar el estrés laboral y sus efectos. (Gil-Monte, 1997)

El síndrome de burnout de acuerdo con Leiter se desarrolla en cuatro fases, y la secuencia que tiene es en primer lugar *el cansancio emocional*, producto de un supuesto desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos propios de cada individuo, en segundo lugar *la despersonalización*, situación creada como única alternativa; y por último *falta de realización personal* que ocurre entre las estrategias de afrontamiento elegidas por cada individuo y el compromiso individual exigible en la profesión asistencia. (Buendía y Ramos, 2001)

Fases de desarrollo del burnout, según Leiter.

<b>Componentes del Burnout</b>	<b>Fase 1</b>	<b>Fase 2</b>	<b>Fase 3</b>	<b>Fase 4</b>
Cansancio Emocional	Bajo	Bajo	Alto	Alto
Despersonalización	Baja	Alta	Baja	Alta
Realización Personal	Baja	Baja	Baja	Alta

## Modelo de Golembiewski

Golembiewski y colaboradores en su modelo conciben el desgaste ocupacional o burnout como un proceso en el que los trabajadores pierden el compromiso adquirido inicialmente con su profesión o labores, en respuesta al estrés laboral y la tensión que les genera. Ellos están de acuerdo con la secuencia de Leiter como respuesta al conflicto con las experiencias y condiciones laborales. (Uribe- Prado, 2006)

Modelo desarrollado por Golembiowski y Munzenrider (1988)

<b>Componentes del Burnout</b>	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>	<b>V</b>	<b>VI</b>	<b>VII</b>	<b>VIII</b>
Despersonalización	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto
Realización Personal	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Alto	Alto
Cansancio Emocional	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Alto	Alto

Claro que estos no son los únicos modelos explicativos, y que aunque no se mencionarán en esta investigación, son de gran importancia por sus aportaciones en este tema y que al igual que los de Leiter y Golembiowski están siendo aprobados, como el de Gil-Monte (1994-2005) en el que se integran síntomas de deterioro del sistema cognitivo como resultado de un sentimiento de culpa; el de Eagly y Chaiken (1993) en el que se contemplan funciones de actitud; por mencionar algunos. (Uribe- Prado, 2006)

Generalmente el profesionalista que padece de desgaste ocupacional o burnout, no reconoce o no quiere reconocer lo que le está ocurriendo y el peligro aumenta ya que el proceso puede cristalizarse, pero lo que le ocurre a esta persona también afecta a las personas que atiende, generando así una disminución de la calidad y la eficiencia en la prestación de sus servicios, produciendo así que las personas atendidas o los usuarios, no sean atendidas, no se tomen en cuenta o sean maltratadas. (Tonon, 2003)

Ya que es importante la influencia situacional en el desarrollo de este síndrome, revisaremos las variables en relación a cuatro entornos. (Tonon, 2003)

<b>Entorno</b>	<b>Características</b>
Social	Se refiere al estudio de los cambios ocurridos en las leyes que rigen el ejercicio profesional, y en la formación profesional, las definiciones en el ejercicio del rol profesional y las condiciones laborales de riesgo.
Organizacional	Se centra en el estudio de las relaciones entre los diferentes grupos que conforman la organización, y en el proceso de socialización laboral por medio del cual se aprenden los valores, las normas y las pautas de conducta
Interpersonal	Se refiere a las relaciones que los profesionales tienen con sus compañeros de trabajo y con los usuarios del servicio.
Individual	Se toman en cuenta las características de personalidad de cada profesionalista.

Un factor externo que puede desencadenar el desgaste ocupacional o burnout, es que en la mayoría de las instituciones en que laboran las enfermeras no se cuenta con el material adecuado para desempeñar su trabajo. (Hernández-Vargas, Dickinson y Fernández, 2008)

## ASPECTOS PREVENTIVOS Y CURATIVOS PARA EVITAR EL DESGASTE OCUPACIONAL O SINDROME DE BURNOUT.

Alguno de estos aspectos es el afrontamiento, ya que constituye una respuesta al estrés, y posee dos grandes funciones:

1. Solucionar el problema.
2. Actuar sobre las respuestas emocionales y físicas relacionadas con el estrés.

Solucionar el problema contempla modificar el ambiente en el que se labora de alguna manera o cambiar algunas actividades y/o actitudes.

En el segundo aspecto se trata de conservar el ánimo y seguir laborando bien, para ello se pueden utilizar los mecanismos de defensa como, la racionalización, la negación u otros. En algunos casos graves, el profesional opta por consumir drogas, las que pueden ser fármacos sedantes y/o tranquilizantes, alcohol u otras drogas como la marihuana y la cocaína. Aunque también se puede cambiar el estado de conciencia a través de técnicas como la meditación. (Papalía, 1993)

No todas estas medidas son correctas o efectivas pero si representan una alternativa para afrontar el estrés.

Algunos profesionales encuentran otras alternativas más eficaces para afrontar el estrés, entre ellas las que les ayudan a solucionar el problema y las que le ayudan para sentirse mejor, esto depende de un buen número de factores que juegan un papel decisivo. (Papalía, 1993)

Las actitudes son otro aspecto importante en la prevención y tratamiento del desgaste ocupacional.

La actitud es un término que puede referir varios sentidos en psicología:

1. Modo (acentuación, tono) de dirección a un objeto, modo de proceder selectivo en la realización de una tarea, por ejemplo: tendencia determinante.
2. Actitud anímica frente a una persona, una idea, una cuestión, una cosa, asociada a una evaluación o a una expectativa.
3. 1) Según Allport, es una disposición psíquica y nerviosa, organizada por la experiencia, que ejerce una influencia orientadora o dinámica sobre las reacciones del individuo frente a todos los objetos.
4. 2) Jung destacó la actitud como forma de reacción básica frente a objetos y situaciones en los dos tipos de introvertidos y extrovertidos (Dorsch, 1991, p. 6)

La actitud que muestran algunas enfermeras frente a los pacientes es de abandono, ya que no existe acercamiento alguno. Sin embargo hay que reconocer que ellas hacen lo necesario operacionalmente hablando.

También se muestran ansiosas porque llegue la hora de la salida, los días de asueto o los tiempos de descanso (desayuno, comida o cena).

Debe considerarse la ayuda psicológica como otro aspecto para la prevención o tratamiento del desgaste ocupacional o burnout.

Hay que reconocer que no siempre la fuente estresante está en el individuo, sino que también puede ubicarse en el exterior, como en la organización u institución en donde labora, para ello es recomendable la técnica de cambio organizacional.

Cuando están presentes en una organización los valores empresariales como: las utilidades, la competencia, etc., se favorecen las luchas de poder y se le da al trabajo un valor mecánico y rutinario, consecuencia de ello los empleados son sometidos a un gran estrés, ya que si bien existen personas enfermas también existen organizaciones enfermas y que enferman al personal que ahí labora. (Robles, 1995).

Algunos de los síntomas o indicadores que se pueden observar en las organizaciones enfermas son: altos índices de rotación de personal, insatisfacción laboral en su personal, altos índices de estrés y por lo tanto mayor número de enfermedades en sus trabajadores. Para solucionar estas situaciones se necesita desarrollar una cultura industrial donde se reconozcan y prevalezcan los valores humanos y no sólo los económicos. También se requiere modificar el ambiente laboral incluyendo la colaboración y el apoyo, el respeto por las personas y sus necesidades, además de permitir la realización de los empleados y delimitar claramente las funciones y la autoridad de cada uno de los puestos. (Robles, 1995).

Otro aspecto que se puede utilizar es ofrecer diferentes opciones laborales, según Papalía (1993), la mayoría de los profesionales que ejercen en condiciones altamente agotadoras han desarrollado sus propios métodos o técnicas para afrontar este síndrome, que van desde tomar un descanso cuando sienten que lo necesitan y reincorporándose a sus labores hasta que se sientan de nuevo en condiciones adecuadas para hacerlo, reducir sus horas de trabajo, hacer uso frecuente de descansos y vacaciones o desarrollar pensamientos y actividades totalmente desconectados de sus labores.

Una alternativa más para dar solución al burnout es la práctica de actividades socioculturales y deportivas.

Robles Valdez (1995) clasifica en tres tipos las técnicas para el manejo del estrés.

1. De diagnóstico o aceptación:

- Conocer qué es el estrés y cómo funciona.
- Identificar las causas personales que originan el estrés.
- Valorar el nivel de estrés al que se enfrenta sometido.
- Uso de bio-feedback.
- Tomar conciencia de las graves consecuencias del estrés.

2. De compensación o descarga:

Esto conlleva la práctica de un deporte o la realización de ejercicio físico, alimentación saludable, relación, meditación, musicoterapia, construcción de relaciones de apoyo.

### 3. De solución o cambio:

En este tipo de técnicas se necesita de un cambio personal, donde se incluya un plan de vida, terapia y un cambio organizacional.

Sin embargo para María Ximena Franco (1997), existen otras formas para el manejo del estrés y con ello ayudar a evitar la presencia del burnout, como son:

- Grupos de soporte o ayuda para prevención.
- Soporte social, esto se refiere a la ayuda y actitud que hace que una persona se sienta entendida, amable, apreciada y valorada.
  - Escucha, todos necesitamos ser escuchados.
  - Soporte técnico, la ayuda profesional de un psicólogo o un psiquiatra de absoluta confianza de quien toma la terapia. (Franco, 1997, p. 7)

La autoafirmación es otro aspecto que ayuda a prevenir y evitar el desgaste ocupacional.

Para Rodríguez Estrada (1992) la autoafirmación o autoaceptación es la actitud del individuo hacia sí mismo y el aprecio de su propio valor, juega un papel de primer orden en el proceso creador. Así, la autoaceptación es admitir y reconocer todas las partes de sí mismos como un hecho, como la forma de ser y sentir, ya que solo a través de la aceptación se puede transformar lo que es susceptible de ello. (p. 10)

La autoestima es el respeto propio, por lo tanto, si este respeto no es firme y la persona se siente devaluada o inferior es, en la mayoría de los casos, la causa de los problemas humanos.

# **CAPÍTULO III**

## **MÉTODO**

**Este capítulo se refiere al método que se utilizó para poder comprobar o rechazar la hipótesis de este trabajo.**

**Se expone también la situación actual de Hospital General de Iztapalapa, escenario de esta investigación; manifestando la importancia y la necesidad de estudiar el desgaste ocupacional (burnout) en esta organización.**

## PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

### 1. SITUACIÓN ACTUAL DEL HOSPITAL.

El Hospital General de Iztapalapa C.E.E. (Comunidad Económica Europea), perteneciente a la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, se formó como un centro de ayuda para la población, en el año de 1989.

El hospital cuenta con 206 camas en total de las cuales 144 son camas censables, 62 camas no censables y tienen un índice de ocupación del 90%.

El Hospital posee una plantilla de laboral de 221 enfermeras, distribuidas de la siguiente manera: 1 jefe de enfermería, 1 coordinador de enseñanza en enfermería, 10 supervisoras, 11 jefes de piso, 9 licenciadas en enfermería, 41 enfermeras especialistas y 148 enfermeras generales.

Todo este personal labora en el Hospital distribuido en los 3 diferentes turnos, con funciones administrativas y operativas. Así pues, el personal directivo se encarga de ver los aspectos relacionados a la planeación y control y el personal de línea u operativo trabaja en funciones de atención directa a los pacientes, atendiendo las órdenes de sus superiores, las prescripciones médicas y las necesidades de los pacientes.

