



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

# **Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Zaragoza Especialización en Salud en el Trabajo**

**“RELACIÓN DEL SINDROME BURNOUT CON EL TURNO DE  
TRABAJO EN PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL  
DE TERCER NIVEL”**

## **TESIS**

**Que para obtener el grado de especialista en Salud en el Trabajo.**

**Presenta:**

**Edelmiro Servando Juárez Ortiz**

**Asesores:**

**Dr. Horacio Tovalín Ahumada**

**Jurados:**

**M. en C. Marlene Rodríguez Martínez**

**Mtra. Sara Unda Rojas**

**Mtra. Martha Méndez Vargas**

**Esp. Karla Elena Lalo Castellanos**

**Enero de 2013**



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.

## INDICE

Contenido	Página
Resumen	2
Introducción	5
Justificación	8
Problema de Estudio	10
1. Antecedentes	11
1.1 Conceptualización del Síndrome de Burnout	11
1.2 Modelos explicativos y factores de riesgo para presentar Síndrome de Burnout	20
1.3 Importancia del Síndrome de Burnout en el área laboral y profesionales de la Salud.	26
1.4 Síndrome de Burnout en enfermeras en México.	35
1.5 Instrumentos de Medición	43
1.6 Descripción de puesto de Trabajo: Enfermería	48
1.7 Reconocimiento sensorial de las condiciones laborales	54
2. Objetivos e Hipótesis	64
3. Metodología	66
4. Resultados	68
5. Discusión	79
6. Conclusiones	82
7. Recomendaciones	83
Bibliografía	88
Anexos	91

## RESUMEN

**Introducción.** El Síndrome de Burnout se caracteriza por altos niveles de agotamiento emocional, disminución de la energía, la capacidad de concentración, falta de motivación laboral, cambios conductuales y sentimientos de inadecuación y fracaso que repercuten en la calidad de vida en general y de la atención en los servicios de salud por parte del personal sanitario (Martínez Pérez, 2010). Ésta patología es una de las principales causas del ausentismo laboral y desde hace varios años es fuente de interés e investigación por parte de las organizaciones y empresas para poder prevenirlo y detectarlo en fases iniciales (Ortega Ruíz, 2004).

**Objetivos.** El interés principal en la realización de este estudio fue analizar las dimensiones que componen al Síndrome de Burnout: Agotamiento emocional, despersonalización y realización personal; para poder buscar asociaciones de cada una con las variables sociodemográficas: edad, estado civil y escolaridad, así también con las variables laborales: antigüedad laboral y turnos laborales; en una muestra de personal de enfermería que labora en un Hospital de Tercer Nivel de Atención ubicado en la zona sur de la Ciudad de México en los servicios de Medicina Interna, Admisión Continua Adultos y Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos.

**Método.** Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para la descripción y evaluación de variables cuantitativas y frecuencias, para describir los datos cualitativos se utilizó la prueba de hipótesis de Chi cuadrada de Pearson, Razón de verosimilitudes y Estadístico exacto de Fisher para identificar asociaciones y significancia entre las diferentes variables y componentes dimensionales.

**Resultados.** En términos generales, se encontró que el Síndrome de Burnout está presente en el 17% de la muestra estudiada. En relación al comportamiento de las dimensiones que definen al Síndrome se obtuvo que el 19.1% de la muestra presentó niveles altos de agotamiento emocional, 23.4% niveles altos de despersonalización y 21.3% de baja realización personal. Se encontró una diferencia significativa en la baja realización personal entre el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos ( $p = 0.003$ , razón de verosimilitudes = 16.7, estadístico exacto de Fisher = 0.005). El mayor número de casos de Burnout se detectaron en este servicio (30%). El turno nocturno representó un factor de riesgo significativo para desarrollar Burnout ( $p = 0.22$ , razón de verosimilitudes = 0.008).

No hubo hallazgos estadísticamente significativos en relación a la asociación de los componentes dimensionales con edad, estado civil, escolaridad o antigüedad. Los niveles más altos de agotamiento emocional y despersonalización se encontraron entre el personal casado, no siendo significativo desde el punto de vista estadístico, pero sí porcentual (25 % y 33.3% respectivamente), encontrándose en este grupo también el mayor porcentaje en el número de casos de Burnout (20.8%). Existen tendencias cercanas a lo significativo para despersonalización en el grupo de edad de 37-54 años ( $p = 0.072$ , razón de verosimilitudes = 0.068), así también en la baja realización personal en personal con estudios de licenciatura y posgrado ( $p = 0.042$ , razón de verosimilitudes = 0.076) siendo en este grupo donde se presentaron el mayor número de casos de Burnout (28.6%).

**Conclusiones.** El Síndrome de Burnout está presente en el personal de enfermería de la muestra estudiada. La Unidad de Cuidados intensivos Adultos es un área que predispone mayormente a presentar Burnout. El turno nocturno es un predictor para presentar Burnout. El agotamiento emocional y la despersonalización son mayores en el grupo de edad de enfermeras entre 37-54 años que se encuentran casadas. El personal de enfermería con estudios a nivel licenciatura y posgrado presentan bajos niveles de realización personal.

Lo anterior es importante considerarlo dentro de los resultados pues la baja realización en el trabajo puede repercutir negativamente en la productividad y calidad en la atención de las personas que acuden a los servicios de salud. Es importante promover en las instituciones el análisis de las condiciones de trabajo, los procedimientos y todo aquel condicionante organizacional e individual que sea un factor de riesgo para presentar desgaste profesional en vías de aplicar programas preventivos de riesgos psicosociales.

## INTRODUCCIÓN

Una de las preocupaciones actuales en el campo del bienestar y la salud en el trabajo es la referida al estrés en los ambientes laborales. El estrés relacionado con el trabajo conlleva a conflictos en el área laboral y fuera de ella.

El estrés y la tensión asociada a los trabajos asistenciales ha sido un hecho conocido desde siempre (Bowman, 2005). Si cualquier trabajo causa y produce estrés, trabajar con personas a las que hay que atender, cuidar, orientar, ayudar o sencillamente acompañar; agota mayormente.

El Síndrome de Burnout es un estrés laboral asistencial de tipo organizacional que afecta fundamentalmente a los profesionales que tienen relación con usuarios de diferentes servicios (Maslach, 2009) donde los servicios de salud juegan un papel importante y especialmente, la profesión de Enfermería, enfatizado en aquellas áreas de mayor naturaleza estresante en esta profesión, que condiciona en las variables causales y mediadoras del Burnout, una forma particular de estrés laboral en estos profesionales.

En la actualidad se cuenta con una rica bibliografía sobre este tema. La mayor parte de los investigadores (Maslach, 2009; Gil-Monte, 2003; Mc Craine, 1987, Pines, 1997) coinciden en identificar este síndrome como un estrés laboral asistencial que afecta a los profesionales de diversas ramas, pero que generalmente mantienen un tiempo considerable en intensa implicación con gente que a menudo se encuentra en una situación problemática y donde la relación puede estar cargada de sentimientos de turbación, frustración, temor o desesperación, lo cual repercute en la calidad de vida en la mayoría de los casos.

El *Burnout* no es cualquier tipo de estrés; se han elaborado varios modelos para su explicación. La mayoría de los autores (Martínez Pérez, 2010; Maslach, 2009) reconocen **3 dimensiones** fundamentales en este fenómeno: **Agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal**; ven en la organización de las actividades laboral-institucionales y en determinadas características personales, matizadas por el contacto continuo y frecuente con el público, sus principales fuentes causales.

Realmente la enfermera (o) está sometido a múltiples factores estresantes, tanto de carácter organizacional, como propios de la tarea que realiza. Estas características hacen que el síndrome de *Burnout* tenga una incidencia relativamente alta en esta profesión (Maslach, 2009). La salud de las enfermeras (os) es un factor indispensable para mantener el equilibrio en su actividad, condición a través de la cual las acciones, actitudes, comportamientos y obligaciones pueden desarrollarse sin tensiones que debiliten o interfieran los cuidados específicos de enfermería.

Los trabajadores y trabajadoras de los hospitales, particularmente el personal de enfermería, están expuestos a una serie de riesgos, tales como: la exposición a agentes infecciosos, posturas inadecuadas, levantamiento de cargas durante la manipulación de los pacientes, desplazamientos múltiples, exposición a sustancias químicas irritantes, alergénicas y/o mutagénicas y a radiaciones ionizantes, bien conocidos como productores de daños a la salud de los trabajadores. Por otro lado, siendo el paciente, el objeto de trabajo de este personal, el contacto con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, constituyen una carga mental para este grupo de trabajadores (Maslach, 1981).

A esta carga psíquica se añaden las dificultades cotidianas ligadas a la organización del trabajo, tales como: sobrecarga, problemas de comunicación entre colegas y en particular con los médicos, así como los horarios, la rotación de turno y la jornada nocturna (Maslach, 2009).

Todos estos factores de riesgos aunados a las condiciones y estilos de vida, configuran perfiles de malestares, enfermedades, desgaste físico y emocional, incapacidades e insatisfacción laboral, específicos del personal de enfermería (Maslach, 2009), que se ven reflejados en su desempeño laboral, social y familiar, repercutiendo negativamente en su calidad de vida en general.

## JUSTIFICACIÓN

El Síndrome de Burnout es considerado actualmente como una psicopatología de “desgaste profesional” de gran repercusión a diferentes niveles en los trabajadores afectados, tanto a nivel personal, como a nivel social, familiar y económico, repercutiendo negativamente en su calidad de vida (Martínez Pérez, 2010).

Los trabajadores principalmente afectados son aquellos que tienen que ver con el cuidado o contacto directo con la gente, quienes padecen de cerca la enfermedad o el estrés provocado por esta, como es el caso del personal de enfermería, o en otros ámbitos en los cuales las demandas organizacionales sobrepasan las capacidades de los trabajadores y estos sucumben a diferentes síntomas que pueden llegar a ser de tal intensidad que constituyan un Síndrome de Burnout (Maslach, 1981; 2009).

Existen respuestas actitudinales y conductuales que predisponen y/o aparecen a lo largo de la exposición crónica al estrés laboral y que definen la aparición del Síndrome de Burnout. Tales respuestas son componentes dimensionales que definen al Síndrome desde un punto de vista operacional: Desgaste emocional, Despersonalización y Realización personal. Estas dimensiones no son continuas o lineales en su aparición, habiendo diferentes respuestas en cada individuo, distintos modos de afrontamiento y se ha propuesto en varios estudios la correlación de estas diferencias con variables individuales y sociodemográficas.

Se ha descrito un perfil dimensional específico para definir la presencia de Síndrome de Burnout: altos niveles de agotamiento emocional, altos niveles de despersonalización y bajos niveles de realización personal. Existe un grupo en riesgo de presentar Síndrome de Burnout que presentan niveles moderados en cada una de las dimensiones. Es importante evaluar cada una de las dimensiones que definen el Síndrome de Burnout para poder diseñar acciones específicas encaminadas a incidir en forma particular en cada una de las dimensiones a partir de su repercusión y grado de intensidad.

Actualmente se está poniendo énfasis en este Síndrome y varias empresas y organizaciones dedican parte de sus investigaciones a determinar la existencia del Burnout, ya que es posible aplicar medidas preventivas a la aparición de los síntomas que lo constituyen y así se pueden disminuir los costes explicados por el ausentismo, la productividad y el poco optimismo puesto en el desempeño de las funciones específicas de los trabajadores.

Por lo anteriormente planteado y la revisión bibliográfica efectuada, la meta de esta investigación es determinar la asociación de cada uno de los componentes dimensionales del Burnout en el personal de enfermería de los servicios de Admisión continua, terapia intensiva y medicina interna en un Hospital de Tercer Nivel de Atención ubicado en la zona sur de la Ciudad de México con las variables: edad, estado civil, escolaridad, servicio, antigüedad y turno laboral.

La realización de este estudio sentará las bases para futuras investigaciones a nivel institucional que puedan llegar a incidir en la aplicación de programas preventivos de riesgos psicosociales que no únicamente prevengan el desgaste profesional, sino también, a su vez en forma directa o indirecta en el control del estrés laboral y sus múltiples repercusiones físicas y mentales, y por ende, en un cambio en la percepción de la calidad de vida en el trabajo.

## **PROBLEMA DE ESTUDIO**

El problema de estudio en este proyecto consiste en realizar un análisis de los componentes dimensionales que definen al Síndrome de Burnout en una muestra de enfermeras (os) que laboran en un Hospital de Tercer nivel en los turnos matutino, vespertino y nocturno de los servicios de Admisión Continua Adultos y la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos.

El planteamiento en este estudio es ¿Existe algún tipo de asociación de los componentes dimensionales del Síndrome de Burnout: Agotamiento emocional, Despersonalización y Realización personal, en relación a su intensidad; en el personal de enfermería que labora en un Hospital de tercer nivel de atención en función a las variables: edad, estado civil, escolaridad, antigüedad, servicio y turno laboral?

## 1. ANTECEDENTES

### 1.1 Conceptualización del Síndrome de Burnout

El término Burnout se empezó a utilizar a partir de 1977, tras la exposición de Maslach ante una convención de la Asociación Americana de Psicólogos, en la que conceptualizó el síndrome como el *desgaste profesional* de las personas que trabajan en diversos sectores de servicios humanos, siempre en contacto directo con los usuarios, especialmente personal sanitario y profesores. El síndrome sería la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral y tendría repercusiones de índole individual, pero también afectaría a aspectos organizacionales y sociales. (Martínez Pérez, 2010).

Hay acuerdo general en que el síndrome de Burnout es una respuesta al estrés crónico en el trabajo (a largo plazo y acumulativo), con consecuencias negativas a nivel individual y organizacional, y que tiene peculiaridades muy específicas en áreas determinadas del trabajo, profesional, voluntario o doméstico, cuando éste se realiza directamente con colectivos de usuarios, bien sean enfermos de gran dependencia, o alumnos conflictivos. Estos casos son los casos más reiterados, lo que no excluye otros, aunque ya hay que advertir que el síndrome se manifiesta menos en los trabajos de tipo manual, administrativo, etc. En estos casos, el estrés laboral no suele ser conceptualizado como Burnout, según discriminación general en el campo de la Psicología (Buendía & Ramos, 2001; Hombrados, 1997).

Así, por ejemplo, Freudenberger (1974), empleó el concepto de Burnout para referirse al estado físico y mental de los jóvenes voluntarios que trabajaban en su "*Free Clinic*" de Nueva York. Estos se esforzaban en sus funciones, sacrificando su propia salud con el fin de alcanzar ideales superiores y recibiendo poco o nada de reforzamiento por su esfuerzo.

Por lo tanto, después de uno a tres años de labor, presentaron conductas cargadas de irritación, agotamiento, actitudes de cinismo con los clientes y una tendencia a evitarlos. (Buendía & Ramos; 2001, Ramos; 1999, Buendía, 1998; Mingote, 1998; Hombrados, 1997).

Al mero concepto de “estar quemado” se añadía algo que ya no era sólo el estrés laboral; también cuentan el significado para la persona del trabajo que realiza, su propia capacidad de generar estrategias de afrontamiento, la misión a realizar que a veces genera excesiva implicación en el trabajo y puede terminar en la deserción o la desatención a los usuarios, pero también a sí mismo (Mingote, 1998).

Pero la extensión del Burnout a otros ámbitos distintos de los asistenciales genera una gran polémica científica, ya iniciada en el mismo momento en que Maslach acuñó el término (1976) y propuso que sólo se aplicara a trabajadores insertos en el ámbito laboral que realizan su trabajo en contacto directo con personas en el seno de una organización. Así, pues, Maslach y Jackson (1981, 1982) definen el Burnout como una manifestación comportamental del estrés laboral, y lo entienden como un síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) en el trato con clientes y usuarios, y dificultad para el logro/realización personal (RP). A partir de estos componentes se elaboró el "Maslach Burnout Inventory" (MBI), cuyo objetivo era medir el Burnout personal en las áreas de servicios humanos, evaluando dichas dimensiones por medio de tres subescalas. Extraoficialmente, esta escala se ha convertido en la más aceptada por su amplia utilización en diversos tipos de muestras. Hasta el momento, la escala ha tenido tres revisiones, en la última de las cuales se han introducido al fin las “profesiones no asistenciales” y se ha sustituido el término despersonalización por "cinismo". (Maslach - Jackson y cols, 1996).

La polémica, sin embargo, continúa; de ahí que encontremos todavía otras definiciones que vienen a complementar la de Maslach, por ejemplo, la de Burke (1987), que explica el Burnout como un *proceso de adaptación* del estrés laboral, que se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento (Ramos & Buendía, 2001). Farber (2000) lo describe como un reflejo de la mayoría de los ambientes de trabajos actuales, ya que la competencia laboral exige intentar producir cada vez mejores resultados al menor tiempo y con los mínimos recursos posibles. A partir de esta realidad, este autor señala cuatro variables importantes para explicar la aparición y el desarrollo del Burnout: 1) la presión de satisfacer las demandas de otros, 2) intensa competitividad, 3) deseo de obtener más dinero y 4) sensación de ser desprovisto de algo que se merece. (Martínez Pérez, 2010).

Dentro de la tendencia a aplicar el Burnout sólo a profesiones asistenciales, Maslach y Schaufeli (1993) intentaron una ampliación del concepto aceptando diversas definiciones en función de algunas características similares, de las que destacan:

1. Predominan más los síntomas mentales o conductuales que los físicos. Entre los síntomas disfóricos se señalan, el cansancio mental o emocional, fatiga y depresión; siendo el principal el Cansancio Emocional.
2. Los síntomas se manifiestan en personas que no sufrían ninguna Psicopatología anteriormente.
3. Se lo clasifica como un síndrome clínico-laboral.
4. Se desencadena por una inadecuada adaptación al trabajo, que conlleva a una disminución del rendimiento laboral junto a la sensación de baja autoestima.

En el lado contrario, es decir, entre los que amplían el síndrome a profesiones no asistenciales, destacan los conocidos y numerosos trabajos de Pines y Aronson (1988), que defienden que los síntomas del Burnout se pueden observar también en personas que no trabajan en el sector de asistencia social. El síndrome se manifiesta igualmente como un estado de agotamiento emocional, mental y física, que incluye sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo y baja autoestima.

Dicho estado estaría causado por una implicación durante un tiempo prolongado en situaciones que son emocionalmente demandantes.

Desde esta óptica, Pines y Aronson desarrollaron una escala de carácter unidimensional, distinguiendo tres aspectos: agotamiento, desmoralización y pérdida de motivación. En el mismo sentido, Shirom (1989), a través de una revisión de diversos estudios, concluye que el contenido del síndrome de Burnout tiene que ver con una pérdida de las fuentes de energía del sujeto y lo define como “una combinación de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo” (Buendía y Ramos, 2001; 1999). A ello hay que sumar otros factores, como los culturales, ocupacionales, educacionales, individuales o de personalidad (De Las Cuevas, 1996). Más recientemente, Hombrados (1997) propone una definición conductual basada en la coexistencia de un conjunto de respuestas motoras, verbales-cognitivas y fisiológicas ante una situación laboral con exigencias altas y prolongadas en el tiempo.

Las repercusiones de esta coexistencia sobre la salud del trabajador y sus funciones supone el desarrollo del Síndrome de Burnout. Por lo tanto, entiende como elementos fundamentales: “los cambios emocionales y cognitivos informados, cambios negativos en la ejecución profesional y una situación de presión social y/o profesional que aparece de manera continuada”.

En síntesis, el Síndrome de Burnout es un síndrome psicológico que implica una respuesta prolongada a estresores interpersonales crónicos en el trabajo. Las tres dimensiones claves de esta respuesta son un agotamiento extenuante, sentimiento de cinismo y desapego por el trabajo, y una sensación de ineficacia y falta de logros. Esta definición es una afirmación más amplia del modelo multidimensional que ha sido predominante en el campo del Burnout (Maslach, 1993).

La dimensión del agotamiento representa el componente de estrés individual básico del burnout. Se refiere a sentimientos de estar sobreexigido y vacío de recursos emocionales y físicos. Los trabajadores se sienten debilitados y agotados, sin ninguna fuente de reposición.

Carecen de suficiente energía para enfrentar otro día u otro problema, y una queja común es “Estoy aplastado, sobrecargado y con exceso de trabajo –simplemente es demasiado”. Las fuentes principales de este agotamiento son la sobrecarga laboral y el conflicto personal en el trabajo (Maslach, 2009).

La dimensión del cinismo representa el componente del contexto interpersonal del Burnout. Se refiere a una respuesta negativa, insensible, o excesivamente apática a diversos aspectos del trabajo. Normalmente se desarrolla en respuesta al exceso de agotamiento emocional, en principio auto-protector –un amortiguador emocional de “preocupación”. Si la gente está trabajando muy intensamente y haciendo demasiadas cosas, comenzará a apartarse, a reducir lo que están haciendo. Pero el riesgo es que el desapego puede derivar en la pérdida de idealismo y en la deshumanización. Con el tiempo los trabajadores no están simplemente creando formas de contención y reduciendo la cantidad de trabajo, sino que también están desarrollando una reacción negativa hacia la gente y el trabajo. A medida que se desarrolla el cinismo, la gente cambia desde tratar de hacer su mejor esfuerzo a hacer sólo el mínimo.

Su desempeño en el trabajo puede reducirse a “¿Cómo termino lo que estoy haciendo, sigo recibiendo mi sueldo y salgo de aquí?”. Los trabajadores con cinismo reducen la cantidad de tiempo que pasan en la oficina o lugar de trabajo y la cantidad de energía que dedican a su trabajo. Siguen desempeñándose, pero haciéndolo al mínimo, por lo tanto la calidad de ese desempeño disminuye (Maslach, 2009).

La dimensión de la ineficacia representa el componente de autoevaluación del Burnout. Se refiere a los sentimientos de incompetencia y carencia de logros y productividad en el trabajo. Este sentido disminuido de autoeficacia es exacerbado por una carencia de recursos de trabajo, así como por una falta de apoyo social y de oportunidades para desarrollarse profesionalmente.

La gente que experimenta esta dimensión del Burnout se pregunta, “¿Qué estoy haciendo? ¿Por qué estoy aquí? Quizás este es el trabajo equivocado para mí”. Esta sensación de ineficacia puede hacer que los trabajadores con Burnout sientan que han cometido un error al elegir su carrera y a menudo no les gusta el tipo de persona en que ellos creen que se han convertido. De este modo, llegan a tener una consideración negativa de ellos así como de los demás (Maslach, 2009).

A diferencia de las reacciones de estrés agudo, que se desarrollan en respuesta a incidentes críticos específicos, el Burnout es una reacción a la contante acumulación de estresores ocupacionales en curso. Con el Burnout, el énfasis ha estado más en el proceso de erosión psicológica, y los resultados psicológicos y sociales de esta exposición crónica, más que simplemente en los físicos. Debido a que el Burnout es una respuesta prolongada a los estresores interpersonales crónicos en el trabajo, tiende a ser bastante estable con el tiempo. Diferentes factores en el lugar de trabajo son predictores de las diferentes dimensiones del Burnout, pero las tres dimensiones deberían ser examinadas a fin de obtener una buena idea de lo que está ocurriendo cuando los trabajadores experimentan este fenómeno (Maslach, 2009).

El Burnout es un problema que surgió primero en trabajos de cuidado y servicio humano, tales como cuidado de salud, salud mental, servicios sociales, el sistema de justicia criminal, profesiones religiosas, orientación, y educación (Maslach, 1982).

Todas estas ocupaciones comparten un punto central de proporcionar ayuda y servicio a gente necesitada, en otras palabras, el aspecto principal del trabajo es la relación entre el proveedor y el que recibe. Este contexto interpersonal del trabajo significó que, desde el principio, el Burnout fuese estudiado no tanto como una respuesta individual al estrés sino también, en términos transaccionales, respecto a las relaciones existentes de un individuo en el lugar de trabajo. Además, este contexto interpersonal centró la atención en las emociones del individuo, y en los motivos y valores que subyacen en su trabajo con los receptores.

Las relaciones terapéuticas o de servicio que los cuidadores o proveedores desarrollan con los receptores exigen un nivel permanente e intenso de contacto personal y emocional. Aunque tales relaciones pueden ser gratificantes y adaptativas, también pueden ser bastante estresantes. Dentro de tales ocupaciones, las normas prevalecientes se circunscriben a ser desinteresado y poner primero las necesidades de los otros; trabajar muchas horas y hacer lo que sea necesario para ayudar a un cliente o paciente o alumno; hacer un esfuerzo extra y dar todo de sí. Además, los ambientes organizacionales para estos trabajos están conformados por diversos factores sociales políticos y económicos (tales como financiamiento de reducciones o restricciones de política) que derivan en ambientes de trabajo de elevada exigencia y bajos recursos (Maslach, 2009).

Los rasgos definitorios del síndrome de Burnout provienen de los trabajos de Maslach y Jackson quienes consideran tres componentes esenciales (Maslach, 1981; 1982):

— **El cansancio emocional:** Constituye el elemento central del síndrome y se caracteriza por una sensación creciente de agotamiento en el trabajo, “de no poder dar más de sí”, desde el punto de vista profesional. Para protegerse de este sentimiento negativo, el sujeto trata de aislarse de los demás, desarrollando así una actitud impersonal, deshumanización de las relaciones hacia las personas y miembros del equipo, mostrándose distanciado, a veces cínico y usando etiquetas despectivas o bien en ocasiones tratando de hacer culpables a los demás de sus frustraciones y disminuyendo su compromiso laboral. De esta forma intenta aliviar sus tensiones y trata de adaptarse a la situación aunque sea por medio de mecanismos neuróticos.

— **La despersonalización:** Se refiere a una serie de actitudes de aislamiento de cariz pesimista y negativo, que va adoptando el sujeto y que surgen para protegerse de agotamiento.

— **La falta de realización personal:** el sujeto puede sentir que las demandas laborales exceden su capacidad, se encuentra insatisfecho con sus logros profesionales ( sentimientos de inadecuación profesional ) si bien puede surgir el efecto contrario , una sensación paradójica de impotencia que le hacen redoblar sus esfuerzos, capacidades, intereses, aumentando su dedicación al trabajo y a los demás de forma inagotable.

Es un sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo, que surge al comprobar que las demandas que se le requieren exceden de su capacidad para atenderlas debidamente.

Estos tres aspectos están ligados entre sí a través de una relación asimétrica, donde el agotamiento emocional como primer componente conduce a la obtención de los otros dos, la despersonalización y a la auto evaluación negativa.

Por otro lado, este síndrome está considerado como una variable continua, que se extiende desde una presencia de nivel bajo o moderado, hasta altos grados en cuanto a sentimientos experimentados.

Además, la progresión no es lineal, más bien es un proceso cíclico, que puede repetirse varias veces a lo largo del tiempo, de forma que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en diferente trabajo.

## 1.2 Modelos explicativos y factores de riesgo para presentar Síndrome de Burnout

Desde la aparición del *Burnout* como constructo psicológico han surgido diversas propuestas explicativas que se han materializado en diferentes modelos de relación entre las variables implicadas en el *Burnout*.

En este sentido, los investigadores han asumido que el síndrome de estar quemado es un proceso que se desarrolla secuencialmente, de modo que las propuestas psicológicas se diferencian en el tipo de componentes que proponen, así tanto en su orden o en su grado de importancia a la hora de explicar el resultado final, como en las estrategias que el individuo puede emplear para controlarlo (Guerrero y Vicente, 2001).

Tomando como referencia los modelos psicosociales, Gil-Monte y Peiró (1999) clasifican en tres grupos los modelos existentes: teoría sociocognitiva del yo, teoría del intercambio social y teoría organizacional (Ortega Ruíz, 2004).

– Teoría sociocognitiva del yo. Se caracteriza por otorgar a las variables del *self* (autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto) un papel central para explicar el desarrollo del problema. Consideran que las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen; estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por acumulación de las consecuencias observadas en los demás y la creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos.

También determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompañan la acción. Según Harrinson (1983) la competencia y la eficacia percibida son variables clave en el desarrollo de este proceso.

La mayoría de los individuos que empiezan a trabajar en profesiones de servicios está altamente motivada para ayudar a los demás y tiene un sentimiento elevado de altruismo.

A esta motivación le pueden surgir factores barrera (como sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, ausencia de recursos, disfunciones de rol) que dificultan la consecución de los objetivos, disminuyen los sentimientos de autoeficacia y terminan originando el síndrome de Burnout.

- Teoría del intercambio social. Proponen que el síndrome de quemarse tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Los profesionales asistenciales establecen relaciones de intercambio (ayuda, aprecio, gratitud, reconocimiento) con los receptores de su trabajo, compañeros y la organización cuando de manera continuada perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo. Sin resolver y adaptarse a esta situación desarrollan sentimientos de quemarse por el trabajo.

– Teoría organizacional. Incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura y el clima organizacional. Los estresores del contexto de organización y las estrategias empleadas ante la experiencia de quemarse son claves para este modelo teórico.

Según Edelwich y Brodsky (1980), el Burnout aparece cuando el deseo del sujeto de marcar una diferencia en la vida del otro se ve frustrado, ya que las razones por la que las personas se dedican a ayudar a los demás tienen por objeto confirmar su sentido de poder.

También señalan que el tener muy alto entusiasmo inicial, baja remuneración económica independientemente del nivel jerárquico y educación, no tener apoyo ni refuerzo en la institución, el uso inadecuado de los recursos, y ser empleado joven son variables que aumentan la probabilidad de desarrollar el síndrome de Burnout.

Estas características se dan, por ejemplo, en el personal de enfermería, que es donde se ha centrado la mayor parte de las investigaciones, y en el que se encuentra que el desfase existente entre el espíritu altruista, la formación recibida y la realidad laboral es más alto. Además, un alto porcentaje del personal tiene pocos años de experiencia y su situación laboral no es estable. Como ha demostrado Manzano, el ser fijo en un trabajo aumenta el grado de satisfacción personal (Manzano, 1998). La misma autora observa que el nivel de educación se asocia con mayor frecuencia e intensidad al cansancio emocional (Martínez Pérez, 2010).

En el orden de la estructura familiar que engloba al trabajador, las personas que tienen hijos parecen ser más resistentes al Burnout debido a que la implicación del sujeto con la familia hace que tengan mayor capacidad para afrontar los problemas y conflictos emocionales, pero también a ser más realistas. Manzano (1998), por el contrario, argumenta que frecuentemente, a mayor número de hijos, mayor nivel de estrés ocupacional (Martínez Pérez, 2010)

Entre los aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout descritos en la literatura no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores si bien existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables.

La edad aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo éstos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas (Bowman; 2005).

En relación al sexo se observa que las mujeres son más vulnerables al desgaste profesional que los hombres, pero se debe advertir que el análisis de la relación de estas variables se complica por varios factores distorsionadores: por ejemplo, las mujeres pueden estar contratadas en trabajos con baja libertad de decisión a diferencia de los hombres; influyen también las demandas familiares, la educación y los ingresos (Martínez Pérez, 2010).

En general, la variable demográfica del sexo no ha sido un predictor sólido de Burnout. La única pequeña pero consistente diferencia de sexo es que los hombres a menudo tienen una puntuación ligeramente más alta en la dimensión del cinismo. Existe también una tendencia en unos pocos estudios en que las mujeres tienen una puntuación ligeramente más alta en agotamiento.

Estos resultados podrían estar relacionados con estereotipos de rol de género, pero es posible que reflejen también la confusión de sexo con ocupación (por ejemplo, es más probable que los oficiales de policía sean hombres, es más probable que las enfermeras sean mujeres) (Maslach – Jackson, 1985).