Bajo esta dinámica los resultados de la atención varían en diferentes niveles. En algún personal de enfermería se observó actitudes positivas hacia los pacientes y sus actividades, ya que encuentran su trabajo gratificante y lleno de satisfacciones personales, teniendo así siempre una gran disposición para poner su mayor esfuerzo y brindar una buena atención.

Sin embargo en algún otro personal también se pudieron observar otro tipo de actitudes, actitudes opuestas a las ya descritas, pues siente que su trabajo es poco gratificante y altamente demandante, no sabe qué hacer e ignora los problemas que se le presentan en su ambiente laboral.

Con frecuencia se observó que el personal de enfermería se siente sobrecargado de estrés, producto del desgaste emocional y físico al que somete su cuerpo día a día por las exigencias de los pacientes y la tensión que se vive dentro de su ambiente laboral.

Todas estas manifestaciones psicológicas y emocionales a las que se somete el personal de enfermería, producto de la interacción de diversos factores en su medio laboral, son las que propician la aparición del síndrome de burnout, que se presenta como respuesta al estrés crónico y fatiga emocional.

Pues no es casualidad que el trabajador sanitario esté expuesto a estos factores desencadenantes del síndrome, ya que las condiciones actuales del sector salud las que revelan carencias estructurales enormes, consecuencia de los bajos presupuestos para la atención médica de la población. De ahí que los recursos humanos sean insuficientes, tengan bajos salarios, sobrecargas de trabajo y escasos de equipo y materiales de curación casi en todos los nosocomios. Según cifras oficiales, los requerimientos de la población en servicios de salud al 2002, incluyen a 50,354,568 de personas no derechohabientes y 50,023,077 que son derechohabientes de servicios de salud en el país (CONAPO, 1998), mientras que el personal sanitario que labora en instituciones de salud pública para darles atención es de 310,103 (entre médicos, enfermeras, trabajadores sociales entre otros). De los cuales el personal de enfermería es de 179,634 y la proporción de enfermeras por médico es de 1.33 en el país y de 1.00 en el D.F. (Secretaría de Salud, s/f). Un cálculo aproximado daría una proporción de 161 pacientes por cada profesional sanitario de institución pública, conforme a la demanda de atención potencial para dar la atención necesaria. Referente a la infraestructura, se tiene que, la demanda de atención médica por cada 100,000 habitantes de población potencial es: por cada censable de 1 300 pacientes, por consultorio de 1 8000, por medico de 857 y por enfermera de 592 personas. (Gutiérrez y Martínez, 2006)

El deterioro de las condiciones de trabajo se han venido agudizando en los últimos años y los trabajadores sanitarios no han estado excluidos de esta problemática; prueba de ello han dado diversos estudios realizados en este campo y en todos sea identificado la presencia de un síndrome relacionado al estrés laboral al que han estado expuestos estos trabajadores. (Gutiérrez y Martínez, 2006)

El síndrome de burnout no se presenta de un día para otro, es un cúmulo de diversos factores los que propician su aparición, ya que este surge como respuesta a un desequilibrio entre las grandes demandas ambientales y la capacidad de respuesta o adaptación que tiene el trabajador, en este caso el personal de enfermería.

Es por ello que se hizo necesario y de suma importancia, realizar un diagnóstico de la presencia de síndrome de burnout en el personal de enfermería del Hospital General de Iztapalapa, así como del nivel en que se encontraba, ya que ello nos dio la pauta para buscar y proponer alternativas que permitan dar solución a dicho problema, ofreciendo una calidad de vida laboral a las enfermeras y brindando una mejor atención a los pacientes del hospital.

## 2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

“El informe sobre la salud en el mundo elaborado por la O.M.S. en el año 2000 está dedicado a evaluar la calidad de los sistemas de salud y como proceder con su mejora (OMS, 2000). En él se señala que los recursos humanos de un sistema de salud son vitales para el buen funcionamiento del sistema, y para conseguir que este ofrezca una buena calidad del servicio. Según la O.M.S., los trabajadores son el recurso más importante que posee un sistema de salud para lograr su eficacia ya que esta depende de los conocimientos, destrezas, y de la motivación de los profesionales que trabajan en ese sistema. El informe también recomienda realizar una buena gestión y una correcta administración de los recursos humanos para conseguir que la inversión en salud sea equilibrada; esta gestión debe considerar variables como la satisfacción con el salario, las oportunidades para el desarrollo de la carrera profesional y las condiciones de trabajo de los profesionales (OMS, 2000)” (Guillén, Tinajero, 2007, p.1)

Dentro del Hospital General de Iztapalapa no existía información precisa para determinar la presencia o ausencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería que ahí labora, a pesar de que si existía sintomatología de dicho padecimiento, por lo que se hizo necesario e indispensable realizar la investigación.

Una vez diagnosticado con precisión el nivel de burnout con que cuenta el personal de enfermería, se pueden tomar las medidas necesarias para implementar estrategias y objetivos funcionales que ayuden a disminuir y a prevenir la aparición del síndrome, mejorando así la calidad de vida del personal de enfermería y la atención que se brinda.

### 3. OBJETIVOS:

#### GENERAL:

- Conocer si existe síndrome de burnout dentro del personal de enfermería del Hospital General de Iztapalapa C.E.E.

#### ESPECÍFICOS:

- Identificar las variables sociodemográficas del personal encuestado y su relación con la presencia del síndrome de burnout.
- Describir el nivel de desgaste ocupacional (síndrome de burnout) con que cuenta el personal de enfermería del Hospital General de Iztapalapa C.E.E.
- Proponer alternativas para mejorar la calidad de vida del personal de enfermería del Hospital General de Iztapalapa C.E.E.

### 4. HIPÓTESIS:

H1: Existe presencia estadísticamente significativa del síndrome de burnout (desgaste ocupacional) en el personal de enfermería del Hospital General de Iztapalapa C.E.E.

H0: No existe presencia estadísticamente significativa del síndrome de burnout (desgaste ocupacional) en el personal de enfermería del Hospital General de Iztapalapa C.E.E.

## 5. VARIABLES.

Variable Dependiente: desgaste ocupacional o síndrome de burnout.

Definición Operacional: Hebert Freudenberger en el año de 1974 utiliza el término para relacionar los signos y síntomas que quedaban después de un incendio que eran solo pedazos de energía y vida. Así el Desgaste Ocupacional o Burnout es un proceso mediante el cual una persona se quema, agota o cansa sus recursos físicos y emocionales; afecta a las personas que ofrecen un servicio y por lo tanto se presenta deterioro en sus actitudes hacia los usuarios de dicho servicio, además de que les genera un autoconcepto negativo.

Variables Independientes: características sociodemográficas.

Las variables independientes para este trabajo quedaron divididas en tres categorías las sociodemográficas, las referentes a la historia laboral y las pertenecientes al estilo de vida, esto con la finalidad de agruparlas y reportar los resultados.

- Sociodemográficas: en esta categoría estuvo contemplado el sexo de cada persona, sus edad, su estado civil, el tiempo que tiene con su pareja, si tiene y cuántos hijos.
  
- Historia Laboral: aquí quedaron agrupados todos los aspectos concernientes a su trayectoria profesional; el tipo de puesto que ha desempeñado, forma de contacto con los usuarios, número de trabajos que tiene y que haya tenido, años que ha trabajado, ascensos que ha logrado, ingresos mensuales con los que cuenta, tipo de organización en la que labora y número de personas a cargo.
  
- Estilo de Vida: en este rubro se contempló precisamente el estilo de vida que ha llevado cada persona, algunos de los aspectos que se tomaron en consideración fueron, si ingiere algún tipo de medicamento, cuál y con qué

frecuencia lo hace, si ha tenido accidentes o intervenciones quirúrgicas, si fuma y/o ingiere bebidas alcohólicas y con qué frecuencia, si consume drogas, de cuántas horas libres dispone, si ha practicado algún ejercicio y su tipo de preferencia política y religiosa.

## 6. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

El tipo de investigación que se realizó fue, diagnóstica, transversal y descriptiva.

Diagnóstica porque se hizo un diagnóstico situacional del síndrome de burnout en el personal de enfermería del Hospital General de Iztapalapa C.E.E.

Transversal porque se efectuó en un periodo de tiempo corto, durante el mes de Diciembre del año 2007 y los dos primeros meses del presente, es decir, Enero y Febrero del 2008.

Descriptiva porque se describieron los niveles de burnout y cómo se relacionaron con las variables sociodemográficas que presentó el personal de enfermería del Hospital General de Iztapalapa C.E.E., teniendo en cuenta que no se manipularon o alteraron los resultados obtenidos durante la aplicación de la EMEDO con el fin de tomar las medidas pertinentes para prevenir su aparición.

## 7. LA MUESTRA.

El número total de sujetos encuestados fue de 125 mismos que se encontraban laborando en el Hospital General de Iztapalapa en el momento de realizarse la investigación.

La muestra fue no probabilística, accidental, estratificada.

## 8. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE LOS SUJETOS PARTICIPANTES.

El criterio de inclusión fue: para todo el personal de enfermería que labora en el Hospital General de Iztapalapa, ya sea de base o eventual (suplencia).

El criterio de exclusión fue: personal de enfermería que no se encontraba físicamente laborando en las instalaciones del Hospital General de Iztapalapa, ya sea por vacaciones, comisión sindical, etc., y para el personal de enfermería que aun laborando físicamente en las instalaciones de dicho hospital, se negó a contestar la EMEDO, así como tampoco fueron tomadas en cuenta las enfermeras pasante o estudiantes.

## 9. CONTEXTO Y ESCENARIO.

La recolección de los datos se llevó a cabo dentro de las instalaciones del Hospital General de Iztapalapa C.E.E., en los horarios laborales de cada una de las enfermeras encuestadas.

## 10. PROCEDIMIENTO.

Se procedió a pedir autorización al Dirección del Hospital General de Iztapalapa a través de la Jefatura de Enseñanza e Investigación, para realizar la presente investigación, una vez obtenida la autorización se acudió, en los diferentes horarios en que labora el personal de enfermería del Hospital a las diferentes áreas en las que trabajan, para explicarles en qué consistía la encuesta y pedirles que la contestaran con la mayor veracidad posible, pues de ello dependían los resultados de la investigación.

Las indicaciones fueron que se les dejaban dos cuadernillos correspondientes a la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) (ver anexos) uno de preguntas (F1) y otro de respuestas (F2), que la encuesta era anónima y que podían contestarla con lápiz o con pluma, no importaba.

Al terminar su turno se pasaba a recoger dicha encuesta ya terminada, en caso de no haberla contestado totalmente, se le indicaba que se le recogería su próxima guardia.

## 11. INSTRUMENTO

El instrumento que se utilizó fue la EMEDO (Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional) (ver anexos) un instrumento válido y confiable.

La Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) fue elaborada por un equipo de investigadores y estudiantes de los últimos semestres del área del Trabajo de la Facultad de Psicología de la UNAM, atendiendo la necesidad de crear una escala mexicana, ya que no existía una, pues el Síndrome de Burnout (Desgaste Ocupacional) se media con frecuencia con el Maslach Burnout Inventory (MBI) elaborado por Maslach y Jackson en el año de 1986 en el extranjero, dejando a un lado las características culturales de nuestro país y por lo tanto el significado de las palabras no correspondía al nuestro.