El estado civil, aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables.

En este mismo orden la existencia de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar (Maslach-Jackson, 1985; Greenglass – Burke, 1989)

Los turnos laborales y el horario laboral de estos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del Síndrome de Burnout aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería donde esta influencia es mayor dentro del espectro de los trabajadores de la salud principalmente en el turno nocturno (Mc Craine E.W y cols, 1987).

Sobre la antigüedad profesional tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestado en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome (Pines y cols, 1997; Cardinell, 1981). Naisberg y Fenning encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes (Naisberg, Fenning; 1991).

También parece importante incluir el nivel de implicación del sujeto. Específicamente, la implicación aparece como predictor significativo de desgaste profesional junto con estrategias de afrontamiento y balance de afectos. También influye la personalidad. Así, se habla de "Personalidad resistente al estrés", ya que aunque el origen del desgaste profesional se relaciona con el tipo de trabajo y sus condiciones, las variables individuales ejercen una fuerte influencia en las respuestas y, por lo tanto, en las consecuencias (Martínez Pérez, 2010).

Así pues, la relevancia de las variables personales implican que exista un “estilo de conducta ante el estrés”, que ha dado lugar a dos explicaciones globales: la “personalidad resistente” de Kobassa (1982) y el “sentido de coherencia” de Antonovsky (1987).

Entre estos dos modelos, el modelo de personalidad de Kobassa denominado "*hardy personality o hardiness*", que ha tenido mayor repercusión académica e investigadora, plantea que las dimensiones que constituyen la personalidad resistente son formas de acción y compromiso a partir de las situaciones reales. Las dimensiones que constituyen la personalidad resistente son, pues: el compromiso, el control y el reto (Martínez Pérez, 2010).

### 1.3 Importancia del Síndrome de Burnout en el área laboral y profesionales de la Salud.

La investigación ha descubierto que el estrés laboral es predictor de un menor rendimiento en el trabajo, problemas con las relaciones de familia y mala salud, y algunos estudios han demostrado hallazgos equivalentes en el Burnout laboral (Maslach, 2009).

De primordial interés para cualquier organización debería ser la mala calidad del trabajo que un empleado que sufre el Burnout puede producir. Cuando los empleados cambian su desempeño, estándares mínimos de trabajo y mínima calidad de producción en vez de desempeñarse al máximo, cometen más errores, se ponen menos minuciosos, y tienen menos creatividad para resolver problemas. Por ejemplo, un estudio descubrió que las enfermeras que experimentan niveles más elevados de Burnout estaban proporcionando, según sus pacientes, un nivel más bajo de cuidado (Leiter y cols, 1998), mientras que otro estudio descubrió que los oficiales de policía con Burnout reportaban más uso de violencia en contra de civiles (Kop y cols, 1999).

El Burnout ha sido asociado con varias formas negativas de respuestas al trabajo, incluyendo insatisfacción laboral, bajo compromiso con la organización, absentismo, intención de dejar el trabajo, y rotación de trabajo (Schaufeli y Enzmann 1998). Las personas que están experimentando Burnout pueden tener un impacto negativo en sus colegas, ya sea ocasionando mayores conflictos personales, o alterando las tareas del trabajo. De este modo, el Burnout puede ser “contagioso” y perpetuarse a través de las interacciones informales en el trabajo. Cuando el Burnout alcanza la etapa de cinismo alto, puede derivar en un mayor ausentismo y rotación. Los empleados que padecen Burnout hacen el mínimo, no se presentan con regularidad, dejan el trabajo temprano, y abandonan sus trabajos en mayor medida que los empleados comprometidos (Maslach, 2009).

La relación de la salud personal con el estrés humano ha estado siempre en el centro de la investigación del estrés. Éste siempre ha mostrado un impacto negativo tanto en la salud física (especialmente problemas cardiovasculares), como en el bienestar psicológico. La dimensión del estrés individual del Burnout es el agotamiento, y, como uno pronosticaría, esa dimensión ha sido correlacionada con diversos síntomas físicos del estrés: dolores de cabeza, desórdenes gastrointestinales, tensión muscular, hipertensión, episodios de resfrío/gripe, y alteraciones del sueño (Leiter y Maslach, 2000).

La necesidad de estudiar el síndrome de quemarse por el trabajo viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral, así como al hincapié que las organizaciones vienen haciendo sobre la necesidad de preocuparse más de la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados. En la actualidad resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva tiene repercusiones sobre la organización (v.g., absentismo, rotación, disminución de la productividad, disminución de la calidad, etc.). Asimismo, y dado que la mayor incidencia del síndrome de quemarse por el trabajo se da en profesionales que prestan una función asistencial o social, como los profesionales de enfermería, el deterioro de su calidad de vida laboral también conlleva repercusiones sobre la sociedad en general (Gil-Monte, 2003).

La OMS ha incorporado, acertadamente, a sus políticas de salud para todos, los Agentes Psicosociales en el ambiente laboral; a pesar de ello, constantemente se muestra la falta de conocimiento que se tiene de estos agentes y de los daños a la salud mental y la enfermedad mental que se produce (León J.M, 1998).

Los profesionales de salud se enfrentan constantemente a una tarea compleja en la que influyen diversas circunstancias; entre ellas se pueden señalar los estresores específicos de la profesión que suponen una alta implicación emocional y los relacionados con la organización del trabajo (Ortega Ruíz, 2004) :

- Exceso de estimulación aversiva. Constantemente se enfrentan al sufrimiento y a la muerte del paciente, así como dolor por la pérdida de un ser querido que padecen los familiares y allegados.
- Contacto continuo con enfermos que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda. Un control inadecuado del vínculo, por exceso (sobreimplicación) o por defecto (conductas de evitación) genera problemas importantes tanto para los pacientes como para sus cuidadores.
- La frustración de no poder curar, objetivo para el que han sido entrenados.
- Proporción muy alta de enfermos a los que deben de atender.
- Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de las de los pacientes y sus familiares.
- Horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos.
- Conflicto de rol y ambigüedad de rol.
- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinar.
- Burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias.

El exceso de trabajo, la alta competitividad, los conflictos de rol, la ambigüedad de rol, el contacto con la muerte, el trato con el paciente y con los parientes, la falta de organización en el servicio, los conflictos entre los compañeros, los cuidados de los enfermos críticos, son variables que aumentan el riesgo de caer en el Síndrome de quemarse por el trabajo (Gil-Monte, 2003).

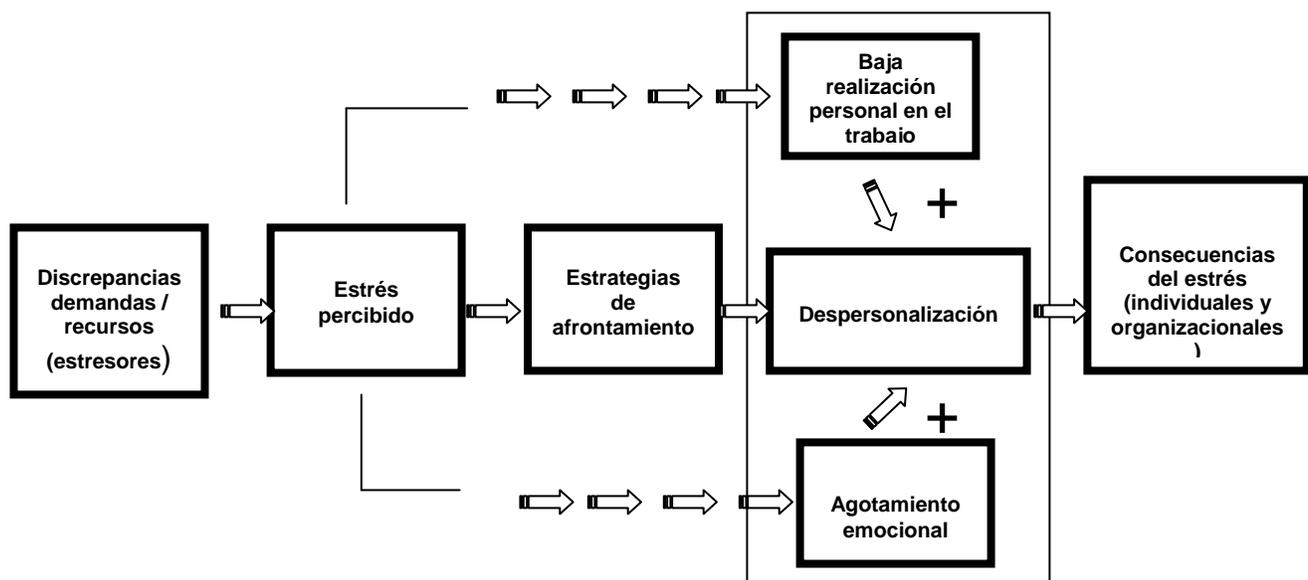
El desempeño del personal de salud requiere de una serie de actividades que necesitan forzosamente de un control mental y emocional mucho mayor que en otros servicios, aunado esto a que su actividad como personal de salud está expuesto a múltiples agresiones, como lo sería el manejo de pacientes en estado grave, el ofrecer cuidados prolongados o intensivos, el grado de responsabilidad y todavía más, el tener que saber controlar su estado de ánimo y compartir con el enfermo y su familia la angustia, depresión y dolor que padecen. Todo ello trae como consecuencia un desgaste físico y mental (Gil-Monte, 1997).

Este doble reto al cual está sometido el personal de salud, implica no solamente un alto nivel de competitividad y de eficacia si no también un compromiso personal que, quiera o no, afecta sus propias emociones y necesidades. Por ello es relevante poder identificar en qué porcentaje de los trabajadores de la salud, y en el caso particular de este estudio, en las enfermeras de áreas hospitalarias estresantes, se encuentra instalado el síndrome de quemarse en el trabajo (Gil-Monte y cols, 1997).

Los estresores laborales licitarán una serie de estrategias de afrontamiento que, en el caso de los profesionales de enfermería, deben ser efectivas para manejar las respuestas al estrés, pero también han de ser eficaces para eliminar los estresores, dado que los sujetos deben tratar diariamente con esa fuente de estrés. Cuando las estrategias de afrontamiento empleadas inicialmente no resultan exitosas, conllevan fracaso profesional y fracaso de las relaciones interpersonales con los pacientes y con sus familiares. Por ello, la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional.

Ante estos sentimientos el sujeto desarrolla actitudes de despersonalización como nueva forma de afrontamiento. De otra forma, si el sujeto no puede afrontar eficazmente los estresores, bien a través de estrategias activas, de estrategias centradas en la emoción, o de cualquier otro tipo, y dado que no puede evitar esos estresores (pues ha de acudir diariamente al trabajo donde siempre encuentra problemas similares), desarrolla sentimientos de agotamiento emocional y baja realización personal y posteriormente actitudes de despersonalización (figura 1). (Gil-Monte, 1997).

Figura 1. Modelo evolutivo del síndrome de Burnout.



Fuente: Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse.

Debido a que para los profesionales de enfermería el rol laboral prescribe no adoptar actitudes cínicas, deshumanizadas, de indiferencia o impersonales hacia los pacientes, la despersonalización no es una estrategia de afrontamiento empleada inicialmente para afrontar el estrés. Es necesario que los estresores se perpetúen en el tiempo para que los sujetos la adopten.

Ahora bien, en las actitudes de despersonalización hay que diferenciar dos aspectos. El primero de ellos, de carácter funcional, le posibilita al profesional no implicarse en los problemas del usuario, y por lo tanto realizar sobre éste todo tipo de acciones lesivas o negativas sin que por ello se vean afectados sus sentimientos.

El segundo aspecto tendría un carácter disfuncional y comprende aquellas conductas que suponen dar a los usuarios un trato humillante, con falta de respeto e incluso vejatorio (Gil-Monte, 1997).

Este modelo elaborado para explicar el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo, esto es cómo progresan sus síntomas, en profesionales de enfermería ha sido contrastado y ha obtenido evidencia empírica en diferentes estudios, y para diferentes colectivos profesionales como enfermería, profesores de niveles no universitarios, y policías locales (Gil-Monte, 1997).

Estudios recientes realizados con metodología cualitativa y de carácter exploratorio, apoyados por la revisión de la literatura, sugieren que los sentimientos de culpa podrían ser un síntoma del síndrome de quemarse por el trabajo adicional a los tres síntomas ya mencionados. De esta manera, cabe la posibilidad de identificar, al menos, dos patrones en el desarrollo del síndrome. Un patrón, digamos tipo A, en el que los profesionales desarrollan despersonalización, y esta estrategia de afrontamiento resulta eficiente -que no eficaz- para manejar el estrés laboral. De esta manera, los profesionales de enfermería se pueden adaptar al entorno laboral, y aunque no desaparezcan las fuentes de estrés pueden convivir con ellas (Gil-Monte, 1994).

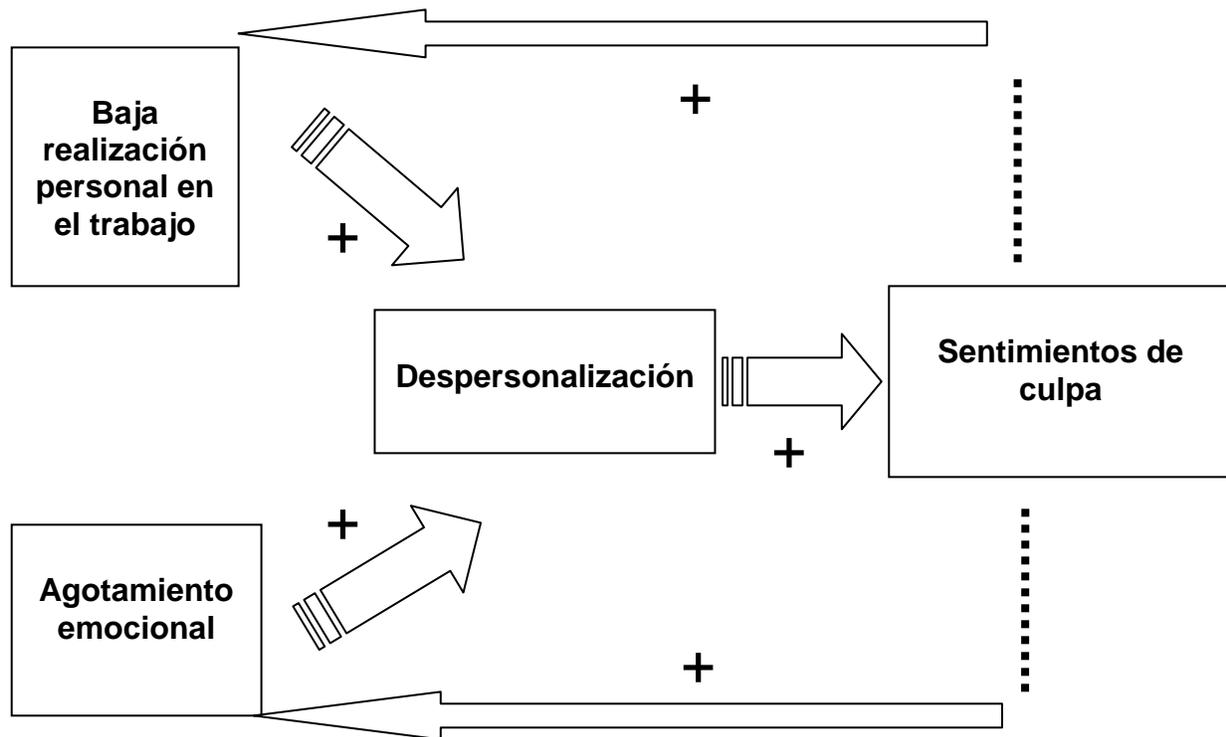
No obstante, la calidad de su trabajo será deficiente debido a esa respuesta -despersonalización- que resulta disfuncional para los pacientes y para la propia organización. Junto con este patrón, otros profesionales (patrón B), debido a consideraciones éticas o normativas derivadas de las prescripciones del rol y de otras variables psicosociales (p.ej., orientación comunal, altruismo) desarrollarán sentimientos de culpa como consecuencia de las actitudes y sentimientos de despersonalización.

Esos sentimientos de culpa llevarán a los profesionales a una mayor implicación laboral para disminuir su culpabilidad, pero como las condiciones del entorno laboral no cambian -sólo cambian los pacientes que presentan idénticos problemas-, disminuirá la realización personal en el trabajo, y aumentarán los niveles de agotamiento emocional y de despersonalización (Gil-Monte, 1994).

Este proceso desarrollará de nuevo sentimientos de culpa, o intensificarán los existentes, originando un círculo vicioso (Figura 2). De esta manera, a medio o a largo plazo se produce un deterioro de la salud de los profesionales de enfermería, aumentará su tasa de absentismo, y aumentará su deseo de abandonar la organización y la profesión. Este modelo es un planteamiento hipotético pendiente de contrastar y confirmar empíricamente con metodología cuantitativa (Gil-Monte, 1994).

La actividad en los servicios de salud, supone tres características principales: un gran esfuerzo mental y físico, continuas interrupciones y reorganización de las tareas que agravan el nivel de carga y esfuerzo mental que dicha profesión supone, y el trato con la gente en circunstancias de extrema ansiedad y aflicción. Además el profesional de salud suele quejarse por el exceso de trabajo, como sería el de atribuir nuevos ingresos cuando los espacios ya están ocupados y se está trabajando a la máxima capacidad, y de que su formación continua no tiene sentido, pues las posibilidades de promoción son muy escasas (Manzano y cols, 2000).

Figura 2: Sentimientos de culpa en el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo.



Fuente: P. R. Gil-Monte (Gil-Monte et al., 2001).

Algunos autores coinciden en afirmar que el colectivo de enfermería es uno de los más expuestos al estrés laboral por encima de otros grupos profesionales, ya que la actividad que desarrolla implica un compromiso personal y una interacción directa con las personas a las que están atendiendo. Las causas del elevado nivel de síndrome de Burnout en el personal de enfermería se ha asociado con bajo reconocimiento social, trabajo bajo presión de tiempo, falta de autonomía, incorporación de nuevas tecnologías, relaciones conflictivas entre el equipo de trabajo, contacto continuo con el sufrimiento y la muerte (Ballinas Aguilar y cols, 2009).

Actualmente, los datos epidemiológicos en diferentes países muestran una frecuencia del síndrome de Burnout en enfermeras entre 20 y 40 % por arriba de grupos como profesores y policías, sólo por debajo del porcentaje detectado en médicos y estudiantes de enfermería (Ballinas Aguilar y cols, 2009).

#### 1.4 Síndrome de Burnout en enfermeras en México.

A continuación una breve reseña de los principales resultados obtenidos en estudios realizados en población de enfermeras en México.

En Guanajuato, México en 2005 se llevó a cabo un estudio en 236 enfermeras en un Hospital de Especialidades para la detección del Burnout encontrándose agotamiento emocional en el 32%, deshumanización en el 63%, pérdida de interés en el trabajo, 50%, y agotamiento general, 50%. Se observó que los resultados correspondían a factores en su mayoría organizacionales, pues los profesionales de la salud trabajan en instituciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada (Arias Galicia y cols, 2008).

En 2008, en el Foro de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el Trabajo, se presentaron los resultados de varios proyectos de investigación. En uno de ellos la muestra de estudio estuvo conformada por 176 enfermeras de tres instituciones de salud de segundo nivel de atención en el estado de Morelos. El 93% de la población participante eran del sexo femenino y el 7% del sexo masculino. Participaron 138 enfermeras operativas (78%) y 38 enfermeras administrativas (21.6%). El 23.2% de los participantes realizaban su labor en el turno matutino, un 7.6% en el vespertino; 52.8% en el nocturno y el 16.4% en diversos turnos. A la muestra relacionada les fue aplicado el cuestionario de Maslach, el Q-Labors de calidad de vida y datos sociodemográficos. Los principales resultados mostraron que el personal con 6 a 10 años de antigüedad presentó promedios más elevados de agotamiento emocional y carencia de logro.

El personal de recién ingreso (con antigüedad menor de 1 año) ha cubierto su necesidades de contar con empleo y manifestaron mayores puntuaciones de satisfacción con el trabajo, compromiso hacia la organización, buena relación con su superior inmediato, satisfacción con la vida y con sus compañeros y con el salario; consideraron suficientes los materiales para trabajar, se sintieron realizados en su profesión, y percibieron un buen apoyo organizacional.

Solamente declararon mayor afectación en su salud. En cuanto el personal con mayor antigüedad (21 a 30 años) manifestó sentirse realizado en la trayectoria de su trabajo, por sus logros alcanzados tanto laborales. Los resultados obtenidos en esta investigación demuestran la presencia de dos dimensiones del síndrome de Burnout (desgaste emocional y carencia de logro= En riesgo) y su relación con la antigüedad y otras variables organizacionales. Quizá aquellos trabajadores que inician una vida laboral llegan con entusiasmo y altas expectativas; pero a lo largo del tiempo se va incrementando el estrés por las demandas de atención, en las cuales se involucran sentimientos negativos de desamparo, fracaso e impotencia, la baja autoestima y la dificultad para la concentración, así como los comportamientos paranoides y respuestas agresivas de los pacientes. Esta problemática a veces alcanza a los compañeros de trabajo y la familia también (Arias Galicia y cols, 2008).

En 2009 un grupo de estudiantes universitarios de la Universidad Autónoma del Estado de México realizó una investigación de tipo descriptiva; con un estudio transversal, prospectivo y comparativo. El estudio se llevó a cabo en el personal de enfermería, con una población de 407 enfermeros, mediante un muestreo no probabilístico e intencional se obtuvo una muestra de 122 enfermeras, se utilizó el instrumento de Maslach Burnout Inventory (MBI) que mide los 3 aspectos del síndrome: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal.

El análisis estadístico fue de tipo descriptivo, con el programa SPSS versión 13. Los resultados mostraron una prevalencia de Síndrome de *Burnout* en el Hospital Ecatepec es de 27% y en el Hospital de Cuautitlán de 24%. El Síndrome de *Burnout* de nivel alto en la muestra del estudio se obtuvo en el 88% en Ecatepec en comparación al 82% del hospital de Cuautitlán. Entre los principales factores contribuyentes en la aparición del síndrome encontraron el turno, el servicio, el enlace de turno, ausentismo, la gravedad del paciente, y supervisión por jefes de servicio (Marrau, 2009).

Con respecto al Burnout en relación al género del personal de enfermería de ambos hospitales encontraron que el 85% del personal eran del sexo femenino presentando un nivel alto, el 11% nivel moderado, y el 4% bajo. Mientras que el 100% de Burnout nivel alto es para el personal masculino. En cuanto a la edad de los profesionales de enfermería que presentaron el Síndrome nivel alto oscila del 90-92% predominando las edades 20 a 29 y 40 a 49 años. Tomando en cuenta los servicios por los que rota el personal de enfermería de ambos hospitales, observaron que está presente el Síndrome de Burnout alto con un 90 a 100% en los servicios de urgencias, supervisión, cuneros y consulta externa; del 83 al 89% en los servicios de tococirugía, quirófano, unidad de cuidados intensivos, cirugía general y pediatría; y de 60 a 76% medicina interna y ginecología.

Con respecto al turno del personal de Enfermería con Síndrome de Burnout alto encontraron que lo presentaron del 90 al 100% en el nocturno especial y el nocturno B, del 80 al 84% en el turno vespertino, matutino, especial diurno y el nocturno A (Arias Galicia y cols, 2008).

Ballinas y cols (2009) publicaron un estudio realizado en un Centro Médico del IMSS con el objetivo de Identificar la presencia del síndrome de Burnout en enfermeras que laboran en áreas críticas y no críticas en hospitales del Centro Médico La Raza. Se aplicó a 278 enfermeras del Centro Médico La Raza en la ciudad de México el instrumento *Maslach Burnout Inventory*, versión en español con una pregunta agregada. Se realizó estudio transversal, en un periodo de diez meses, en enfermeras de cuatro hospitales de la ciudad de México. De una población total de 3704 enfermeras, a través de una muestra no aleatoria se incluyeron 278 enfermeras generales, especialistas y auxiliares de enfermería con más de seis meses de trabajar en el área, que se encontraron presentes los días del estudio en los servicios y aceptaron participar de manera voluntaria, de las cuales 127 laboran en diferentes áreas no críticas y 151 en áreas críticas de los diferentes hospitales.

Se consideraron de alta complejidad los hospitales con más de 500 camas y que manejan más de cinco especialidades y subespecialidades: hospital de especialidades y hospital general; hospitales de mediana complejidad se consideraron los que tienen menos de 500 camas, con una sola especialidad y varias subespecialidades, el de ginecoobstetricia e infectología, todos ellos pertenecientes al tercer nivel de atención.

Los servicios incluidos como áreas críticas fueron: urgencias, cuidados coronarios, terapia intensiva pediátrica y adultos. Como áreas no críticas: hemodiálisis, oncología, recuperación pediátrica, hospitalización adultos y hematología. Se aplicó al personal de enfermería una encuesta con datos sociodemográficos que contenía variables cualitativas como: categoría, servicio asignado, turno, estado civil, escolaridad y tipo de contratación. Como variables cuantitativas: edad, antigüedad, tiempo de recorrido de su casa al trabajo y número de pacientes atendidos.

Se utilizó el Inventario de Maslach para medir Burnout (Maslach Burnout Inventory MBI), versión en español validada y utilizada en poblaciones latinas y mexicanas. Este instrumento mide las tres dimensiones del Burnout. Se consideró que el grado de Burnout es alto cuando aparecieron puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización y bajas, en realización personal; se incluyeron sólo los casos que cumplieron con los tres criterios. Para medirlo se adoptó el sistema percentilar usado en otros estudios sobre el tema, el cual consideró nivel bajo del síndrome a las puntuaciones por debajo del percentil 33, nivel medio entre 33 y 66 y nivel alto por encima del percentil 66 de la población estudiada.

En el análisis de las variables sociodemográficas y laborales, la única variable que presentó diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0.008$ ) fue el turno, tanto matutino como nocturno respecto al vespertino, con una proporción casi cuatro veces mayor en ambos casos.

Ninguna otra variable presentó diferencia estadística ( $p > 0.05$ ). Asimismo no se encontraron diferencias sobre la presencia del síndrome entre enfermeras de áreas críticas, la proporción de personas que presentan el síndrome es incluso discretamente mayor en las áreas no críticas en relación a las críticas en un análisis global de los cuatro hospitales.

Las proporciones sobre la presencia del síndrome de Burnout de acuerdo al servicio y hospital, las enfermeras que muestran mayor porcentaje del síndrome son las asignadas a las áreas críticas en los hospitales de alta complejidad (general y de especialidades), el porcentaje es significativamente mayor y alcanza una proporción dos veces superior, en relación a las áreas no críticas. En lo que respecta al hospital de infectología, la diferencia también es ligeramente mayor en áreas críticas. En el hospital de ginecoobstetricia se encontró un porcentaje mayor del síndrome en personal de áreas no críticas que en áreas críticas, siendo una proporción cuatro veces superior.

Las puntuaciones promedio de cada unidad por servicio pueden identificarse en los grupos que presentaron mayor puntaje, en agotamiento emocional y despersonalización y menores en realización personal. Así, las enfermeras que reúnen estos tres criterios, presentaron nivel alto de síndrome de Burnout y corresponde en mayor proporción a las áreas no críticas del hospital de ginecoobstetricia y los puntajes más bajos para este síndrome lo presenta el personal de áreas críticas del hospital de infectología, ambos hospitales considerados de mediana complejidad.

Los resultados más consistentes se presentaron en la dimensión realización personal y despersonalización en el personal del Hospital de Gineco-obstetricia 3, así como la dimensión de agotamiento emocional en el Hospital de Infectología, los cuales alcanzaron significancia estadística.

Los resultados de este trabajo son congruentes con los reportes de otras investigaciones, en los que se obtuvieron niveles más altos del síndrome en enfermeras que laboraban en áreas de hospitalización y medicina interna que en áreas de urgencias y cuidados intensivos.

El perfil de riesgo en esta población incluye trabajar en áreas no críticas de un hospital de mediana complejidad, en el turno matutino, donde existe falta de recursos para trabajar, el personal percibe que su trabajo no es reconocido y existen relaciones conflictivas entre el equipo de trabajo. Según este estudio, el síndrome de Burnout no se encuentra determinado por las variables sociodemográficas, hospital o área laboral del personal.

En un artículo publicado en el año 2011 Basset y cols; realizaron un estudio cuantitativo basado en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer si existía Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en una Unidad de Psiquiatría. El universo estuvo constituido por los 223 recursos humanos de enfermería que laboran en una Unidad de Psiquiatría del D. F. México; en la determinación de la muestra se aplicó el paquete estadístico Epi Info 2000, por lo que fue una muestra probabilística (aleatorio simple), con un 95% de confianza, obteniéndose una muestra de 60 recursos humanos de enfermería.

Como instrumento se aplicaron dos tipos de cuestionarios: el de datos laborales, conformado por 36 preguntas de opción múltiple y abiertas para la obtención de datos sociales y de su situación actual en el trabajo, y el cuestionario de Maslach Burnout Inventory, compuesto por 22 preguntas semiestructuradas que evalúan el nivel del síndrome de Burnout en sus tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización en el trato y realización personal.

En la muestra se incluyó personal de enfermería de los cinco turnos, ambos sexos, de todos los servicios que desearon participar, con una antigüedad mínima de seis meses y que no estuvieran bajo ningún tratamiento farmacológico con sedantes o antidepresivos. De los resultados obtenidos del instrumento aplicado, el 85% del personal de enfermería refirió bajo nivel de agotamiento emocional, el 11.7% con nivel medio y sólo el 3.3% con nivel de la subescala del síndrome de Burnout alto, lo que indica que el rango mayor se encuentra en un nivel bajo, demostrando que no existe agotamiento emocional.

En la subescala que se refiere a despersonalización, el personal de enfermería presentó un nivel bajo con el 56.7%, un 18.3% en nivel medio y el 25% en el nivel alto, demostrando que no existe despersonalización en los recursos humanos encuestados. El 76.7% del personal de enfermería presentó en esta última subescala que hace referencia a la realización personal un nivel bajo de 76.7%; el nivel de despersonalización fue del 16.7% ubicándose en un nivel medio y sólo el 6.7% se ubicó en el nivel alto en la subescala de realización personal, predominando el puntaje en el nivel bajo, que a la inversa de las subescalas anteriores indica un alto índice de insatisfacciones, ya que la mayoría de los recursos humanos refiere baja realización personal.

En el presente estudio no se encontró síndrome de Burnout clásico como tal, con la manifestación de sus tres componentes: alto nivel de cansancio emocional, alta despersonalización en el trato y baja realización personal; del total de recursos humanos de enfermería encuestado, solamente el 3.3% de ellos tienen alto agotamiento emocional, el 25% alto nivel de despersonalización en el trato y un 76.7% baja realización personal, encontrándose este último en un nivel bajo. Por lo antes mencionado, y aunque el 85% de la población se encuentra “sana”, el 15% se encuentra en “riesgo” de presentar el síndrome de Burnout al tener hasta tres componentes alterados.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social se da mucha importancia a la investigación sobre este síndrome que afecta la calidad de vida de los trabajadores, en el presente año en uno de los estudios publicados, Fernández y cols; (2012) realizaron una revisión del tema donde documentan la evidencia científica sobre los factores que originan el Síndrome de Burnout: situacionales (características del trabajo, ocupacionales y organizacionales); individuales: (características sociodemográficas, de personalidad y actitudes hacia el trabajo) y la violencia hacia las enfermeras como un factor emergente. Se presenta la evidencia sobre las consecuencias en las enfermeras y en las instituciones, así como las intervenciones que han mostrado efectividad a nivel individual (intervenciones educativas y psicosociales) y a nivel organizacional.