Dentro de construcción de la EMEDO destacó la participación del Dr. Felipe Uribe Prado.

Dicho instrumento consta de 110 reactivos y tiene una confiabilidad de 89%.

## 12. ANÁLISIS DE DATOS.

El modo en que se analizaron los resultados fue cuantitativamente y el tipo de análisis usado es inferencial y descriptivo.

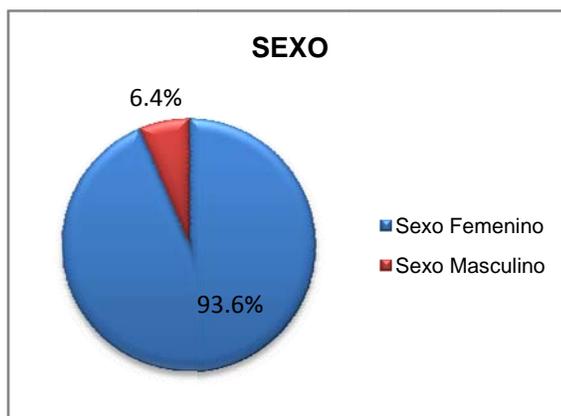
Para ello las respuestas obtenidas en el formato F02 de la prueba EMEDO, fueron vaciadas en el paquete estadístico SPSS versión 13.0 para Windows Vista y así fue como se pudieron manejar los datos para realizar el análisis de consistencia, el análisis de varianza y correlaciones, obteniendo los resultados que se muestran a continuación.

# **CAPÍTULO IV**

**RESULTADOS, CONCLUSIONES,  
DISCUSIÓN  
Y  
RECOMENDACIONES**

## RESULTADOS

En este apartado se presenta el análisis y la interpretación de los resultados.



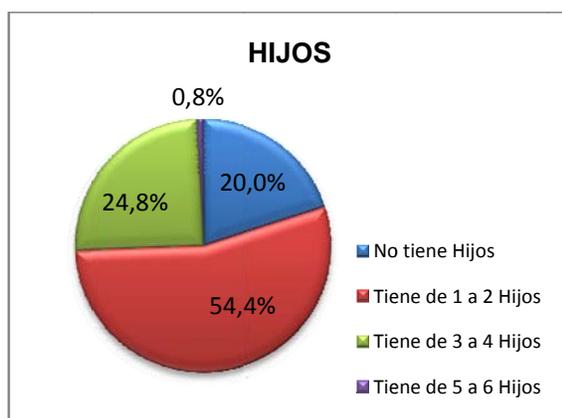
Gráfica 1

En la gráfica 1 referente al sexo del personal de enfermería se encontró que el 93.6% es del sexo femenino, mientras que el 6.4% es del sexo masculino. Esto implica que el sexo femenino es predominantemente representativo y que por cada 14 enfermeras hay un varón.

En la gráfica 2 referente al estado civil de las enfermeras del Hospital General de Iztapalapa, se tomó en consideración solo dos categorías, una si tienen pareja y la otra sin tienen, encontrándose que 77.6% cuenta con una pareja y el 22.4% no tenía pareja en el momento de la investigación. Así pues por cada 3 enfermeras que tienen pareja una no; sin embargo en el aspecto de si tienen hijos o no se encontró que el 80% si tiene hijos y el 20% no, por lo tanto por cada una que no tiene hijos hay 4 que si, de las cuales al menos una es mamá soltera. (gráfica 3)



Gráfica 2

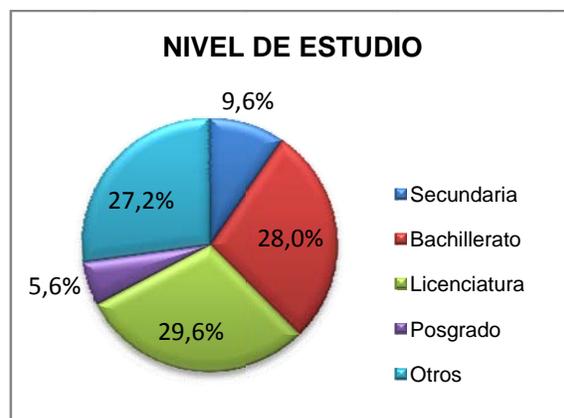


Gráfica 3

En la gráfica 4 referente al puesto que ocupa el 80.8% es operativo, el 18.4% medio y el 0.8% ocupa un puesto ejecutivo. Por lo tanto esto se relaciona con la gráfica 5 que muestra que el 35.2% del personal de enfermería cuenta con una licenciatura o especialización posttécnica y el 64.8% del resto del personal son en su mayoría enfermeras técnicas y/o auxiliares de enfermería. Cabe mencionar que tanto el personal especializado como las enfermeras generales y auxiliares de enfermería realizan funciones operativas sin estar clasificadas por niveles académicos, lo que repercute en la calidad de atención que reciben los pacientes. A su vez, esto también repercute en el estrés que cada enfermera enfrenta en las diversas situaciones que se le presentan durante su jornada laboral. Lo que nos indica que también existe una mala organización en la distribución de actividades, de acuerdo al tipo de pacientes.



Gráfica 4

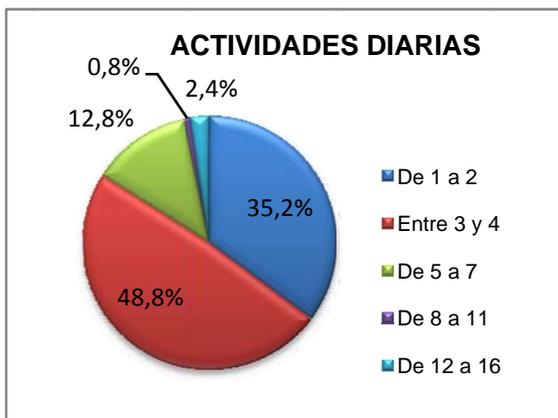


Gráfica 5

En la gráfica 6, se muestra el trato que tiene el personal de enfermería con los pacientes encontrándose que el 94.4% tiene contacto directo con los pacientes y solo el 5.6% no; lo que implica que los problemas del trabajo diario con pacientes hacen que al final del turno el personal se sienta agotado y quedando imposibilitado para continuar con otras actividades y solo deseen llegar a su casa para descansar.

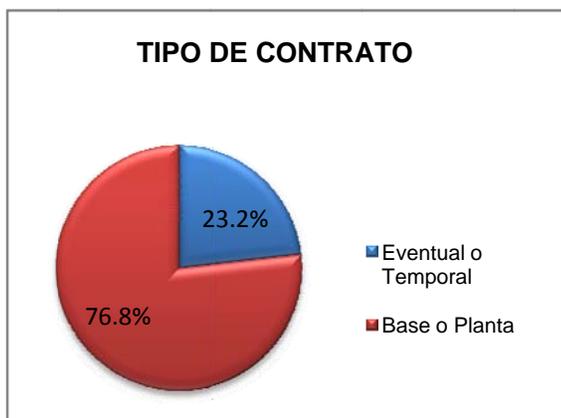


Gráfica 6



Gráfica 7

Sin embargo en la gráfica 7, se muestra que 35.2% tiene de una a dos actividades diarias, el 48.8% de tres a cuatro, el 12.8% de cinco a siete, el 0.8% de ocho a once y el 2.4% de doce a dieciséis actividades diarias. Esto implica que además de su trabajo el personal de enfermería realiza otras actividades diarias lo que las sobre carga de trabajo.



Gráfica 8

La gráfica 8 muestra que el 76.8% de las enfermeras cuentan con la base o planta del puesto que desempeñan mientras que el 23.2% es eventual o temporal. Lo que implica que en su mayoría el personal no se esfuerza un poco más en su trabajo para poder conseguir la planta además de que cuenta con mayores prestaciones, como pueden ser faltas justificadas o días económicos. Y al hacer uso de estas prestaciones como trabajadores de planta o base, se sobrecargan de trabajo las enfermeras eventuales que no cuentan con estas prestaciones y que siguen laborando.

En la gráfica 9 se muestra que el 99.2% del personal de enfermería tiene de uno a dos trabajos, y el 0.8% de tres a cuatro; en relación al rotamiento laboral la gráfica 10 muestra que el 47.2% ha tenido de tres a cuatro empleos, 39.2% solo ha tenido de uno a dos trabajos, el 11.2% de cinco a seis y el 2.4% más de siete trabajos. Esto implica que la mayoría del personal de enfermería ya cuenta con una trayectoria laboral y experiencia lo que les permite contar con mecanismos de sobrevivencia laboral como son: el buen humor y el conformismo sin expectativas.

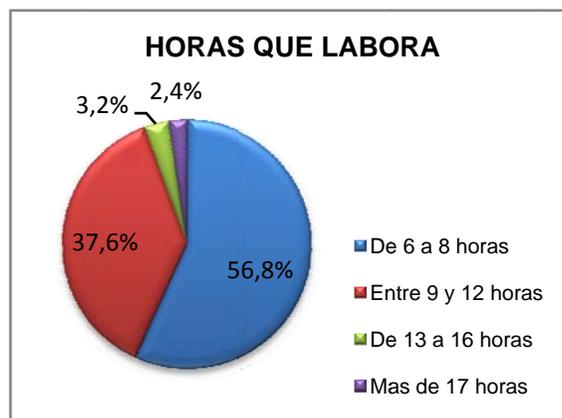


Gráfica 9



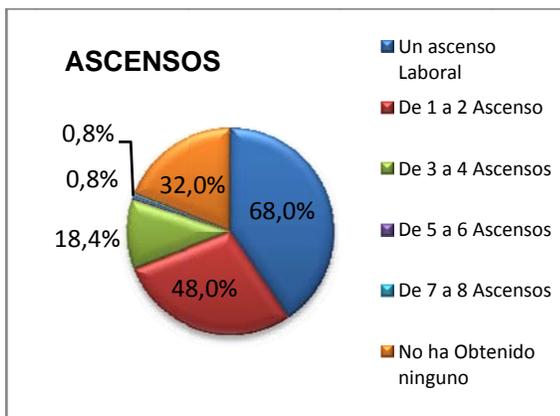
Gráfica 10

En la gráfica 11 se muestra que el 56.8% labora de seis a ocho horas en su principal empleo, el 37.6% de nueve a doce horas diarias, el 3.2% de trece a dieciséis y el 2.4% más de diecisiete horas. Esto significa que el personal de enfermería está expuesto al estrés y a la tensión en un rango de moderado a mayor, ya que a mayor horas trabajadas mayor agotamiento.



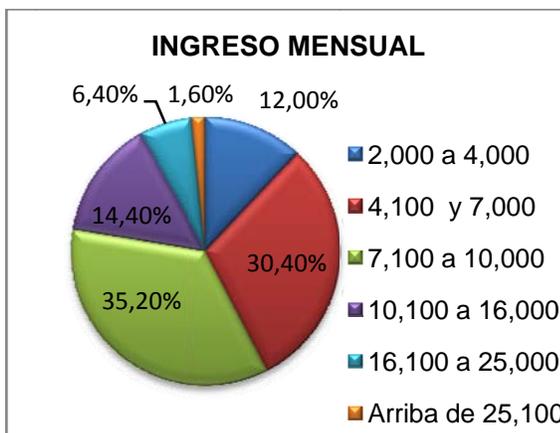
Gráfica 11

En la gráfica 12, referente a los ascensos que ha logrado el personal de enfermería, se encontró que el 48.0% ha obtenido de uno a dos ascensos, el 18.4% de tres a cuatro, el 0.8% de cinco a seis y de igual manera otros 0.8% de siete a ocho y el 32.0% no ha obtenido ningún ascenso. Esto nos indica que hay un porcentaje mayor de personal que ha obtenido por lo menos un ascenso en su vida, lo que hace gratificante de alguna manera su profesión.