En sus conclusiones mencionan la importancia de que las enfermeras administradoras y el personal conozcan todo lo relativo al Síndrome para prevenirlo e intervenir oportunamente. Alientan para que en investigación sea prioritario construir una línea que supere las diferencias metodológicas que limitan comparaciones de prevalencia, factores relacionados y consecuencias en el contexto nacional, incluyendo la evaluación de intervenciones.

## 1.5 Instrumentos de Medición

Para la evaluación del síndrome de Burnout se han utilizado distintas técnicas. Al principio, los investigadores utilizaban las observaciones sistemáticas, entrevistas estructuradas y test proyectivos, pero luego se fue dando mayor énfasis a la evaluación mediante cuestionarios o autoinformes, lo que plantea varios problemas. Ante un proceso de evaluación con autoinformes es importante tener presente que sus medidas son débiles por sí solas; es decir que se aconseja recabar datos objetivos de otras fuentes para confirmar y ampliar los resultados.

La debilidad de los autoinformes tiene relación con la cercanía operacional entre la variable independiente y la variable dependiente postulada. Puede ser tanta dicha cercanía que, incluso, los constructos que se miden se pueden utilizar a veces como causa y otras como consecuencias. Sin embargo, los autoinformes son los instrumentos más utilizados para la evaluación del Burnout, y de éstos los preferidos por los investigadores son el Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach y Jackson, 1981, 1986) y el Burnout Measure (BM, Pines y Aronson, 1988).

A continuación se recogen algunos de los instrumentos más utilizados para la medición del Síndrome de Burnout (Garcés de los Fayos y cols; 1997).

<b>Instrumento de medida</b>	<b>Autores</b>
Staff Burnout Scale	Jones (1980)
Emener-Luck Burnout Scale	Emener y Luck (1980)
Maslach Burnout Inventory	Maslach y Jackson (1981)
Burnout Scale	Kremer y Hofman (1985)
Teacher Burnout Scale	Seidman y Zager (1986)
Energy Depletion Index	Garden (1987)

Efectos Psíquicos del Burnout	García Izquierdo (1990)
Escala de Variables Predictoras del Burnout	Aveni y Albani (1992)
Cuestionario de Burnout del Profesorado	Moreno y Oliver (1993)
Rome Burnout Inventory Venturi	Dell'Erba y Rizzo (1994)
Escala de Burnout de Directores de Colegios	Friedman (1995)

A continuación algunas características de los más conocidos (Martínez Pérez, 2010; Garcés de los Fayos y cols; 1997) :

#### MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Los estudios de Maslach y Jackson se dividen en dos etapas. En la primera definieron el Burnout aplicándolo a profesionales que trabajaban en el área de servicios humanos y utilizaron un sistema de medida, el conocido Maslach Burnout Inventory –MBI- (1981, 1986). Este instrumento, traducido al castellano, ha sido validado por Gil Monte, P. (2002). El MBI es un cuestionario autoadministrado y consta de 22 ítems tipo Likert que recogen respuestas del sujeto con relación a su trabajo sobre sus sentimientos, emociones, pensamientos y conductas.

Maslach y Jackson consideran al Burnout un constructo tridimensional, y por ello la escala está dividida en tres subescalas: cansancio emocional, despersonalización y realización personal, con resultados bajo-medio-alto. Pero también, con esta escala se pueden analizar los resultados en relación con la profesión del sujeto, es decir que hay puntuaciones de corte para distintos grupos: profesores, asistentes sociales, médicos, profesionales de salud mental y otros profesionales. El MBI ha sido aplicado a estas poblaciones obteniendo alta fiabilidad y alta validez sobre los tres factores mencionados.

Las tres subescalas, en la revisión del año 1986, alcanzaron valores de fiabilidad de Cronbach aceptables, con una consistencia interna de 0.80 y la validez convergente y la discriminante han sido adecuadas. Respecto a la fiabilidad por factores se obtuvieron valores de 0.90 para el agotamiento personal, 0.79 para la despersonalización y 0.71 para la realización personal.

En general, éste es el cuestionario más utilizado internacionalmente y las dimensiones que plantean sus autores también son los más empleados para definir el constructo de Burnout.

Estos factores constituyen las tres subescalas del MBI:

— La subescala de agotamiento emocional (emotional exhaustion) (AE) está formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo;

— La subescala de despersonalización (despersonalization) (D) está formada por 5 ítems que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención;

— La subescala de realización personal en el trabajo (personal accomplishment) (RP) está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y realización.

Mientras que en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado, en la subescala de realización personal en el trabajo bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse.

Se deben mantener separadas las puntuaciones de cada subescala y no combinarlas en una puntuación única porque no está claro si las tres pesan igual en esa puntuación única o en qué medida lo hacen.

En cuanto al resultado, tanto el constructo de quemarse como cada una de sus dimensiones son consideradas como variables continuas, y las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala.

Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría “alto”, entre el percentil 75 y el 25 en la categoría “medio” y por debajo del percentil 25 en la categoría “bajo”.

Valores para las tres subescalas del Maslach Burnout Inventory:

	BAJO	MODERADO	ALTO
<i>AGOTAMIENTO EMOCIONAL</i> (9 ítems)	< 18	19-26	>27
<i>DESPERSONALIZACIÓN</i> (5 ítems)	< 5	6-9	>10
<i>REALIZACIÓN PERSONAL</i> (8 ítems)	< 33	34-39	>40

Aunque el MBI fue elaborado inicialmente para profesionales de la salud, posteriormente se han realizado adaptaciones para todo tipo de profesionales (sustituyendo la palabra paciente por alumno en el caso de profesores, o por la de compañero, en el caso de directivos u otros).

La relación entre puntuación y grado de Burnout es dimensional. Es decir, no existe un punto de corte para decir si existe o no el padecimiento. Lo que se ha hecho es distribuir los rangos de las puntuaciones totales de cada subescala en 3 tramos que definen un nivel de Desgaste profesional experimentado como BAJO (Agotamiento emocional 0 a 18, despersonalización 0 a 5 y realización personal 0-33), MEDIO (Agotamiento emocional 19-26, despersonalización 6-9 y realización personal 34-39) y ALTO (Agotamiento emocional mayor a 27, despersonalización mayor a 10 y realización personal menor a 33).

Estos tramos se han elaborado mediante una distribución normativa de las puntuaciones obtenidas en grupos de individuos pertenecientes a diversas profesiones como educadores, trabajadores de servicios sociales, trabajadores sanitarios, personal de salud mental y otros.

Esta escala fue la utilizada en la realización del presente trabajo. Se incluye el formato aplicado en los anexos (anexo).

#### BURNOUT MEASURE (BM); PINES Y ARONSON, 1988

EL BM es el segundo instrumento de evaluación del Burnout más utilizado en los estudios empíricos y parte del Tedium Measure (TM) de Pines, Aronson y Kafry (1981) que se diseñó originalmente como instrumento de medida del tedium; es un constructo más amplio que el Burnout ya que abarca a éste y a otros síndromes. Este inventario se transformó después en el Burnout Measure (Pines y Aronson, 1988), tras un replanteamiento conceptual. Los autores habían desarrollado diversas escalas que evaluaban tedium, como la que utilizaba Pines y Kafry (1982) de 9 ítems, tipo Likert con siete opciones de respuesta con siete opciones de respuesta: sentimientos de depresión, Burnout, cansancio emocional y físico, vaciamiento existencial, hastío, tensión, sentimientos de ilusión y felicidad. Éste consta de 21 ítems, en tres subescalas, con formato tipo Likert, de siete puntos con rango de nunca a siempre. Ésta expresa estados de agotamiento físico, emocional y mental.

Las dimensiones que los autores conceptualizaron son:

El BM es una escala también tipo Likert de 21 ítems con siete opciones de respuesta [desde nunca (1) a siempre (7)] que mide las tres dimensiones del Burnout que los autores conceptualizaron:

— Agotamiento físico, caracterizado por fatiga, agotamiento físico, sensación de destrucción y abatimiento (7 ítems).

— Agotamiento emocional, compuesto por sensación de depresión, agotamiento emocional y Burnout (7 ítems).

— Agotamiento mental, formado por sensaciones de infelicidad, inutilidad y rechazo, falta de ilusión y resentimiento hacia las personas (7 ítems).

La puntuación en estas tres dimensiones se combina en una puntuación única que es la suma de los 21 ítems, de tal forma que se pueden alcanzar puntuaciones entre 21 y 147.

<b>Agotamiento físico</b>	<b>Agotamiento emocional</b>	<b>Agotamiento mental</b>
1. Me encuentro cansado.	1. Me siento deprimido.	1. Soy feliz.
2. Estoy agotado físicamente.	2. Estoy emocionalmente agotado.	2. Soy infeliz.
3. Me encuentro destrozado.	3. Me siento quemado.	3. Tengo un buen día.
4. Me siento sin fuerzas.	4. Me siento atrapado.	4. Me siento inútil.
5. Me encuentro desgastado.	5. Estoy preocupado.	5. Me encuentro optimista.
6. Me siento débil.	6. Me siento desesperado.	6. Me siento desilusionado.
7. Me siento enérgico.	7. Me siento ansioso.	7. Me siento rechazado.

## 1.6 Descripción del puesto de Trabajo: Enfermería (Secretaría de Salud; 2005)

### Funciones asistenciales

1. Cuidar la salud del individuo en forma personalizada, integral y continua, tomando en cuenta sus necesidades y respetando sus valores, costumbres y creencias.
2. Cumplir los principios de asepsia, antisepsia y normas de bioseguridad, según los contextos de desempeño.
3. Cumplir los principios éticos.
4. Participar en el proceso de Atención de Enfermería, como método científico de la profesión:
  - 4.1. Registrar en la historia clínica toda la información disponible de los problemas identificados en los pacientes.
  - 4.2. Valorar la información recogida para realizar acciones de Enfermería.
  - 4.3. Evaluar las respuestas de los pacientes y registrarla en la H.C.
5. Garantizar las condiciones óptimas para la recepción y traslado del paciente.
6. Realizar la recepción del paciente revisando en la historia clínica antecedentes personales y familiares, y complementarios en correspondencia con motivo de ingreso.
7. Preparar a los pacientes para las investigaciones clínicas de laboratorio (hemograma, glicemia, hemocultivo, orina, heces fecales, cultivo de secreciones, exudados, hemogasometría, hemograma, creatinina, leucograma) e investigaciones clínicas especiales (colon por enema, tractus urinario simple, urograma, rayox X de columna, rectosigmoidoscopia, colonoscopia, mielografías, laparoscopia, arteriografía y punción lumbar).
8. Cumplir tratamiento médico.
9. Ejecutar la preparación y administración de fármacos por diferentes vías.
10. Identificar reacciones producidas por los fármacos y otras sustancias, comunicarlo y cumplir acciones indicadas.
11. Identificar signos y síntomas de intoxicación alimentaria o medicamentosa, comunicarlo y cumplir indicaciones.

12. Identificar alteraciones en las cifras de los parámetros vitales, comunicarlo y cumplir indicaciones.
13. Ejecutar la preparación y administración de fármacos por diferentes vías.
14. Identificar reacciones adversas a los fármacos y otras sustancias, detener la aplicación, comunicarlo y cumplir indicaciones.
15. Ejecutar acciones de enfermería en situaciones de emergencias y catástrofes.
16. Identificar, en su comunidad o servicios de urgencia, signos y síntomas de complicaciones, por ejemplo: hipo e hiperglicemia, shock, convulsiones, hemorragias, comunicarlo al facultativo y cumplir acciones según el caso.
17. Desarrollar destreza y habilidades en acciones de enfermería en situaciones de urgencias y catástrofes para lograr minimizar daños y pérdidas de vidas humanas.

#### Funciones administrativas

1. Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias dentro del equipo de trabajo.
2. Velar por la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.
3. Velar por el cumplimiento de los principios de asepsia y antisepsia.
4. Velar por el cumplimiento de los principios éticos.
5. Participar en las reuniones del servicio que sean programadas.
6. Participar en las técnicas administrativas y científica de enfermería.
7. Participar en pase de visita conjunto médico y enfermería.
8. Participar en el pase de visita de enfermería.
9. Participar en la entrega y recibo de turnos del servicio.

#### Funciones docentes

Participar en los programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.

#### Funciones investigativas

Participar en investigación en enfermería y otras áreas con el objetivo de contribuir al desarrollo profesional y mejoramiento de la salud de la población.

Es indudable que las características de un puesto de trabajo y el adecuado cumplimiento de las funciones respectivas requieren el desarrollo de ciertas competencias y habilidades que en el caso del personal de Enfermería en muchas ocasiones no se han adquirido durante la formación académica y muchas más no forman parte de los recursos internos dentro del contexto de la personalidad, lo cual a su vez, tiene una relación directa con la vocación y una percepción de autoeficacia o por el contrario de incapacidad para el desempeño del puesto. Entre las competencias requeridas que se han descrito como necesarias para desempeñar el puesto de enfermera (o) están:

1. Desarrollar habilidades personales e interpersonales con responsabilidad, sensibilidad y pericia profesional expresada en el humanismo y la solidaridad.
2. Aplicar los principios éticos, morales, políticos e ideológicos en la atención a pacientes o fallecidos y sus familiares, sobre la base de la honestidad y el patriotismo.
3. Desarrollar una actitud proactiva en los equipos de salud donde se desempeña, para respetar y hacer respetar las funciones de los integrantes, reconociendo el valor de la labor que cada uno ejerce.
4. Aplicar los principios de asepsia y antisepsia en la ejecución de acciones y procedimientos que le permitan cumplir las Normas Higiénico-Epidemiológica en el servicio prestado a los pacientes.
5. Desarrollar habilidades en la comunicación efectiva con pacientes familiares y demás miembros del equipo de salud.
6. Desarrollar habilidades de observación e intervención en la identificación y solución de necesidades y problemas en pacientes y familiares.

7. Realizar atención integral aplicando el Proceso de Atención de Enfermería como método científico de la profesión.

8. Desarrollar habilidades organizativas para la recepción, atención y traslado del paciente de acuerdo con las necesidades afectadas.

9. Dominar procedimientos y precauciones en la administración de medicamentos por diferentes vías, tomas de muestras y preparaciones para las investigaciones clínicas.

10. Desarrollar una actitud responsable para mantener la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería, así como la exigencia en el cumplimiento de los principios asepsia y antisepsia.

11. Desarrollar habilidades en la informática para la utilización de sus herramientas en la gestión de la información e investigaciones de enfermería y otras ciencias.

12. Desarrollar habilidades y destrezas que le permitan realizar acciones de enfermería encaminadas a la solución de problemas de urgencia en el adulto y el niño.

13. Desarrollar destreza y habilidades en acciones de enfermería en situaciones de urgencias y catástrofes para lograr minimizar daños y pérdidas de vidas humanas. En cuanto a Habilidades se mencionan como principales las siguientes: respeto a sí mismo, flexibilidad, tolerancia, adaptabilidad, iniciativa, autoreconocimiento, respeto a otros, respeto a la diversidad, autoconfianza, compromiso e interés en las tareas y en las personas, empatía, autocontrol, entre otras.

Como se puede observar son muchas las tareas que las enfermeras (os) deben realizar en el cumplimiento efectivo de todas sus funciones tomando en consideración las habilidades particulares de cada individuo y los procedimientos organizacionales e institucionales; en muchos casos discrepan o son incompatibles.

A continuación presento una evaluación de las condiciones generales de trabajo a través del reconocimiento sensorial en las distintas áreas, lo cual tiene por objetivo poder determinar los principales factores de riesgo a los que están expuestas las enfermeras (os) y que participan directa e indirectamente generando estrés laboral.

## 1.7 Reconocimiento sensorial de las condiciones laborales

<b>CONCEPTO</b>	<b>SALA DE ADMISIÓN CONTÍNUA ADULTOS</b>	<b>SALA DE TERAPIA INTENSIVA</b>	<b>PISO DE MEDICINA INTERNA</b>	<b>SUGERENCIA</b>
<b>Orden y Limpieza</b>	Exposición a líquido inflamables e irritantes a las mucosas, como son los antisépticos utilizados para la realización de curaciones, así como para la limpieza del área. No disposición adecuada de residuos acorde a NOM 086, se percibe el lugar sucio, con residuos alimenticios en piso, corredores y alrededor de	Existe un adecuada higiene y aseo del área, existen contenedores para residuos clasificados de acuerdo a norma. Se identifican residuos alimenticios en la central de enfermeras. Hay líquidos y gases inflamables, irritantes a la inhalación que se utilizan como material de curación: benjuí,	El lugar se percibe un tanto sucio, residuos en pasillos, central de enfermeras, residencia médica e individualmente en los muebles correspondientes a cada cama de los pacientes, producto de alimentos que ingresan los familiares y los resultantes de las charolas proporcionadas por el hospital. Existen contenedores clasificados de acuerdo a	-Supervisión y vigilancia para el cumplimiento de la normatividad específica existente en las áreas de trabajo para la limpieza, desinfección y orden en todas las áreas de trabajo. -Prohibir y vigilar la no ingesta de alimentos en el lugar de trabajo y asignar horarios específicos para la ingesta de los mismos. -Hacer del conocimiento del personal trabajador sobre el manejo de sustancias químicas.

	las camillas.	alcohol, benzal, nitrógeno, oxígeno, anestesia por inhalación, etc.	norma, pero insuficientes a razón de 1 por cada 3 camas de hospitalización.	-Mayor número de contenedores
--	---------------	---	---	----------------------------------

<b>Obstrucción de vías de circulación</b>	Se identifican mesas de mayo, bancos, sillas y cajas que obstaculizan la libre circulación. La disposición del material de limpieza del personal de intendencia representa un obstáculo constante en uno de los pasillos en ciertos horarios.	Existe un adecuado orden de los aparatos utilizados en los pacientes, se identifican algunos en desuso colocados y ordenados en la central de enfermería.	Ocasionalmente y como parte de las actividades realizadas por el personal de enfermería, se identifican mesas metálicas rodantes en los pasillos. Espacios reducidos entre cama y cama de los pacientes.	-Capacitación y supervisión de la normatividad de la STPS en relación a las condiciones de Seguridad e Higiene en el ámbito hospitalario. -Sugerir y supervisar la no obstaculización de pasillos y/o vías de circulación.
<b>Carteles</b>	Presencia de escasos	Se identifica solo 1 cartel	Existen escasos en la central de	-Consideración por parte de las

	<p>carteles medico preventivos, rutas de evacuación bien colocadas. Prohibición implícita y visible para el “no fumar”.</p>	<p>en esta zona, preventivo, en buen estado; resto de la sala libre de mensajes. En general existen muy pocos carteles informativos del rubro de medicina preventiva.</p>	<p>enfermería y en la jefatura del servicio. En pasillos hay adecuadas rutas de evacuación, visibles, acorde a normatividad.</p>	<p>autoridades pertinentes sobre la colocación y actualización continua de carteles informativos que involucren la medicina preventiva. -Insistir en el adecuado cumplimiento de la normatividad en seguridad e higiene dentro del hospital por parte del personal trabajador.</p>
--	---	---	--	--

<b>Pisos</b>	<p>Las rampas de acceso para ambulancias son vía de paso para los usuarios lo que constituye un riesgo bajo debido a la escasa afluencia vía ambulancia a</p>	<p>Adecuada y continua limpieza de esta zona, características materiales de los pisos en buen estado. No existen mecanismos antiderrapantes.</p>	<p>Insuficiente aseo de pisos, buenas condiciones en cuanto a desgaste, no hay sistemas preventivos antiderrapantes. En central de enfermería se identifican cajas de material</p>	<p>-Los pisos de los centros de trabajo deben mantenerse limpios y tener superficies antiderrapantes en los lugares donde transitan los trabajadores, incluyendo los</p>
--------------	---	--	--	--

	<p>este servicio. Adecuado sistema antiderrapante. Cuentan con rampa para el acceso vía camilla.</p>		<p>utilizado mal estribadas en piso que obstaculizan el paso y condicionan un riesgo para accidentes.</p>	<p>pisos de rampas, y las huellas de los escalones (NOM-001-STPS). -Supervisión del mantenimiento de limpieza en todas las áreas, principalmente por el tipo de giro de la empresa. -Capacitar al personal para el estribo y forma de cargar objetos pesados.</p>
<b>Iluminación</b>	<p>Adecuada la destinada para el área en general, deficiente y nula en algunos espacios específicos como son las áreas de</p>	<p>Adecuada iluminación general y local.</p>	<p>Deficiente en cuanto a intensidad en pasillos y camas, se identifican lámparas descompuestas en algunas áreas correspondientes a pacientes. Central de</p>	<p>-Establecer programas de mantenimiento, de tal manera que se lleven a cabo revisiones, y limpieza de lámparas y luminarias. Un factor importante es la</p>

	<p>camillas y bodega.</p> <p>La intensidad en general esta disminuida en toda la sala.</p>		<p>enfermería con intensidad excesiva.</p>	<p>limpieza de paredes, techos, ya que estos actual como reflectores secundarios.</p>
<b>Ventilación</b>	<p>Existen sistemas no funcionales en el 50% del área, por lo cual es deficiente. No existen ventanales, solo sistemas cerrados.</p>	<p>Adecuados sistemas de ventilación durante el día, sin embargo durante la noche se perciben elevadas temperaturas.</p>	<p>Deficiente en la mayoría del piso, se perciben malos olores, los sistemas cerrados están disfuncionales en su mayoría, los ventanales de los cuartos tienen rejillas muy pequeñas que la mayor parte del tiempo se encuentran cerradas.</p>	<p>- Los lugares de trabajo deberán mantenerse durante las labores con ventilación necesaria por medio de sistemas naturales o artificiales que contribuyan a impedir el daño en la salud de los trabajadores por: insuficiente suministro de aire, ambiente con volumen de aire viciado o condiciones térmicas elevadas (NOM-016-STPS)</p>

<b>Equipo contraincendios</b>	Existen extintores de polvo seco en todo el hospital, sin embargo parecen ser insuficientes en relación a los m2 sup del terreno. En esta área solo hay un extintor, el cual se encuentra bien ubicado y con caducidad vigente.	Existen 2 extintores, los cuales para el área son suficientes en caso de ser requeridos, se encuentran bien colocados y con caducidad vigente.	Existen en todo el piso 2 extintores con caducidad vigente, mal colocados en cuanto a altura, poco accesibles, y en relación a al tamaño de piso, en caso de ser requeridos serían insuficientes. No todos los extintores en el hospital se encuentran protegidos y no todos cuentan con leyenda de uso.	-Los extintores deben colocarse en sitios visibles, de fácil acceso y conservarse sin obstáculos, además deberán colocarse a una distancia no mayor de 30 m de separación entre uno y otro. -Proporcionar a cada área, ya sea percheros o lockers, para el guardado de prendas personales. (NOM002STPS)
-----------------------------------	---	--	--	---

<b>Instalaciones sanitarias</b>	No hay bebederos, ni garrafones de agua. La adquisición de la misma se obtiene en forma particular	En esta área solo hay un sanitario de uso común al personal, sin mingitorio, sin material de aseo, no	En esta área solo hay un sanitario de uso común al personal, sin mingitorio, sin material de aseo, no	-Ubicar en cada sala garrafones de agua para beber. -Instalar casilleros para objetos personales de los trabajadores como lo indica la NOM-018-
-------------------------------------	--	---	---	--

	<p>en cada servicio en todo el hospital No cubriendo su coste el presupuesto del hospital. En esta área solo hay un sanitario de uso común al personal, sin mingitorio, sin material de aseo, no existen casilleros para el resguardo de objetos personales. Existen vestidores para el personal trabajador en el área del sótano, sin embargo, los casilleros son insuficientes, y en la mayoría de los casos descompuestos.</p>	<p>existen casilleros para el resguardo de objetos personales, lo anterior se realiza según ingenio de cada trabajador, con el riesgo de pérdidas materiales, lo cual ya ha sucedido. Existe otro sanitario con regadera para personal de médicos residentes, el cual también se considera deficiente en sus características.</p>	<p>existen casilleros para el resguardo de objetos personales. Existe otro sanitario con regadera para personal de médicos residentes, el cual también se considera deficiente en sus características.</p>	<p>STPS. -Dar mantenimiento a todos los muebles e instalaciones. -Repartir y verificar que sea asignado el material necesario de limpieza personal en sanitarios.</p>
--	---	---	--	---

<p><b>Exposición a Riesgos del Personal :</b></p>	<p>-Ruido percibido sensorialmente de intensidad moderada proveniente de quejas de angustia y dolor por parte de pacientes y familiares.</p> <p>Así también por el uso de máquinas de escribir mecánicas, las cuales se usan en forma regular debido a que hay insuficientes equipos de cómputo para el personal médico que acude a valoraciones.</p>	<p>-Ruido de baja intensidad sonora, proveniente de aparatos electrónicos para el monitoreo de pacientes y de radio de propiedad de enfermeras.</p> <p>Los pacientes en su mayoría se encuentran en condiciones de estado de conciencia disminuida, por lo que no son generadores de ruido importante.</p> <p>-Calor</p>	<p>-Ruido de baja intensidad sonora, proveniente de aparatos electrónicos para el monitoreo de pacientes y de radio de propiedad de enfermeras.</p> <p>Otra fuente importante de ruido es la generada por el continuo acceso de camillas, carros repartidores de comida y visitantes, en pasillos; el cual en ocasiones se percibe</p>	<p>-Llevar a cabo atención y vigilancia de efectos extrauditivos, especialmente estados de ánimo, cefaleas, ansiedad, angustia, irritabilidad, intolerancia y distracción.</p> <p>-Mantener durante las jornadas laborales la ventilación necesaria por medio de sistemas naturales y/o artificiales que contribuyan a impedir el daño en la salud de los trabajadores por ambiente con volumen de aire viciado e insuficiente ventilación (NOM-016-STPS).</p>
---	---	--	--	--

		proveniente de deficiente ventilación, sobre todo durante la noche.	sensorialmente por arriba del TLV.	
--	--	---	------------------------------------	--

<b>Observaciones Generales</b>	-El personal se distrae por los múltiples distractores, lo cual pone en riesgo a pacientes.	-Falta de espacio físico para la demanda de atención siendo un tercer nivel de atención médica.	-El personal se distrae fácilmente, lo cual pone en riesgo a pacientes.	-Supervisar las actividades de las enfermeras.
	-Inadecuada distribución de camas, espacios reducidos y falta de privacidad.	-Espacio físico reducido que condiciona en ocasiones hacinamiento de personal y maquinaria.	Sucede con frecuencia que hay ausentismo en el área laboral por parte del personal sobre todo de enfermería, falta de camilleros. En situaciones emergentes.	-Capacitarlas para el cuidado de enfermos críticos. -Proporcionar el equipo de protección personal de acuerdo a las actividades que se realicen (RGSB Art. 159 y 160 NOM-017-STPS). -Los trabajadores usarán el EPP que se les proporcione, la C.S.H. vigilará su buen uso (RGSB art. 161, NOM-017-STPS). -Realizar valoraciones periódicas de personal encargado del resguardo, manejo y distribución de

				medicamentos o sustancias químicas. -Pruebas NPS periódicas y monitoreo conductual.
--	--	--	--	---

## 2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>
<p><b>GENERAL:</b></p> <p>Analizar las dimensiones que componen al Síndrome de Burnout: buscando asociaciones de cada una con las variables sociodemográficas y laborales: edad, estado civil y escolaridad, antigüedad laboral y turnos laborales; en una muestra de personal de enfermería que labora en un Hospital de Tercer Nivel.</p>	<p>1) Se encontrará una asociación entre las diferentes variables con los componentes dimensionales del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un Hospital de tercer nivel de atención.</p>

<b>ESPECÍFICOS:</b>	<b>HIPÓTESIS</b>
<p>1) Evaluar los componentes dimensionales del Síndrome de Burnout: Agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el personal de enfermería de un Hospital de tercer nivel de atención.</p> <p>2) Establecer asociaciones de los diferentes componentes dimensionales del Síndrome de Burnout con variables sociodemográficas (edad, estado civil y escolaridad) y laborales</p>	<p>1) El personal de enfermería de la muestra de estudio tendrá altos niveles de Agotamiento emocional y de despersonalización y un bajo nivel en la realización personal.</p> <p>2) El personal de enfermería de mayor antigüedad presentará niveles elevados en los tres componentes dimensionales del Síndrome de Burnout.</p> <p>3) El personal de enfermería que labora en el servicio de Cuidados Intensivos Adultos presentaran</p>

<p>(antigüedad, servicio y turno) en el personal de enfermería de un Hospital de tercer nivel de atención.</p>	<p>niveles elevados en las dimensiones de agotamiento emocional y baja realización personal y bajos para despersonalización.</p> <p>4) En el personal de enfermería de mayor edad y del turno nocturno existe mayor probabilidad de presentar agotamiento emocional.</p>
--	--

### **3. METODOLOGÍA**

Se trata de un estudio transversal y comparativo realizado en personal de enfermería de los diferentes turnos laborales; matutino, vespertino y nocturno de un Hospital de Tercer Nivel de Atención ubicado en la zona sur de la Ciudad de México, adscritos a los servicios de Admisión Continua Adultos, Terapia Intensiva Adultos y Medicina Interna. El tamaño de la muestra al ser finita fue determinado en forma aleatoria de acuerdo al número real de enfermeras (os) que se encontraban laborando en los servicios en los cuáles se aplicó el instrumento. Se aplicó al 95% de los trabajadores. Sin embargo, tomando en consideración criterios de exclusión y eliminación, se obtuvo una muestra de 47 enfermeras (os).

#### **Procedimiento.**

Para la respectiva evaluación de acuerdo a los objetivos planteados, se aplicó al personal de Enfermería incluido en la muestra poblacional representativa; la Escala de Maslach para Síndrome de Burnout de la que se hace una breve reseña de su utilidad en el marco teórico de esta tesis.

Se recabaron datos sociodemográficos con variables como edad, sexo, estado civil, escolaridad, turno fijo y antigüedad en el puesto, las cuales fueron incluidas como encabezado de la Escala de Maslach (MBI: Maslach Burnout Inventory).

El instrumento de evaluación fue aplicado durante la jornada diurna, vespertina y nocturna de las enfermeras en su lugar de trabajo. Se aplicaron en forma confidencial e individual, por el investigador, en un espacio que proporcionó la suficiente confianza, seguridad y tranquilidad. El tiempo fue variado, ya que dependió del tiempo libre que tenía el personal de enfermería para colaborar con la investigación, pero en un solo momento de aplicación. La duración total de la aplicación para los tres servicios fue de 1 semana. Se pidió a los participantes su consentimiento informado previo a la realización del estudio.

Las puntuaciones de cada una de las dimensiones se computaron por separado tomando en consideración las percentiles descritas para el instrumento, ya que las puntuaciones no se combinan ni se obtiene una puntuación total de la escala.

**Análisis estadístico:** Una vez habiendo recolectado los datos se procedió al vaciado de los mismos al programa Microsoft office Excel 2009. El procesamiento estadístico fue realizado a través de SPSS Versión 15.0. Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para la descripción y evaluación de variables cuantitativas y frecuencias, para describir los datos cualitativos se utilizo la prueba de hipótesis de Chi cuadrada de Pearson, Razón de verosimilitudes y Estadístico exacto de Fisher para identificar asociaciones y significancia entre las diferentes variables y componentes dimensionales.

#### 4. RESULTADOS

A continuación se presentan una serie de tablas y graficas representativas de lo obtenido en relación a las variables demográficas de los sujetos estudiados las cuales nos servirán más adelante para ver si existe una asociación con las variables estudiadas.