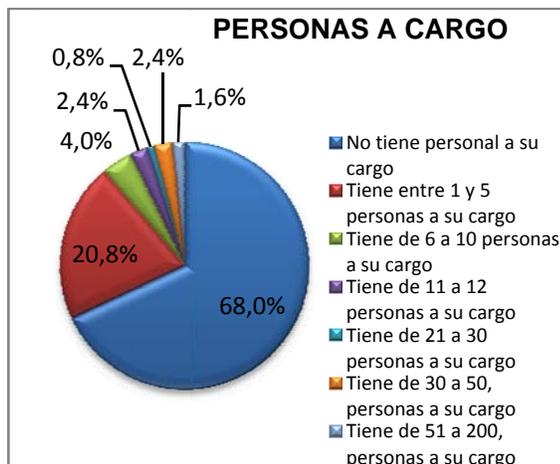


Gráfica 12

En la gráfica 13 se muestra el ingreso mensual aproximado que tiene el personal de enfermería, el 12% de \$2,000 a 4,000 pesos aproximadamente, el 30.4% de 4,100 a 7,000 pesos aproximadamente, el 35.2% de 7,100 a 10,000 pesos aproximadamente, el 14.4% de 10,100 a 16,000 pesos aproximadamente, el 6.4% de 16,100 a 25,000 pesos aproximadamente y solo el 16% percibe más de 25,100 pesos al mes. Lo que nos indica que el salario de una enferma en general es bueno.

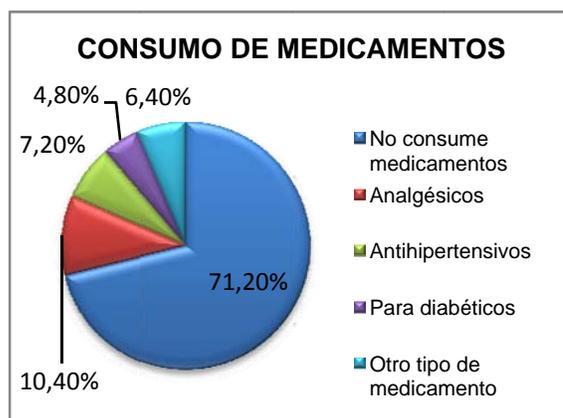


Gráfica 13



Gráfica 14

En la gráfica 14 referente al personal de enfermería que tiene personas a su cargo se encontró que en su mayoría el personal no tiene personas a su cargo, pues el 68.0% no cuenta con esa responsabilidad; del personal que si tiene personas a su cargo, el 20.8% tiene de una a cinco, el 4.0% de seis a diez, el 2.4% de once a doce, el 0.8% de veintiuna a treinta, el 2.4% de treinta y una a cincuenta, el 1.6% más de cincuenta y una hasta abarcar toda la plantilla de enfermeras que son doscientas. Lo que significa que por lo general el personal de enfermería no tiene esta responsabilidad y que el personal con mayores estudios e ingresos es el que tiene más personal a su cargo.



Gráfica 15

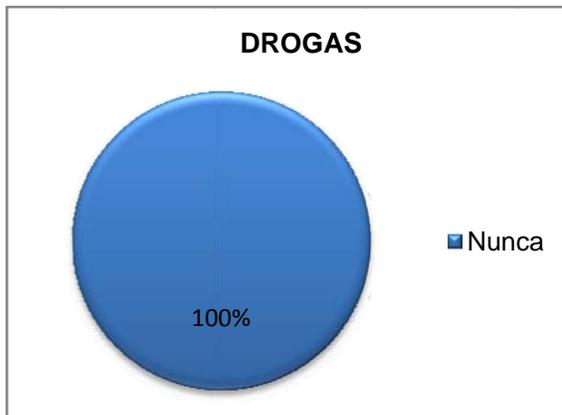
En la gráfica 15, referente al consumo de medicamentos del personal, el 71.2% expresó no tomar con frecuencia ningún tipo de medicamento y el 28.8% afirmó consumir algún tipo de medicamento, entre los cuales los analgésicos fueron los más frecuentes con un 10.4%, los antihipertensivos con un 7.2%, el medicamento para la diabetes 4.8% y el 6.4% es de otro tipo de medicamento. Esto indica que aun no hay demasiado personal de enfermería que necesite la

toma de algún medicamento para sentirse bien y que son los analgésicos los que más frecuentemente se utilizan para sentirse bien, sobre todo cuando hay demasiado trabajo y contrarrestar la dolencia física como son dolor de cuello y espalda, signos de resfriado o por el trabajo que se realiza.

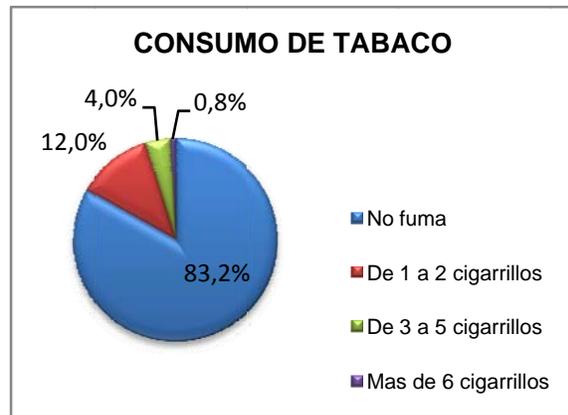


Gráfica 16

En las gráficas 16, 17 y 18 donde se muestra si el personal ingiere algún tipo de droga, alcohol o nicotina, se encontró que el personal en su totalidad 100% nunca ha tomado algún tipo de droga, en cuanto al consumo de alcohol 22.4% nunca consume alcohol, el 25.6% lo hace una vez al año, 34.4% dos veces por año, el 14.4 una vez al mes y solo el 3.2% una vez por semana, en lo referente al consumo de cigarrillos el 83.2% no fuma, y el 16.8% si fuma y la frecuencia con que lo hace es de uno a dos cigarrillos al día del 12.0% de tres a cinco el 4.0% y solo el .8% fuma más de seis cigarrillos al día.



Gráfica 17



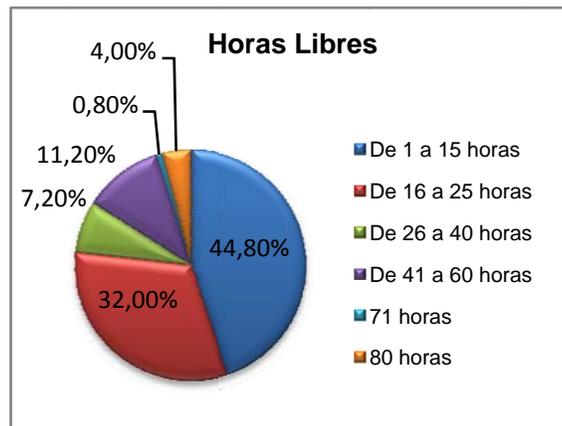
Gráfica 18

Esto implica que el 100% del personal no consume drogas, un 22.4% nunca consume alcohol y el 83.2% no fuma, lo que nos indica que es muy bajo porcentaje de personal que si consume alguna sustancia y en forma frecuente para sentirse mejor y liberar la tensión del trabajo.



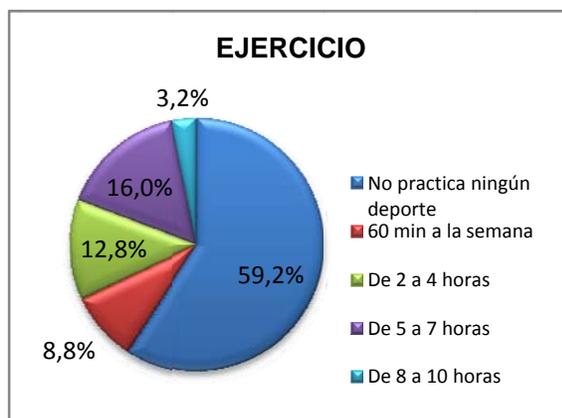
Gráfica 19

En la gráfica 19 referente a los tipos de accidentes, el 83.2% manifestó no haber tenido ningún tipo de accidente, el 6.4% ha tenido accidentes de tipo vehicular, el 3.2% ha sufrido fracturas o esguinces y un 7.2% de algún otro tipo. Lo que demuestra que en general, el personal de enfermería no es olvidadizo o distraído y si es organizado y cuidadoso con sus actividades.



Gráfica 20

Referente a las horas libres, la gráfica 20 muestra como el 44.8% del personal de enfermería tiene de una a quince horas libres a la semana, el 32.0% de dieciséis a veinticinco, el 7.2% de veintiséis a cuarenta, el 11.2% de cuarenta hasta sesenta horas y el 4.0% con más de ochenta horas a la semana, lo que nos indica que el personal de enfermería si cuenta con el tiempo necesario para realizar diferentes tipos de actividades.



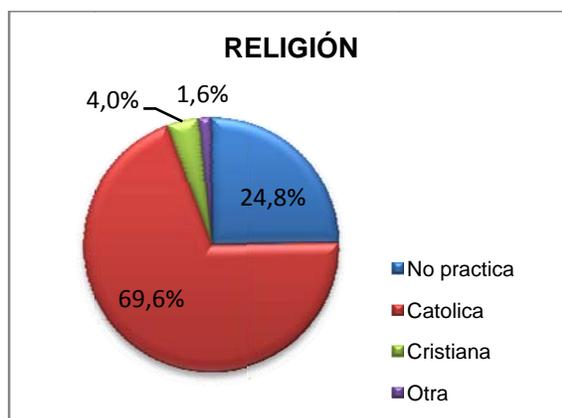
Gráfica 21

En la gráfica 21 referente a si el personal de enfermería realiza algún tipo de ejercicio físico, el 59.2% expresó no practicar ningún tipo de ejercicio, y el 40.8% si hacerlo con la siguiente frecuencia, el 8.8% mínimo una hora a la semana, el 12.8% de dos a cuatro horas, el 16.0% de cinco a siete y el 3.2% de ocho a diez horas. Esto implica que el mayor número de enfermeras no realiza ningún tipo de ejercicio, probablemente este personal se encuentre en altos niveles de estrés en su trabajo, lleno de preocupaciones y con pocas expectativas, ya que el ejercicio es una actividad recreativa que nos aporta energía, vitalidad, diversión, optimismo y puede disminuir el estrés.

Las gráficas 22 y 23 referentes a las prácticas religiosas y políticas, se encontró que el 75.2% personal de enfermería si practica algún tipo de religión y, el 24.8% no ejerce ninguna práctica religiosa, la religión más practicada es la católica con 69.6%, la cristiana con 4.0% y, el 1.6% otras religiones. En la preferencia política, el 30.4% manifestó tener una preferencia y el 69.6% no, de los que si cuentan con una preferencia, el 7.2% tiene una preferencia de derecha, el 15% de centro y el 8.0% de izquierda.



Gráfica 22



Gráfica 23

La Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) es un instrumento conformado por cuatro factores (F1 Agotamiento, F2 Despersonalización, F3 Insatisfacción, F4 Psicosomático) y un cuestionario de datos sociodemográficos.

### **ANÁLISIS DE CONSISTENCIA INTERNA.**

Se utilizó el Alfa de Cronbach para obtener la consistencia interna de la EMEDO, la cual fue de .847 en general. **(Tabla 1)**

**Tabla 1**  
**Análisis de Consistencia Interna de la Escala Mexicana de desgaste Ocupacional (EMEDO) en los primeros 30 reactivos de Alfa Cronbach.**

FACTOR	NÚMERO DE REACTIVOS	ALFA
F1	9	.728
F2	9	.679
F3	12	.774
TOTAL	30	.847

El instrumento cuenta con un total de 110 reactivos, de los cuales 30 corresponden a los factores F1(Agotamiento), F2(Despersonalización) y F3(Insatisfacción); 40 reactivos al cuarto factor F4(Psicosomático) y 40 reactivos que conforman el cuestionario de datos sociodemográficos.

También se realizó un análisis de varianza de una vía entre los factores 1, 2, 3 y 4 (Agotamiento, Despersonalización, Insatisfacción y Psicósomáticos; respectivamente) con las variables sociodemográficas, de las que las variables de historia laboral y calidad de vida fueron las que mostraron una significancia estadísticamente (**Tabla 2 y 3**)

**Tabla 2**  
**Análisis de Varianza entre Desgaste Ocupacional y Variables Sociodemográficas (historia laboral)**

Variables	Grupos	F1 Agotamiento	F2 Despersonalización	F3 Insatisfacción	F4 Psicósomáticos
Tipo de Contacto	Directo	2.6638*			1.6553
	Indirecto	1.9206*			1.2679
Horas Trabajadas	6-8	2.4069**			
	9-12	2.9716**			
	13-16	2.5556**			
	17-20	2.3333**			
Empleos en la Vida	1-2		2.0204*	1.4473**	1.5321
	3-4		1.8211*	1.6271**	1.6525
	5-6		1.6270*	1.4821**	1.8125
	7-8		2.8148*	2.6667**	2.0833
Ingreso Mensual	2000-4000	3.1333*		1.9167*	
	4100-7000	2.5673*		1.6140*	
	7100-10000	2.6086*		1.5265*	
	10100-16000	2.1852*		1.2546*	
	17000-25000	3.2083*		1.7292*	
	26000-34000	1.7222*		1.0000*	

\* <= .05

\*\* <= .01

La Tabla 2 presenta los valores estadísticamente significativos para algunas de las variables dentro de las de historia laboral, como son: tipo de contacto, horas trabajadas, empleos en la vida e ingreso mensual. El agotamiento (F1) es superior en las personas que tienen trato directo con los pacientes (F 4.136, p. .044), trabajan de 9 a 12 horas diariamente (F 3.645, p. .015) y tienen un ingreso mensual aproximado de 17000 a 25000 pesos (F 2.810, p. .020). Con respecto a la despersonalización, factor 2, la presentan en mayor grado las personas que han tenido de 7 a 8 empleos en toda su vida (F 2.734, p. .047), los niveles más altos de insatisfacción (F3), también lo presentaron aquellas personas que han tenido 7 u 8 empleos en su vida (F 4.170, p. .008) y las personas que perciben un ingreso mensual aproximado de 2000 a 4000 pesos (F 2.435, p. .039) y las que muestran en mayor medida aspectos psicósomáticos (F4) son las que tienen un trato directo con los pacientes (F 5.092, p. .026) y las que han tenido más empleos en su vida (F 2.727, p. .047).

**Tabla 3**  
**Análisis de Varianza entre Desgaste Ocupacional y Variables Sociodemográficas (Estilo de Vida)**

Variables	Grupos	F1 Agotamiento	F2 Despersonalización	F3 Insatisfacción	F4 Psicosomáticos
Frecuencia de Medicamento	Si No	3.0031*** 2.4682***			1.7576* 1.5834*
Tipo de Medicamento	Analgésico Antihipertensivo Diabetes Otros		2.2564* 1.8272* 1.3704* 1.7500*		
Tipo de Religión	Católica Cristiana Otras		1.8416*** 2.4667*** 3.1667***		

\* <= .05

\*\* <= .01

\*\*\*<= .001

Los resultados presentados en la Tabla 3 muestran los valores estadísticamente significativos dentro de las variables de ingesta de medicamentos, tipo de medicamento y tipo de religión que profesan, estas variables pertenecen a lo que se definió como estilo de vida. El agotamiento (F1) aparece en niveles mayores en las enfermeras que frecuentemente toman algún medicamento (F 8.603, p. .004), a su vez, la despersonalización (F2) es mayor en las enfermeras que toman analgésicos (F3.401, p. .029) y que practican algún otro tipo de religión que no es la católica ni la cristiana (F 5.145, p. .008), dentro de este aspecto, estilo de vida, no hubo datos estadísticamente significativos en el tercer factor, Insatisfacción (F3), pero las enfermeras que toman algún tipo de medicamento, frecuentemente mostraron un nivel más alto de padecimientos psicosomáticos (F 3.958, p. .049).

Además se realizaron correlaciones producto-momento de Pearson entre Desgaste Ocupacional y variables sociodemográficas (edad, tiempo con la pareja, número de hijos, número de trabajos, número de actividades diarias, horas trabajadas, antigüedad, años trabajados, número de empleos, número de ascensos, ingreso mensual, número de personas a cargo, número de cigarros que se fuman, horas libres y horas dedicadas al ejercicio). Presentándose solamente una fuerte correlación negativa entre el factor despersonalización (F2) y las horas libres; tal como se presenta. **(Tabla 4.)**

**Tabla 4**  
**Correlación Producto-momento de Pearson entre Desgaste Ocupacional y Variables sociodemográficas. (Estilo de vida)**

<b>Variabes</b>	<b>F1 Agotamiento</b>	<b>F2 Despersonalización</b>	<b>F3 Insatisfacción</b>
Horas libres	-.039	-.251**	-.066

\* <= .05

\*\* <= .01

\*\*\*<= .001

También se realizó una correlación Producto-momento de Pearson entre Desgaste Ocupacional y trastornos psicósomáticos (F4) (trastornos del sueño, trastornos psicosexuales, trastornos gastrointestinales, trastornos psiconeuróticos, trastornos de dolor, trastornos de ansiedad y trastornos de depresión), los resultados se muestran. **(Tabla 5.)**

**Tabla 5**  
**Correlación Producto-momento de Pearson entre Desgaste Ocupacional y Trastornos Psicósomáticos.**

<b>Variabes</b>	<b>F1 Agotamiento</b>	<b>F2 Despersonalización</b>	<b>F3 Insatisfacción</b>
T. de sueño	.593**	.334**	.475**
T. psicosexuales	.466**	.252**	.431**
T.gastrointestinales	.397**	.290**	.342**
T. psiconeuróticos	.381**	.263**	.380**
T. de dolor	.535**	.280**	.335**
T. de ansiedad	.401**	.220**	.424**
T. de depresión	.513**	.289**	.444**

Los factores Agotamiento (F1), Despersonalización (F2) e Insatisfacción (F3) presentaron una fuerte correlación positiva con todos los trastornos que integran el factor de trastornos psicósomáticos (F4).

Así mismo se realizaron correlaciones producto-momento de Pearson entre la sumatoria de las fases Leiter, trastornos psicósomáticos. (**Tabla 6**)

**Tabla 6**  
**Correlación Producto-momento de Pearson entre Fases Leiter y Trastornos Psicósomáticos.**

Variables	Fases Leiter
T. de sueño	.494 **
T. psicosexuales	.372 **
T. gastrointestinales	.387 **
T. psiconeuróticos	.338 **
T. de dolor	.424 **
T. de ansiedad	.352 **
T. de depresión	.442 **

\*\* <= .01

En la anterior tabla se puede observar una alta correlación positiva entre la sumatoria de las fases Leiter y los trastornos psicósomáticos, como el sueño, los psicosexuales, los gastrointestinales, los psiconeuróticos, del dolor, la ansiedad y depresión.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se cumplieron los objetivos: general y específicos, ya que se diagnosticó la existencia del Síndrome de Burnout dentro del personal de enfermería del Hospital General de Iztapalapa C.E.E.; además de que se identificaron las variables sociodemográficas del personal de enfermería encuestado mayormente relacionadas con la presencia de dicho síndrome. Por lo anterior, se comprueba contundentemente la hipótesis de trabajo que dice así:

H1: Existe presencia estadísticamente significativa del síndrome de burnout (desgaste ocupacional) en el personal de enfermería del Hospital General de Iztapalapa C.E.E.

Al comprobar la hipótesis de trabajo, se disprueba la hipótesis nula que dice:

H0: No existe presencia estadísticamente significativa del síndrome de burnout (desgaste ocupacional) en el personal de enfermería del Hospital General de Iztapalapa C.E.E.

Como ya vimos, el trabajo es una actividad fundamental y básica en la vida de cualquier ser humano, y su principal objetivo es satisfacer sus necesidades básicas aunque a través de esta, el hombre también ha podido satisfacer muchas otras necesidades; esta actividad al igual que muchas otras en el mundo ha ido cambiando con el paso del tiempo y todos los descubrimientos tecnológicos y científicos a lo largo de la historia, han tenido como finalidad la mejora en la vida de la especie humana, ¿pero será esto cierto?, tal vez en un gran porcentaje sí, pero no hay que dejar de lado que también estos mismos avances han contribuido a un retroceso en otro aspecto de propia vida.

El trabajo es una de las necesidades básicas humanas, pues constituye un medio para satisfacer las necesidades biológicas individuales aparte de ser la forma de autoexpresión más importante para el individuo misma que le permite manifestar su capacidad creadora. Pero esta necesidad requiere para ser cubierta, que la tarea sea acorde con la vocación, capacidad, aptitud entre otras cosas de quién la realiza, ya que de no ser así, se convierte en algo desagradable y el individuo tiende a evitarla (Ruíz, 1987)

“Una definición amplia de trabajo considera a este como el conjunto de actividades humanas retribuidas o no, de carácter productivo y creativo que, a través de la utilización de técnicas, instrumentos, materias, datos o informaciones disponibles, permite obtener, producir o prestar ciertos bienes, productos o servicios. En esta actividad, la persona aporta energía, habilidades, conocimientos y otros diversos recursos y obtiene a cambio algún tipo de recompensa material, psicológica y/o social.” (Alcover, Martínez, Domínguez y Rodríguez, 2004, P. 12)

Es por ello que esta actividad, el trabajo, es de suma importancia ya que es de esta de donde depende que una sociedad progrese o no. (Noriega, 2001).

La evolución del trabajo, comenzando con la revolución industrial en el siglo XVIII hasta nuestros días, ha traído consigo muchas desventajas a los trabajadores; ya que les ha impuesto ritmos de vida más acelerados, jornadas de trabajo más largas y pesadas, menos retribuciones económicas; generándoles todas estas situaciones, un estrés del cual no se pueden liberar. Este estrés crónico deriva en un padecimiento denominado Burnout en el año de 1974 por Freudenberger (Buendía y Ramos, 2001). Las implicaciones de estos cambios son de suma importancia para la enfermería, ya que las sociedades cambian pero son las enfermeras la que siguen ocupándose de la salud de millones de personas, ante esta situación ellas deben adaptarse a estas transformaciones; ya que de no hacerlo padecerán desgaste ocupacional (burnout) lo que les complicará y agravará sus funciones en el ejercicio de su profesión tal como lo reconoce la OMS (Vega, 2005).