Tabla 1. Descripción global de la muestra. Aspectos sociodemográficos.

	<i>Edad /años</i>			<i>Sexo</i>		<i>Edo. Civil</i>				<i>Escol<sup>^</sup></i>				<i>Turno</i>			<i>Serv</i>			<i>Antig /años</i>		
	<i>21-26</i>	<i>27-40</i>	<i>41-54</i>	<i>F+</i>	<i>M++</i>	<i>S</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>V</i>	<i>Téc.</i>	<i>Postéc.</i>	<i>Lic</i>	<i>Postg</i>	<i>Mat</i>	<i>Vesp</i>	<i>Noct</i>	<i>A.C.A.*</i>	<i>M.I.</i>	<i>UCIA</i>	<i>3-4</i>	<i>5-15</i>	<i>16-38</i>
						<i>&amp;</i>	<i>&amp;&amp;</i>	<i>&amp;&amp;&amp;</i>	<i>&amp;&amp;&amp;&amp;</i>									<i>**</i>	<i>***</i>			
<b>Frec</b>	2	34	11	43	4	13	24	8	2	24	15	7	1	15	16	16	18	9	20	7	30	10
<b>%</b>	4.2	72.34	32.35	91.5	8.5	27.7	51.1	17	4.3	51.1	31.9	14.9	2.1	31.9	34	34	38.3	19.1	42.6	14.9	63.9	21.2
<b>Total</b>	47			47		47				47				47			47			47		
<b>total %</b>	100%			100%		100%				100%				100%			100%			100%		

+ femenino

++ masculino

& soltera

&& casada

&&& divorciada

&&&& viuda

\*Admisión continua Adultos

\*\* Medicina Interna

\*\*\* Unidad de Cuidados Intensivos Adultos

^ Escolaridad

Se observa que la muestra estudiada está compuesta principalmente por mujeres en un 91.5%, solo participaron 4 hombres (8.5%). El rango de edad fue de 21 a 54 años con una media de edad de 36 años y una DE de 7.8 años. La mayoría casadas (51%); con estudios a nivel técnico (51%), en cuanto a turnos laborales la muestra es homogénea, en su mayoría de la Unidad de cuidados intensivos adultos (42.6%) y con un rango de antigüedad de 3 a 38 años, con un promedio de entre 11.1 y una DE de 7.9 ). (Tabla 1).

Tabla 2. Descripción de las variables dimensionales del Burnout de acuerdo a intensidad y considerando puntos de corte para el instrumento.

<b>Componentes dimensionales y su intensidad</b>	<b>Agotamiento emocional</b>		<b>Despersonalización</b>		<b>Realización personal</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Bajo</b>	10	21.3	0	0	12	25.5
<b>Moderado</b>	28	59.6	36	76.6	25	53.2
<b>Alto</b>	9	19.1	11	23.4	10	21.3
<b>Totales</b>	47	100	47	100	47	100

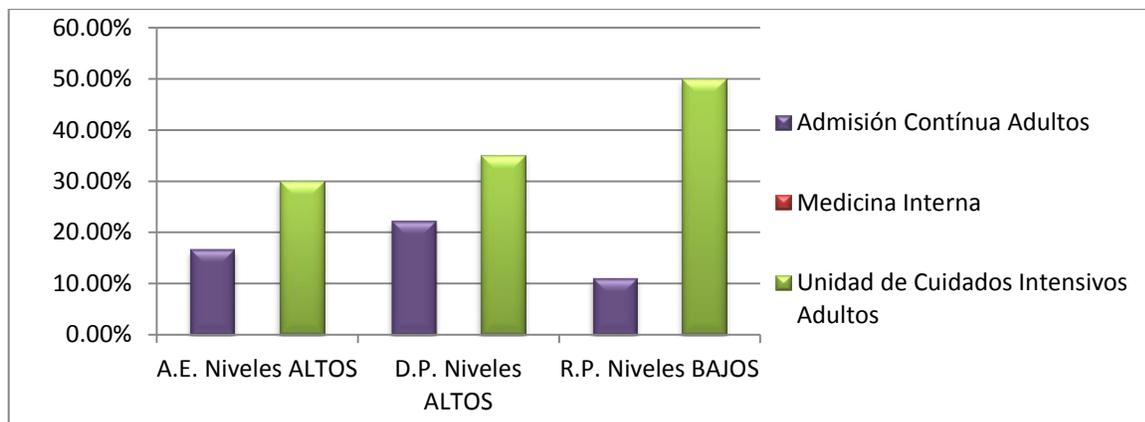
Se observa que el 19.1% de la muestra presenta niveles altos de agotamiento emocional, un 23.4% niveles altos de despersonalización y un 21.3% niveles bajos de realización personal. (Tabla 2).

Tabla 3. Frecuencia de los componentes dimensionales del Síndrome de Burnout de acuerdo a área hospitalaria

	<b>Admisión Continua Adultos (A.C.A.)</b>			<b>Medicina Interna (M.I.)</b>			<b>Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (U.C.I.A.)</b>			<b>Totales</b>
	<b>B</b>	<b>M</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>M</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>M</b>	<b>A</b>	
<b>A.E.</b>	4	11	3	1	8	0	5	9	6	47
<b>D.P.</b>	0	14	4	0	9	0	0	13	7	47
<b>R.P.</b>	2	9	7	0	8	1	10	8	2	47
A.E. Agotamiento emocional Personal      B. Bajo      D.P. Despersonalización      M. Moderado      R.P. Realización      A. Alto										

Se observa una mayor frecuencia de agotamiento emocional y despersonalización con niveles altos en la U.C.I.A., así como una mayor frecuencia de niveles bajos de realización personal (Tabla 3). Estos resultados son destacables en su comportamiento y existe significancia estadística (Gráfica 1).

Gráfica 1. Diferencias porcentuales para cada dimensión de Burnout de acuerdo a Servicio hospitalario.



En relación a la dimensión de Agotamiento emocional se observa una diferencia porcentual destacable para U.C.I.A. pero no significativa ( $p=0.234$ , razón de verosimilitudes =7.1). Sin embargo, el mayor porcentaje de despersonalización (35%) y de baja realización personal (50%) se dan en U.C.I.A., encontrando una diferencia significativa con la Prueba de razón de verosimilitudes ( $p=0.045$ ) y de Fisher (0.005) respectivamente (Gráfica 1).

Tabla 4. Porcentaje de Síndrome de Burnout.

Síndrome de Burnout	Frecuencia	Porcentaje
<b>SI</b>	<b>8</b>	<b>17.0%</b>
<b>NO</b>	39	83.0%
TOTAL	47	100%

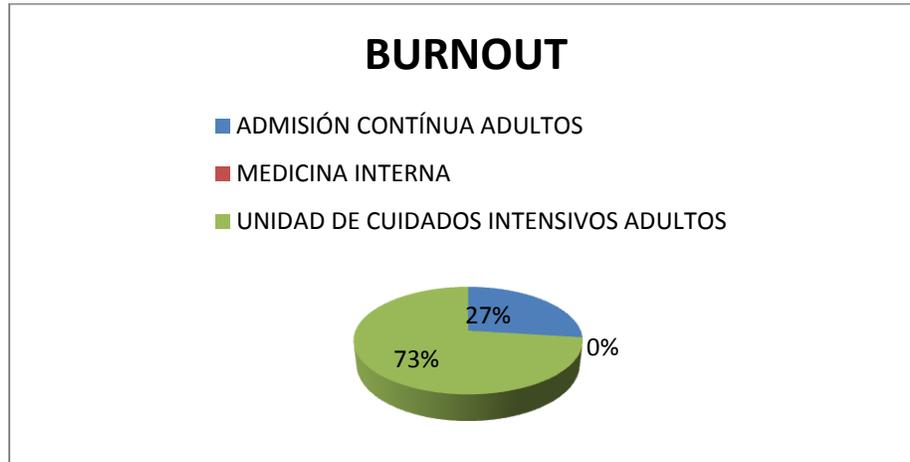
Se observa la presencia del Síndrome de Burnout en un 17% de la muestra estudiada (Tabla 4).

Tabla 5. Presencia de Burnout de acuerdo a Servicio hospitalario.

Burnout	Admisión Continua Adultos		Medicina Interna		Unidad de Cuidados Intensivos Adultos	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
NO	16	88.9	9	100	14	70.0
<b>SI</b>	<b>2</b>	<b>11.1</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>6</b>	<b>30.0</b>
TOTAL	18	100	9	100	20	100

Y al hacer el análisis por área, se encontró que el mayor número de casos de Burnout (30%) se observan en el Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, con una diferencia estadísticamente significativa con la prueba de razón de verosimilitudes ( $P= 0.053$ ) (Tabla 5).

Gráfica 2. Porcentaje de casos de Burnout de acuerdo a Servicio hospitalario



El mayor porcentaje de casos de Burnout se encuentran en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, el servicio de Medicina Interna parece ser un servicio no afectado por el Síndrome (Gráfica 2).

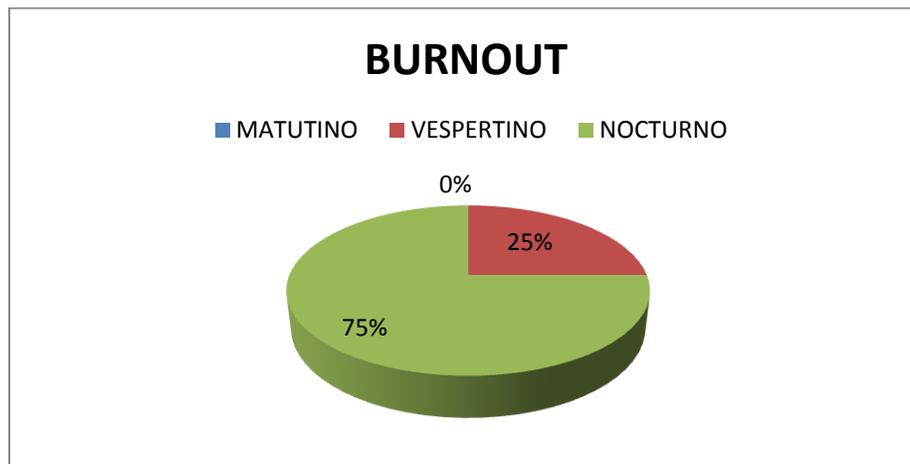
Tabla 6. Frecuencia de los componentes dimensionales del Síndrome de Burnout de acuerdo a Turno.

	Matutino			Vespertino			Nocturno			Valor de p	R.V.
	B	M	A	B	M	A	B	M	A		
<b>A.E.</b>	4	11	0	4	9	3	2	8	6	0.123	<b>.047</b>
<b>D.P.</b>	0	14	1	0	10	6	0	12	4	0.135	.099
<b>R.P.</b>	0	11	4	6	7	3	6	7	3	0.112	<b>.025</b>
A.E. Agotamiento emocional    D.P. Despersonalización    R.P. Realización Personal B. Bajo                                  M. Moderado                                  A. Alto                                  R.V. Razón de verosimilitudes											

Se encontraron diferencias cercanas a lo significativo en la presencia de Burnout de acuerdo al turno, siendo el turno nocturno el más afectado con 37.5%.

En el análisis por dimensión también el turno nocturno fue el más afectado para los mayores porcentajes de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal encontrando diferencias significativas respecto a los otros turnos para el agotamiento emocional ( $p= 0.025$ ) usando la prueba de razón de verosimilitudes (Tabla 6).

Gráfica 3. Porcentaje de casos de Burnout de acuerdo a Servicio hospitalario



Se observa una diferencia significativa y porcentual ( $p= 0.22$ , razón de verosimilitudes = 0.008) de casos de Burnout en el turno nocturno (Gráfica 3).

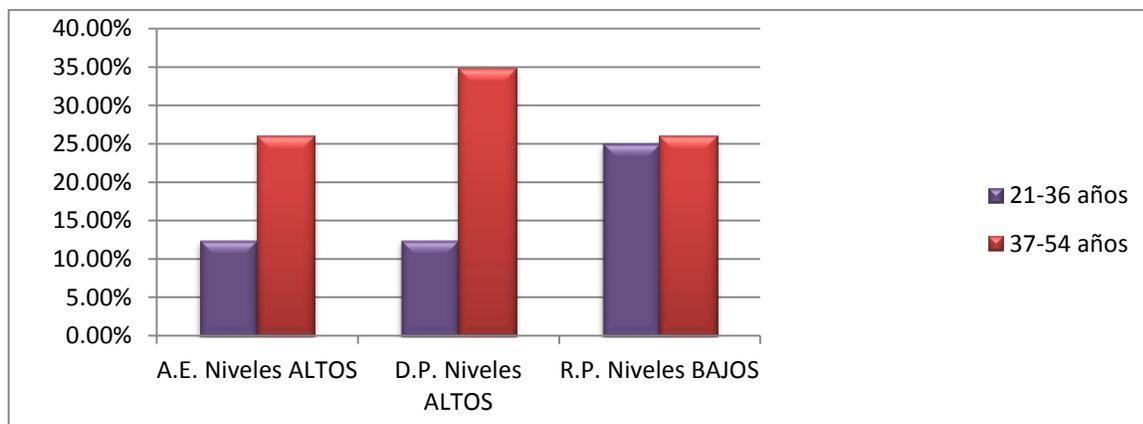
Tabla 7. Frecuencia de los componentes dimensionales del Síndrome de Burnout de acuerdo a rangos de edad.

	21-36 años			37 – 54 años			Valor de p	R.V.
	B	M	A	B	M	A		
<b>A.E.</b>	5	16	3	5	12	6	0.475	0.456
<b>D.P.</b>	0	21	3	0	15	8	<b>0.072</b>	<b>0.068</b>
<b>R.P.</b>	6	13	5	6	12	5	1.000	0.991

A.E. Agotamiento emocional    D.P. Despersonalización    R.P. Realización Personal  
 B. Bajo    M. Moderado    A. Alto    R.V. Razón de verosimilitudes

Se tiene un comportamiento cercano a lo significativo para la despersonalización principalmente en el grupo de edad de 37-54 años, en las otras dimensiones no se encontraron diferencias significativas de acuerdo a rangos de edad (Tabla 7); las diferencias porcentuales en cuanto a las frecuencias si son de consideración (Gráfica 4).

Gráfica 4. Diferencias porcentuales para cada dimensión de Burnout de acuerdo a rango de edades.



Tenemos una marcada diferencia porcentual con niveles altos de agotamiento emocional y despersonalización (26.1 % y 34.8 % respectivamente) en el grupo de 37-54 años de edad. En cuanto a la baja realización personal no existe marcada diferencia en ambos grupos (54.2 % y 52.2% respectivamente) (Gráfica 4).

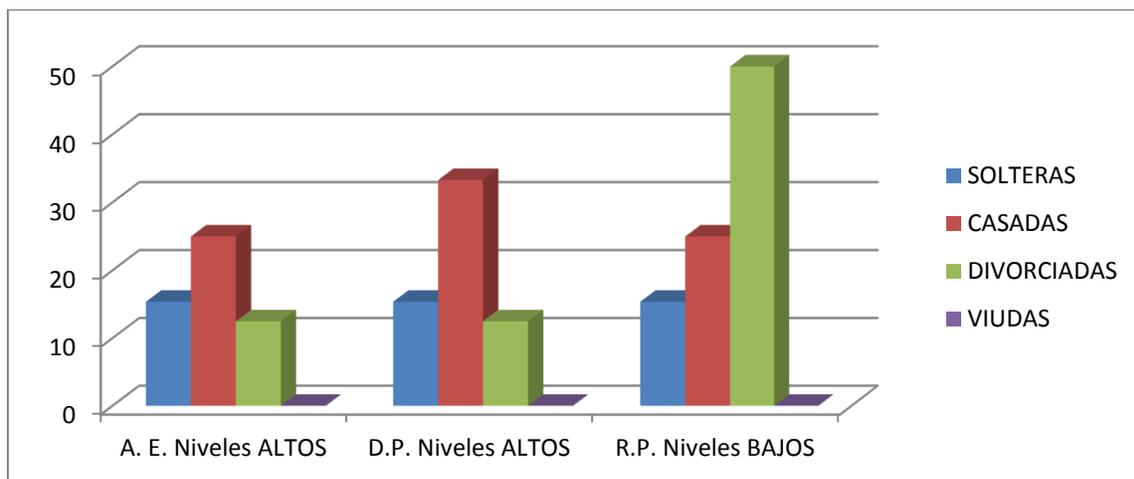
Tabla 8. Frecuencia de los componentes dimensionales del Síndrome de Burnout de acuerdo a Estado Civil.