La relación entre la salud y el trabajo es compleja ya que es reciproca y tiene consecuencias tanto positivas como negativas. Si las condiciones de trabajo son adecuadas esto se reflejará en bienestar en el trabajador y es entonces cuando el trabajo es considerado una fuente de salud, ya que como ya se expuso, aparte de cubrir las necesidades básicas, el trabajo contribuye a facilitar las relaciones sociales y fortalecer autoestima.

Pero cuando las condiciones de trabajo no son adecuadas se refleja de igual manera en la salud del trabajador repercutiendo en el desempeño laboral.

Una vez que se ha visto afecta su salud del trabajador, entendiéndola como el equilibrio que debe existir entre su bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedad (Benavides y colaboradores, 2000) es como surge la necesidad de conocer las causas específicas o los factores que intervienen para que se presente el síndrome de burnout.

El síndrome de burnout surge de la interacción social entre una persona que presta un servicio y otra que lo recibe. La persona que presta su ayuda o servicio lo siente cuando no ve cubiertas sus expectativas de trabajo, presenta cansancio emocional, despersonalización y reducción de la motivación de logro personal, siente que ya no le quedan recursos emocionales y ya no hay nada para los demás, desarrollando actitudes negativas y sentimientos de culpa por no poder dar solución a todos los problemas. Y se presenta generalmente en personas que se ven implicadas en situaciones emocionalmente demandantes, las cuales son causadas por una combinación de expectativas muy altas y situaciones de estrés crónico. (Franco, 1997)

Par cumplir con una atención de calidad en enfermería es necesario contar con el personal competente no solo en el aspecto técnico científico, sino también que sea capaz de dar un trato humano con el fin de satisfacer las necesidades del cliente.

Es generalmente aceptado que la satisfacción del profesional de la salud está relacionada con la calidad del servicio que otorga y cada vez va adquiriendo mayor importancia, además de ello no es menos cierto que las limitaciones presupuestales hacen que en muchas ocasiones, los intereses de los trabajadores y la empresa entren en conflicto.

La capacitación es un elemento clave para contrarrestar las tendencias excluyentes y mejorar las condiciones de trabajo, aunque no es un factor que lo determina, sin embargo; los costos y beneficios de la capacitación son muy difíciles de calcular. Se requiere de una cultura de capacitación que valore más allá del beneficio inmediato.

Saber cuando va a ocurrir el síndrome es difícil ya que se presenta como respuesta al estrés crónico y es cuando los síntomas se presentan como: fatiga, insomnio, dolor de cabeza, resfriados frecuentes, problemas digestivos, abuso de alcohol y/o drogas, problemas de sociabilidad. El profesional que se siente hastiado de su trabajo, puede renunciar a él, alejarse de su familia y amigos, incluso llegar a intentos de suicidio. Regularmente los que se ven afectados son los profesionistas más dedicados y con mayor disposición de ayudar. El síndrome del burnout o desgaste ocupacional aunque es progresivo, es dinámico, por lo que no ocurre en el mismo orden ni en la misma intensidad y cada persona que lo padece tiene un proceso totalmente diferente. (Papalía, 1993)

Indudablemente son muchas exigencias juntas y sobrepuestas, lo que hace complejo y difícil el ámbito laboral de la salud. Específicamente el sistema de salud en México enfrenta siete obstáculos principales: 1) insuficiencia, 2) ineficiencia, 3) inequidad, 4) insatisfacción, 5) inadecuada calidad, 6) inseguridad y 7) inflación, por lo cual México debe reformar sus sistemas de salud a corto plazo para poder alcanzar mejores niveles de vida para los trabajadores.

Las enfermeras son parte clave para la transmisión efectiva y eficiente del cuidado de la salud. La educación y capacitación de ellas como recursos humanos, debe ser de la más alta calidad para producir profesionales de enfermería que funcionen de manera independiente y competente en un medio dinámico.

Es notorio que la problemática de la salud del personal de enfermería se refleja de manera fisiológica y la forma de enfrentar esa problemática se hace de carácter conductual y psicológico, lo cual denota un gran esfuerzo del personal de enfermería por afrontar de la mejor manera la problemática organizacional del hospital que hace que haya un exceso de trabajo y esto les produce un agotamiento físico que va minando a las enfermeras y que aquellas que no son capaces de manejarlo, comiencen con las manifestaciones conductuales de inmediato.

Las enfermeras tienen una buena visión de ellas mismas, lo que les permite ver sus cualidades y tratar de mejorar sus defectos, para así poder brindar una mejor atención a sus pacientes. Pero si esto no ocurre por inseguridad de ellas mismas, lo que las incapacita para evaluar sus propias capacidades, su necesidad de protegerse y defenderse no les permite prestar atención a los pacientes que requieren de sus servicios.

Para poderse proteger enfermeras, se alejan el mayor tiempo posible de sus pacientes, procuran no acercárseles a platicar para detectar los posibles problemas que ellos tienen, por una parte por que no son capaces de ofrecer alguna solución y por otro lado, para no verse involucradas emocionalmente con sus pacientes.

Sin embargo, las enfermeras que están mejor preparadas académicamente se comportan totalmente diferente, ya que muestran un mayor acercamiento con los pacientes, aplican los conocimientos que han adquirido, detectan las necesidades y problemas de los pacientes y se ocupan para poder ayudarles a resolverlo, brindando así una atención de calidad.

En la presente investigación se coincide con lo que refieren Romana Albadejo, Rodolfo Quiroz y Carmen Perezagua cuando refieren que no existe relación significativa con la edad y desgaste ocupacional (burnout) (Balseiro, 2007) ya que tampoco se encontró relación significativa entre la edad de las enfermeras del Hospital General de Iztapalapa y dicho padecimiento. El género tampoco se encontró relacionado significativamente con el burnout, estando de acuerdo con Armand Grau y Jorge Román, en la parte en la que refieren que en los hospitales la mayoría del personal son del sexo femenino, no existiendo equidad suficiente para proporcionar datos con suficiente validez. (Balseiro, 2007). Con respecto al estado civil y al nivel educativo no se puede estar de acuerdo o en desacuerdo con los autores citados en el capítulo II, ya que no encontramos relación significativa con dicho padecimiento. La paternidad en las enfermeras del Hospital General de Iztapalapa encuestadas para esta investigación, no está relacionada significativamente con el burnout, tal como lo reportaron Armand Grau, Romana Albadejo y Pedro Gil-Monte (Balseiro, 2007).

Las enfermeras que tienen trato directo con los pacientes, además de tener de 9 a 12 horas laborales al día, manifestaron una relación significativa con el padecimiento del burnout ya que presentaron mayor agotamiento y trastornos psicosomáticos. Coincidiendo con lo encontrado en los trabajos de J. Carlos Atance y Rodolfo Quiroz. (Balseiro, 2007). Además de que los profesionales que manifestaron haber tenido en su trayectoria laboral de 7 a 8 empleos fueron en los que se encontró mayor despersonalización, insatisfacción y presencia de trastornos psicosomáticos. Tal como se menciona en la literatura referente a la etiología del burnout, ya que los profesionales no alcanzan la estabilidad laboral y así cubrir sus expectativas. (Balseiro, 2007). Con respecto al ingreso mensual, las personas que presentaron mayor agotamiento fueron las que perciben entre 17000 y 25000 pesos aproximadamente y las que perciben de 2000 a 4000 presentaron los valores más altos en el factor número 3 (Insatisfacción). Por lo tanto se corrobora lo mencionado por Balseiro en el 2005 referente a que el salario

es otro de los factores que propicia el desarrollo del burnout; pues si el salario que perciben las enfermeras es bajo en general y existe sobre carga de trabajo, se generará burnout. Sin embargo; se encontró una relación negativa entre el factor de despersonalización y el tiempo libre, lo que nos hace estar en desacuerdo con lo reportado en las investigaciones de Rodolfo Quiroz y N. Ibañez (Balseiro, 2007) y esta investigación.

También se pudo constatar que el personal de enfermería tiene manifestaciones fisiológicas y psicológicas que evidencian la presencia del burnout, como se reportó en la Tabla 3 al hacer uso frecuente de medicamentos principalmente analgésicos. Así pues los problemas que frecuentemente manifiesta el personal son: fatiga, cansancio, agotamiento físico, cefaleas y/o migrañas y dolencias físicas de cuello y espalda. Se obtuvieron además diferencias estadísticamente significativas entre el modelo de Leiter (1988) (citado en Buendía y Ramos, 2001), con respecto al los trastornos psicósomáticos, del sueño, dolor, psicosexuales, gastrointestinales, depresión, ansiedad y psiconeuróticos. (Tabla 6)

Por todo esto habría que preguntarse ¿cómo será la profesión de enfermería en nuestro país para el año 2030?, pero primero deberíamos preguntarnos ¿cómo será México en ese entonces? y ¿si los profesionistas estamos preparados y adaptados para responder a los cambios que acontecen en el mundo? Pues específicamente la enfermería como profesión se enfrentará a grandes retos y nuevas oportunidades que transformarán su práctica profesional; ya que nuestro país está inmerso en premisas del tratado de libre comercio; hacia la competitividad, la productividad y el mercado libre, y son las enfermeras las que deben tener muy en claro las exigencias de una profesionalización basada en un buen nivel educativo, para poder llevar a cabo programas de prevención y promoción de la salud, que repercutan hacia un futuro en un alto rendimiento económico y social, asumiendo su compromiso en su autocuidado que tendrán que realizar con calidad, conocimiento y profesionalismo.

Por estas razones, tomando en consideración un nuevo contexto económico, laboral y las exigencias que estos mismos imponen, se hace necesario proponer alternativas que cierren las distancias entre las demandas laborales, las políticas institucionales y las necesidades de las enfermeras, en concordancia con las posibilidades reales de cada parte.

## RECOMENDACIONES

### Para el personal de enfermería.

- Compartir las responsabilidades del personal de enfermería y dividir mejor el trabajo, además de invitar a las enfermeras a proponer alternativas de solución para evitar el estrés reconociendo su interés en la solución de esta problemática.
- Disminuir el exceso de trabajo por medio de un liderazgo eficaz de las enfermeras para que tengan más eficiencia en el trabajo y no cantidad de trabajo.
- Equilibrar las cargas de trabajo, rediseñando los puestos para que sean tomados como un reto y una meta estimulante; evitando situaciones críticas, sobre todo en el turno nocturno, por ausencia de los medios y también de personal responsable del cuidado de los pacientes.
- Rotar al personal de enfermería durante un periodo de un área crítica a una más tranquila y viceversa para ayudar a aliviar tensiones, además de que pueda aprender otras actividades y signifique un reto en su desempeño laboral.
- Crear áreas decorosas de descanso y esparcimiento para que el personal de enfermería tenga un lugar sano de relajamiento, en donde poder descansar y convivir con sus compañeros de trabajo aun dentro de su horario laboral.
- Promover actividades de superación profesional para el desarrollo de la enfermera que repercutirá por supuesto en su vida y en la calidad de atención que le brinde al paciente.
- Sugerir al personal el caminar y hacer cualquier otro tipo de ejercicio físico para ayuda a reducir el impacto del estrés.

- Tratar de que el personal de enfermería conciba el trabajo y los contratiempos como desafíos para crecer y deje de verlos como situaciones amenazadoras.
- Crear conciencia en las enfermeras de que cuidar su salud es responsabilidad de ellas mismas y las actitudes negativas hacia su trabajo también las enferma.
- Asistir a cursos de superación continua, para mejorar la calidad de atención y propiciar su desarrollo personal.

*Para el Hospital General de Iztapalapa.*

- Evaluar el indicador para calcular el personal de enfermería necesario y tratar de contratar más, de así requerirlo, con la finalidad de impedir el exceso a la sobrecarga de trabajo en el Hospital.
- Establecer un sistema de “recompensas para las enfermeras” con el fin de apoyarlas, expresándole afecto positivo, respeto y reconocimiento a su trabajo y esfuerzo, disminuyendo con esto las tensiones.
- Organizar eventos culturales donde se premie y reconozcan los merecimientos de los triunfadores y participantes, lo que coadyuvará a fortalecer la autoestima de los empleados.
- Identificar claramente los objetivos institucionales y difundirlos, ya que cuando estos no corresponden a lo observado, se generan fuentes de estrés.
- Fomentar la supervisión y liderazgo, ya que estos juegan un papel fundamental en la organización y dirección del personal de enfermería.

- Capacitar al personal de enfermería en el tema de Desgaste Ocupacional (Burnout) para que pueda diferenciarlo del estrés y en un momento dado afrontarlo.
  
- Proporcionar capacitación continua, promoviendo la participación de todo el personal de enfermería, para ofrecer un aprendizaje real de su trabajo haciendo que este se vuelva significativo y gratificante y deje de ser rutinario y se vuelva más creativo.
  
- Establecer un marco de relaciones laborales fundamentado en derechos y deberes, incentivos y responsabilidades recíprocas y muy claras.
  
- Aplicar sistemáticamente los principios éticos, científicos y profesionales en todas las actuaciones.
  
- Rendir cuentas y estar dispuestos a ser evaluados por quienes reciben los servicios.
  
- Canalizar a los servicios de Psicología y Psiquiatría a aquellas enfermeras que presenten manifestaciones de angustia y estrés y cuya sintomatología ya evidencie problemas de índole psicológico, fisiológico y/o conductual laboral.

## COMENTARIO

La mayoría de las enfermeras que trabajan en un hospital en algún momento de su vida laboral, han experimentado cansancio, agotamiento físico y si no lo toman en cuenta o lo dejan pasar, llegan a comportarse de manera indiferente hacia los demás. En cuanto a las enfermeras que laboran en el Hospital General de Iztapalapa, se les observó con la mirada triste, un gesto duro, y en general agresivas o siempre a la defensiva. Algunas de ellas se negaron de forma rotunda y grosera a contestar la EMEDO.

Se notó que las enfermeras con más necesidades emocionales o económicas, eran las que expresaban sentir que invertían todo su tiempo en su trabajo y que este no les retribuía más que en cansancio y frustración, externando también que el sueldo que perciben lo les alcanza, por lo que tiene algunas que trabajar turnos extras. Además de tener que soportar el mal trato o la injusticia de sus supervisores, para atender más pacientes de los que les correspondían por la falta de personal.

Es por eso que ante el agotamiento y cansancio, las enfermeras se vuelven insensibles ante el dolor de sus pacientes. Observándoles con frecuencia haciendo uso de períodos largos de descanso o leyendo alguna revista que nada tenía que ver con su profesión.

Algunas enfermeras faltan con mucha frecuencia para tomarse un descanso prolongado y recuperar energías, ya que sienten que no tienen por qué ayudar a los demás a cambio de nada.

# **ANEXOS**

**Questionario**  
**¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO?**  
**BN30 SIN CLAVES**

INSTRUCCIONES

A continuación se le presentarán una serie de enunciados a los cuales debe responder considerando su forma de pensar, sentir y actuar en determinadas situaciones; le pedimos que conteste de la manera más sincera posible, ya que nos es de gran utilidad.

Para contestar utilice las **HOJAS DE RESPUESTA** (F02) anexas, marcando con una "X" el óvalo correspondiente a la respuesta que describa mejor su forma de pensar, sentir y actuar.

Se le presentarán dos tipos de enunciados, los cuales tienen **seis opciones de respuesta**. En el primer tipo va en una escala de **Totalmente en Desacuerdo (TD)** a **Totalmente de Acuerdo (TA)** y puede elegir **cualquiera de las seis opciones**.

**Ejemplo Tipo 1):**

1. Considero que es importante asistir a fiestas

TD		TA
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

En el segundo tipo de enunciados le pedimos que responda **¿con qué frecuencia...?** ha tenido cierto padecimiento, debe contestar **sin considerar** los efectos producidos por sustancias como alcohol, estimulantes, cafeína, cocaína, opiáceos, sedantes, antidepresivos, hipnóticos, ansiolíticos, etc.

**Ejemplo Tipo 2):**

¿Con qué frecuencia...?

2. Tienes sangrado por la nariz.

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**LAS PREGUNTAS QUE NO CORRESPONDAN A SU SEXO, DÉJELAS EN BLANCO**

**NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS NI MALAS**  
Sus respuestas son anónimas y confidenciales  
Sólo serán utilizadas con fines estadísticos

**NO ESCRIBA EN ESTE CUADERNILLO**  
**¡GRACIAS!**

## ¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO?

### BN 30

1. Siento que mi trabajo es tan monótono, que ya no me gusta.
2. Me cuesta mucho trabajo levantarme por las mañanas para ir a trabajar.
3. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato bien.
4. Despierto por las mañanas con facilidad y energía para iniciar un nuevo día de trabajo.
5. Siento que un día de estos mi mente estallará de tanta presión en el trabajo.
6. Siento cansancio mental al grado de no poder concentrarme en mi trabajo.
7. Me cuesta mucho trabajo ser cortés con los usuarios de mi trabajo.
8. Siento que mi desempeño laboral sería mejor si tuviera otro tipo de empleo.
9. Establezco fácilmente comunicación con los usuarios de mi trabajo.
10. Hace mucho tiempo que dejé de hacer mi trabajo con pasión.
11. Todos los días me levanto y pienso que debo buscar otro empleo donde pueda ser eficiente.
12. Aunque realizo bien mi trabajo, lo hago por compromiso.
13. Si encontrara un empleo motivador de mis intereses personales, no dudaría en dejar el actual.
14. Las situaciones a las que me enfrento en mi trabajo no me provocan tensión alguna.
15. Siento que mis habilidades y conocimientos están desperdiciados en mi trabajo.
16. En mi trabajo todos me parecen extraños por lo cual no me interesa interactuar con ellos.
17. Aunque me esfuerzo al realizar mi trabajo no logro sentirme satisfecho con ello.
18. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato mal.
19. Mi cuerpo me reclama más horas de descanso, porque mi trabajo me tiene agotado.
20. Al llegar a casa después de mi trabajo lo único que quiero es descansar.
21. Lo que más me gusta de mi trabajo es la relación con los usuarios del mismo.
22. Se me facilita entender los problemas de los usuarios de mi trabajo.
23. Aunque un usuario de mi trabajo sea descortés conmigo, lo trato bien.
24. Mi trabajo es tan poco interesante que me es difícil realizarlo bien.
25. Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme importantes.
26. Siento que la energía que ocupo en mi trabajo, no la puedo reponer.
27. Mis horas de descanso son suficientes para reponer la energía que gasto al realizar mi trabajo.

28. No me siento contento con mi trabajo y eso me ha ocasionado problemas con mis compañeros.
29. Proporcionar un buen trato a los usuarios de mi trabajo es muy importante para mí.
30. En mi trabajo he llegado a un momento en el que actúo únicamente por lo que me pagan.

### **¿Con qué frecuencia...?**

31. Consideras que tienes sueño en exceso (más de 8 horas).
32. Te sientes deprimido (muy triste).
33. Sientes que la calidad de tu sueño es mala.
34. Tienes dolores de cabeza.
35. Sientes dificultad para deglutir.
36. Te despiertas bruscamente con gritos, llanto y mucho miedo.
37. Te has desmayado.
38. Tienes dolor durante tus relaciones sexuales.
39. Sientes indiferencia sexual.
40. Tienes pesadillas que alteran tu tranquilidad al dormir.
41. Te sientes desesperado (ansioso).
42. Despiertas y eres incapaz de moverte o hablar.
43. Te duelen las articulaciones de brazos y piernas.
44. Sufres intolerancia a diferentes alimentos.
45. Sufres vómitos.
46. Pierdes sensibilidad táctil (manos, piel, etc).
47. Tienes dolores en el abdomen.
48. Tienes la sensación de debilidad muscular en cierta parte del cuerpo.
49. Te duele la espalda y el cuello.
50. Tienes molestias al orinar.
51. Consideras que tienes problemas respiratorios al dormir (p. e. Roncar).
52. Te levantas de la cama durante la noche sin despertar.
53. Sientes un nudo en la garganta.
54. Llegas a perder la voz.

55. Dejas de dormir por varios días.
56. Sientes que interrumpes tu sueño durante la noche.
57. Sufres náuseas.
58. Sufres golpes irresistibles de sueño en situaciones inadecuadas (p. e. Manejando, conversando).
59. Te duele el pecho.
60. Tienes molestias al defecar.
61. Tienes problemas para alcanzar un orgasmo cuando estás con una pareja.
62. Sufres diarrea.
63. Tienes la sensación de perder el equilibrio.
64. Te despiertas sintiendo taquicardia, sudoración, tensión muscular y confusión.

Las preguntas **65, 66 y 67** sólo para **HOMBRES**, las preguntas **68, 69 y 70** sólo para **MUJERES**.

65. Tienes problemas de eyaculación precoz.
66. Tienes problemas de erección.
67. Tienes problemas para alcanzar la eyaculación.
68. Tu menstruación es irregular.
69. Tienes pérdida menstrual excesiva (sangrado).
70. Durante tu período menstrual, sufres dolores insoportables que te limitan en tus actividades.
71. ¿Qué edad tienes?
72. Sexo
73. Estado civil
74. Si tienes pareja, ¿cuántos años llevas con ella?
75. ¿Qué escolaridad tienes?
76. ¿Tienes hijos?
77. ¿Cuántos?
78. En tu trabajo ¿qué tipo de puesto ocupas?:
79. ¿Cuál es el tipo de trabajo que desempeñas?
80. ¿Cómo es el contacto que mantienes con usuarios (pacientes, clientes, etc.)?
81. ¿Cuántos trabajos tienes?

82. ¿Cuántas actividades consideras tener en un día? P.E. (Trabajos, deportes, religión, club, etc).
83. ¿Cuántas horas trabajas al día? (en tu principal empleo).
84. ¿Cuánto tiempo de antigüedad tienes en la empresa donde laboras actualmente?
85. ¿Cuántos años has trabajado en tu vida?
86. ¿Cuántos empleos has tenido en tu vida?
87. ¿Cuántos ascensos has tenido en tu vida?
88. ¿Cuál es el ingreso mensual aproximado que recibes sin considerar impuestos, descuentos, etc.?
89. ¿En qué tipo de organización laboras?
90. ¿Qué tipo de contrato tienes?
91. ¿Tienes personas a tu cargo?
92. ¿Cuántas?
93. ¿Tomas algún medicamento en forma frecuente?
94. Si tomas algún medicamento, ¿Escribe cuál y para qué?
95. ¿Cuánto tiempo tienes de tomarlo?
96. ¿Has tenido algún accidente importante? Especifica de qué tipo.
97. ¿Has tenido alguna intervención quirúrgica? Especifica de qué tipo.
98. ¿Fumas?
99. ¿Cuántos cigarros fumas al día?
100. ¿Con qué frecuencia ingieres bebidas alcohólicas?
101. En caso de que consumas drogas, ¿Con qué frecuencia lo haces?
102. Durante una semana, ¿Cuántas horas libres tienes?
103. ¿Haces ejercicio físico?
104. Si haces ejercicio, ¿Cuántas horas a la semana le dedicas?
105. ¿Practicas alguna religión?
106. ¿Cuál?
107. ¿Tienes alguna preferencia política?
108. ¿De qué tipo es tu preferencia política?
109. ¿Qué tan devoto eres de tu religión?
110. ¿Qué tan involucrado estás con la inclinación política de tu preferencia?

*Hoja de Respuestas*

**TD: Totalmente en Desacuerdo**  
**TA: Totalmente de Acuerdo**

**¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO?**

**BN 30**

	<b>TD</b>					<b>TA</b>
1.	<input type="radio"/>					
2.	<input type="radio"/>					
3.	<input type="radio"/>					
4.	<input type="radio"/>					
5.	<input type="radio"/>					
6.	<input type="radio"/>					
7.	<input type="radio"/>					
8.	<input type="radio"/>					
9.	<input type="radio"/>					
10.	<input type="radio"/>					
11.	<input type="radio"/>					
12.	<input type="radio"/>					
13.	<input type="radio"/>					
14.	<input type="radio"/>					
15.	<input type="radio"/>					
16.	<input type="radio"/>					
17.	<input type="radio"/>					
18.	<input type="radio"/>					
19.	<input type="radio"/>					
20.	<input type="radio"/>					
21.	<input type="radio"/>					
22.	<input type="radio"/>					
23.	<input type="radio"/>					
24.	<input type="radio"/>					
25.	<input type="radio"/>					
26.	<input type="radio"/>					
27.	<input type="radio"/>					
28.	<input type="radio"/>					
29.	<input type="radio"/>					
30.	<input type="radio"/>					

¿Con qué frecuencia...?

	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
31.	<input type="radio"/>					
32.	<input type="radio"/>					
33.	<input type="radio"/>					
34.	<input type="radio"/>					
35.	<input type="radio"/>					
36.	<input type="radio"/>					
37.	<input type="radio"/>					
38.	<input type="radio"/>					
39.	<input type="radio"/>					
40.	<input type="radio"/>					
41.	<input type="radio"/>					
42.	<input type="radio"/>					
43.	<input type="radio"/>					
44.	<input type="radio"/>					
45.	<input type="radio"/>					
46.	<input type="radio"/>					
47.	<input type="radio"/>					
48.	<input type="radio"/>					
49.	<input type="radio"/>					
50.	<input type="radio"/>					
51.	<input type="radio"/>					
52.	<input type="radio"/>					
53.	<input type="radio"/>					
54.	<input type="radio"/>					
55.	<input type="radio"/>					
56.	<input type="radio"/>					
57.	<input type="radio"/>					
58.	<input type="radio"/>					
59.	<input type="radio"/>					
60.	<input type="radio"/>					
61.	<input type="radio"/>					
62.	<input type="radio"/>					
63.	<input type="radio"/>					
64.	<input type="radio"/>					
65.	<input type="radio"/>					
66.	<input type="radio"/>					
67.	<input type="radio"/>					
68.	<input type="radio"/>					
69.	<input type="radio"/>					
70.	<input type="radio"/>					

71. \_\_\_\_\_ años

72. Masculino  Femenino

73. Con pareja  Sin pareja

74. \_\_\_\_\_ años

75. Primaria  Secundaria  Bachillerato  Licenciatura

Postgrado  Otro: \_\_\_\_\_

76. SI  NO

77. Núm. \_\_\_\_\_

78. Operativo  Medio  Ejecutivo

79. Empleado

Comerciante

Empresario

Profesionista Independiente

Otro \_\_\_\_\_

80. Directo  Indirecto

81. Núm. \_\_\_\_\_

82. Núm. \_\_\_\_\_

83. \_\_\_\_\_ Horas

84. \_\_\_\_\_ Años

85. \_\_\_\_\_ Años

86. Núm. \_\_\_\_\_

87. Núm. \_\_\_\_\_

88. \$ \_\_\_\_\_

89. Privada  Pública

90. Obra Determinada (Por proyecto)

Tiempo Determinado (Eventual o temporal)

Tiempo Indefinido (Base o planta)

91. SI  NO

92. Núm. \_\_\_\_\_

93. SI  NO

94. \_\_\_\_\_

95. \_\_\_\_\_ Años

96. SI  NO  Tipo: \_\_\_\_\_

97. SI  NO  Tipo: \_\_\_\_\_

98. SI  NO

99. Núm. \_\_\_\_\_

100. Nunca

Una vez al año

Dos veces al año

Una vez al mes

Una vez a la semana

Todos los días

101. Nunca

Una vez al año

Dos veces al año

Una vez al mes

Una vez a la semana

Todos los días

102. \_\_\_\_\_ Horas

103. SI  NO

104. \_\_\_\_\_ Horas

105. SI  NO

106. Religión: \_\_\_\_\_

107. SI  NO

108. Derecha  Centro  Izquierda

109. Poco       Mucho

110. Poco       Mucho

# **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## REFERENCIAS

- Alarcón, F. L., (2004, 02 de junio). **Psicología de la salud**. Recuperado el 01 de octubre de 2007 de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-141-1-psicologia-de-la-salud.html>
- Alcover, C. M., Martínez, D., Rodríguez, F., y Domínguez, R. (2004). **Introducción a la Psicología del trabajo**. España: McGraw – Hill.
- Balseiro, A. L. (2005). El Síndrome de Burnout: Un riesgo permanente en el trabajo de Enfermería. **Enfermería Universitaria. 2** p. 28
- Balseiro, A. L. (2007). El Burnout en el personal de enfermería: ¿De qué manera no quemarse? **Enfermería Universidad. 4**.
- Benavides, F. G., Ruíz, C., y García, A. M. (2000). **Salud laboral: Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales**. Barcelona: Masson. p. 3
- Buendía, J. y Ramos, F. (2001). **Empleo, Estrés y Salud**. Madrid: Ediciones Pirámide.
- De la Garza, E., Castillo, J.J., Abramo, L., Montero, C., Aparecido da Silva., R., Leite, M.P., N, M., et al. (2002). **Tratado Latinoamericano de sociología del trabajo**. México. Fondo de Cultura Económica. p. 16
- Dorsch, F. (1991). **Diccionario de Psicología**. Ed. Herder. Barcelona. p. 6
- Franco, B. M. X. (1997). **Manual integral de prevención del Síndrome de Burnout en un grupo de médicos, enfermeras y paramédicos**. Tesis de Licenciatura en psicología. Universidad Iberoamericana. México. 1997. p. 7
- Gil-Monte, P. R. (2005). **El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar**. Madrid: Ediciones Pirámide. p. 54-56
- Gil-Monte, P., y Peiró, J. (1997). **Desgaste psíquico en el trabajo. El síndrome de quemarse**. Madrid: Síntesis.
- Guillén, S. J. C. y Tinajero, C. L. I. (2007). **Síndrome de desgaste profesional o Burnout en voluntarios de la Cruz Roja del Estado de México**. Tesis. UNAM. Facultad de Psicología. p. 1.
- Gutiérrez, A. M. T. y Martínez, A. S. (2006). Burnout en enfermeras oncológicas mexicanas. **Salud de los trabajadores.14**

- Hernández-Vargas, C. I., Dickinson, M. E., Fernández, O. M. A. (2008) El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. **Revista de la Facultad de Medicina. 51.**
- Laurell, A. C. y Noriega, M. (1987). **Trabajo y salud en SICARTSA.** SITUAM. México.
- Leos, J. B., (2006). Estudio Exploratoria para la Construcción de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO). Tesis de Licenciatura en Psicología. México: UNAM.
- López, F. E. (2004). **Presencia del Síndrome de Burnout en lo Médicos Familiares de base de la Unidad Médica Familiar 09 del Instituto Mexicano del Seguro Social.** Tesis. UNAM. Facultad de Medicina, México. p. 1
- Martínez., A. S., (1997). **El estudio de la integridad mental en su relación con el proceso de trabajo.** Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. México, D. F. p. 21, 75.
- Martínez, S. J. M., (2004) **Estrés Laboral. Guía para empresarios y empleados.** Pearson Educación S. A. Madrid.
- Morales, F. (1999). **Introducción a la Psicología de la Salud.** México. Paidós.
- Noriega, E. M., Franco, E. J. G., Martínez, A. S., Villegas, R. J., Alvear, G. G. y López, A. J. (2001). **Evaluación y Seguimiento de la Salud de los Trabajadores.** Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. México, D. F. p. 15.
- Noriega, M. (1989). **En defensa de la salud en el trabajador.** SITUAM. México.
- Padro, C. R. (1982). **El Síndrome de deterioro (Burnout) en las instituciones de salud mental, causa, efectos y alternativas de solución.** Tesis inédita de Maestría en Psicología. Universidad Iberoamericana. México. p. 9
- Papalia, D. E. y Sally W. (1993). **Psicología.** Ediciones Mc. Graw. Hill. México. p. 378
- Pines, A. & Aronson, E. (1988). **Career Burnout: Causes and cures** (2nd ed.). New York: The free Press.

Recuperado el 24 de septiembre de 2007 de <http://www.who.int/about/es/>

Recuperado el 24 de septiembre de 2007 de <http://www.oit.org.mx/oit.htm>.

- Recuperado el 24 de septiembre de 2007 de  
<http://www.gas.pemex.com/PGPB/Reponabilidad+ocial/alud+ocupacional/>
- Recuperado el de 24 de septiembre de 2007  
<http://www.ptq.pemex.com/portal/PagubMenuViita.aspx?IdMenu=3&IdMenu=18>
- Robles, V. M. G. (1995). **Identificación de factores asociados al Síndrome de agotamiento en maestros de universidades mexicanas**. Tesis doctoral. Documento Impreso. Universidad Iberoamericana. México. p. 4
- Rodríguez, E. M. (1992). **Autoestima: clave del éxito personal. Serie Capacitación Integral**. Ed. Manual Moderno 2<sup>a</sup> ed. México. p. 10.
- Rodríguez, G. R. (2002, 02 de mayo). **Estrés laboral, consideraciones sobre sus características y formas de afrontamiento**. Recuperado el 01 de octubre de 2007 de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-83-1-estrés-laboral-consideraciones-sobre-sus-caracteristicas-y-f.html>
- Ruíz, S. A. (1987). **Salud Ocupacional y productividad**. Editorial Limusa. México. p. 19.
- Tonon, G., (2003). **Calidad de vida y Desgaste Profesional. Una mirada del Síndrome del Burnout**. Buenos Aires. Espacio Editorial.
- Vega, R. M. C. (2005). **Prevención del Burnout: Una alternativa de capacitación para la Psicología en atención a la violencia familiar**. Tesis. UNAM. FES Iztacala. México. p. 47.
- Uribe-Prado, J. F. (en proceso b). **Estudio confirmatorio de la escala mexicana de desgaste ocupacional (EMEDO): Un instrumento de burnout para mexicanos**.