	<i>Casada</i>			<i>Divorciada</i>			<i>Soltera</i>			<i>Viuda</i>			<i>Valor de p</i>	<i>R.V.</i>
	<i>B</i>	<i>M</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>M</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>M</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>M</i>	<i>A</i>		
<b><i>A.E.</i></b>	4	14	6	1	6	1	3	8	2	2	0	0	0.173	0.251
<b><i>D.P.</i></b>	0	16	8	0	7	1	0	11	2	0	2	0	0.386	0.334
<b><i>R.P.</i></b>	6	15	3	4	3	1	2	5	6	0	2	0	0.105	0.118

A.E. Agotamiento emocional    D.P. Despersonalización    R.P. Realización Personal  
 B. Bajo                                      M. Moderado                                      A. Alto                                      R.V. Razón de verosimilitudes

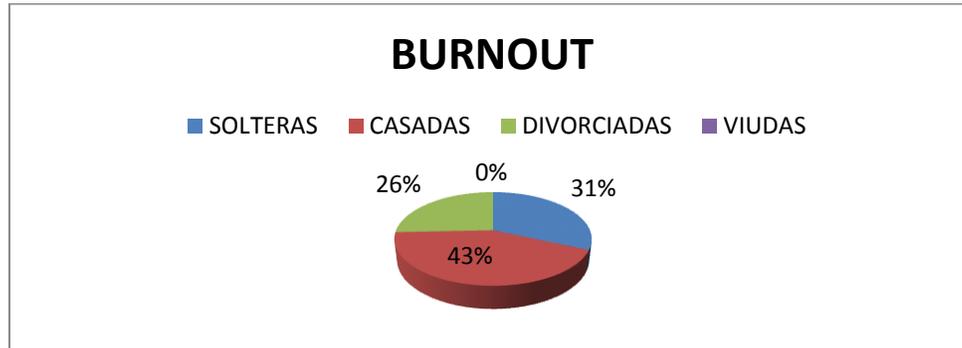
No existe una diferencia estadísticamente significativa entre los componentes dimensionales del Burnout y el estado civil (Tabla 8). Llama la atención el comportamiento porcentual de las dimensiones (Gráfica 5).

Gráfica 5. Diferencias porcentuales para cada dimensión de Burnout de acuerdo a estado civil.



Tenemos que los niveles más altos de agotamiento emocional y despersonalización se encuentran entre el personal casado (25% y 33.3 % respectivamente) y de baja realización personal entre el personal divorciado (50%) (Gráfica 5).

Gráfica 6. Porcentaje de casos de Burnout de acuerdo a Servicio hospitalario



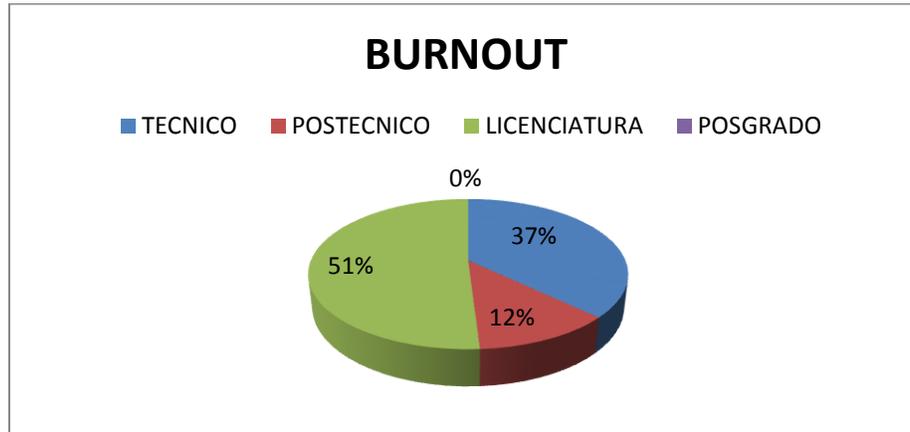
Se tiene que el mayor porcentaje de Burnout está presente en el personal casado no siendo significativo ( $p= 1.000$ , razón de verosimilitudes = 0.77), pero si considerable desde el punto de vista porcentual (Gráfica 6).

Tabla 9. Componentes dimensionales del Síndrome de Burnout de acuerdo a grado de escolaridad.

	Técnico			Postécnico			Licenciatura y posgrado			Valor de p	R.V.
	B	M	A	B	M	A	B	M	A		
<b>A.E.</b>	7	12	5	1	12	2	2	4	2	0.536	0.401
<b>D.P.</b>	0	19	5	0	12	3	0	5	3	0.386	0.362
<b>R.P.</b>	7	13	4	2	11	2	3	1	4	<b>0.042</b>	<b>0.076</b>
A.E. Agotamiento emocional    D.P. Despersonalización    R.P. Realización Personal B. Bajo                                  M. Moderado                                  A. Alto                                  R.V. Razón de verosimilitudes											

Existe un comportamiento cercano a lo significativo en la baja realización personal entre el personal con estudios a nivel licenciatura y postgrado. (Tabla 9).

Gráfica 7. Porcentaje de casos de Burnout de acuerdo a Grado de escolaridad



Se observa un mayor porcentaje en el número de casos de Burnout entre el personal con estudios de Licenciatura no siendo significativo ( $p = 0.534$ , razón de verosimilitudes = 0.458) (Gráfica 7).

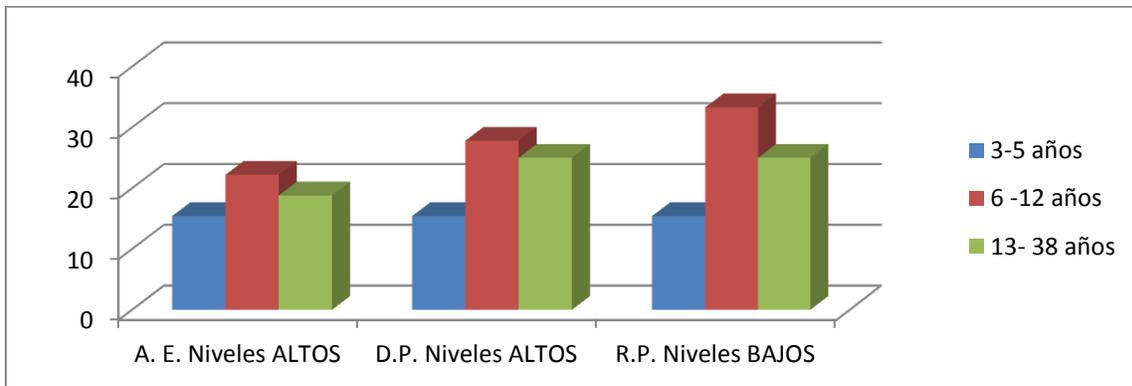
Tabla 10. Asociación de Componentes dimensionales del Burnout con la antigüedad laboral.

	3-5 años			6-12 años			13-38 años			Valor de p	R.V.
	B	M	A	B	M	A	B	M	A		
<b>A.E.</b>	4	7	2	3	11	4	3	10	3	0.908	0.907
<b>D.P.</b>	0	11	2	0	13	5	0	12	4	0.759	0.698
<b>R.P.</b>	2	7	4	6	8	4	4	10	2	0.649	0.609

A.E. Agotamiento emocional    D.P. Despersonalización    R.P. Realización Personal  
 B. Bajo                      M. Moderado                      A. Alto                      R.V. Razón de verosimilitudes

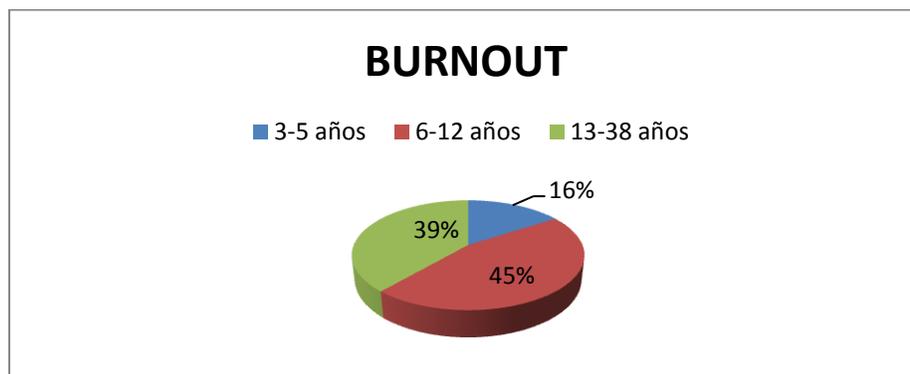
No se encontraron diferencias significativas ( $p \geq 0.5$ ) en los diferentes componentes dimensionales del Burnout de acuerdo a antigüedad laboral. (Tabla 9). La diferencia porcentual es alta para la baja realización personal entre el personal con antigüedad de 6-12 años (Gráfica 8).

Gráfica 8. Diferencias porcentuales para cada dimensión de Burnout de acuerdo a antigüedad laboral.



Se observa que el personal que tiene una antigüedad de 6 a 12 años presenta niveles más altos de agotamiento emocional y despersonalización (22.2% y 27.8% respectivamente), así como niveles más bajos de realización personal (33.3%) (Gráfica 8).

Gráfica 9. Porcentaje de casos de Burnout de acuerdo a Antigüedad laboral



Se observa un mayor porcentaje en el número de casos de Burnout entre el personal con antigüedad entre 6 y 12 años no siendo significativo ( $p = 0.629$ , razón de verosimilitudes = 0.516) (Gráfica 9).

## 5. DISCUSIÓN

El Síndrome de Burnout está presente en la muestra estudiada. En relación a la evaluación de los componentes dimensionales del Burnout existe un comportamiento dimensional compatible para el síndrome en menos de la cuarta parte de la muestra estudiada con niveles altos de agotamiento emocional, niveles altos de despersonalización y niveles bajos de realización personal (Tabla 2).

La presencia de agotamiento emocional en el personal de enfermería estaría explicado a partir de múltiples factores abordados en el marco teórico de esta investigación que tienen que ver con factores individuales y organizacionales, pero principalmente con el desgaste emocional que implica el trato cercano con personas enfermas, en ocasiones en estado crítico o terminal, tal vez incluso el nivel de escolaridad sea un factor estresante en muchas enfermeras pues como ya menciono anteriormente, puede existir un sentimiento de insuficiencia, incapacidad o presión ante las demandas del puesto (Gil-Monte; 1994, 1997) .

La Despersonalización se puede entender como un mecanismo defensivo ante el agotamiento emocional vivenciado, que conlleva a presentar conductas de desapego e insensibilidad ante las necesidades de los pacientes. La baja realización personal es una respuesta generalmente asociada a una incongruente respuesta entre las expectativas personales y organizacionales. Para todo lo anterior es preciso tomar en cuenta que al estrés laboral se suman factores individuales como la personalidad y los mecanismos de afrontamiento, así como ambientales en los que tiene que ver la familia y el apoyo social percibido.

En función de las áreas hospitalarias de estudio existe relación significativa con niveles altos de agotamiento emocional y despersonalización, así como niveles bajos de realización personal, principalmente en las enfermeras de la Unidad de cuidados intensivos adultos.

Las áreas hospitalarias en las que se manejan niveles elevados de estrés y en las que el pronóstico de los pacientes generalmente es malo para la vida y la función, puede presentarse un sentimiento de ineficacia ante lo que se puede hacer para ayudar al otro, asimismo, la falta de reconocimiento institucional para sus funciones y esfuerzo contribuye a esta percepción. En este servicio el personal asignado es fijo lo que conlleva percibir el ambiente como monótono, rutinario y sin mayores expectativas con respecto a la aplicación de sus conocimientos y variedad de roles.

La evaluación por turnos mostró una diferencia significativa para el turno nocturno y cercana para el vespertino. Considerando el reconocimiento sensorial realizado en los distintos servicios se puede relacionar esta tendencia con la presencia de estresores ambientales a partir de una deficiente limpieza y orden, deficiente iluminación y ventilación que les expone a trabajar en condiciones de calor extremo, malos olores y ambiente sucio.

La mayoría de las enfermeras están casadas lo que implica que en su vida diaria desempeñen varios roles que pueden ser generadores de estrés e insatisfacción, se observó que presentaron los niveles más altos para agotamiento emocional y despersonalización. Los niveles más bajos de realización personal se presentaron en el personal divorciado, es probable que paradójicamente el tener menores roles extralaborales contribuya a esta percepción.

Se tiene que la mayoría de la muestra tiene estudios solo a nivel técnico lo que conlleva a pensar que este factor les predispone a tener menores capacidades para afrontar el estrés originado de las demandas y funciones laborales. Los resultados sin embargo, no son compatibles a lo anterior pues el mayor número de casos de Burnout se encontró en el personal con estudios a nivel licenciatura y posgrado, no siendo significativo por el tamaño de la muestra y tal vez represente un sesgo.

En función de la antigüedad como factor predisponente para presentar Síndrome de Burnout, las más altas puntuaciones para las 3 dimensiones se encuentran en personal que ha laborado entre 6 y 12 años, se puede ejemplificar lo anterior como una enfermera (o) con desgaste emocional y ciertas manifestaciones de despersonalización pero con un sentimiento conservado de satisfacción con lo que hace, con expectativas para su realización personal, y tal vez, con factores no laborales que contribuyen de manera positiva reforzando esta percepción.

## HALLAZGOS

No hubo diferencias en la forma de obtención de la información habiéndose aplicado el cuestionario a manera de entrevista dirigida y personalizada en un solo tiempo, bajo consentimiento informado.

## LIMITACIONES

Tamaño de la muestra

## 6. CONCLUSIONES

Tomando en cuenta los resultados obtenidos, se puede concluir lo siguiente:

- Existe el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Hospital de Tercer Nivel de Atención ubicado en la zona sur de la Ciudad de México.
- La Unidad de Cuidados Intensivos Adultos es un área hospitalaria en donde las enfermeras (os) presentan mayor desgaste profesional.
- En los turnos vespertino y nocturno hay enfermeras que presentan un perfil dimensional con altos niveles de agotamiento emocional y baja realización personal. El turno nocturno representa un factor de riesgo para desarrollar Burnout.
- El agotamiento emocional y la despersonalización entre las enfermeras es mayor en el grupo de edad entre los 37 y 54 años.
- Las enfermeras que se encuentran casadas presentan un perfil dimensional con altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización. Las enfermeras divorciadas presentan una baja realización personal.
- El personal de enfermería con estudios a nivel licenciatura y posgrado presentan bajos niveles en realización personal.

## 7. RECOMENDACIONES

La Organización Internacional del Trabajo, desde 1986, define los riesgos psicosociales como: «las interacciones entre el contenido, la organización y la gestión del trabajo y las condiciones ambientales, por un lado, y las funciones y necesidades de los trabajadores/as por otro. Estas interacciones podrían ejercer una influencia nociva en la salud de los trabajadores/as a través de sus percepciones o experiencias» (Serra; 2007).

El Estrés laboral crónico es un factor de riesgo psicosocial generador de múltiples consecuencias negativas para la salud, incluyendo dentro de estas al Síndrome de Burnout, por lo tanto es de vital importancia considerar la implementación de acciones encaminadas a la prevención.

Con el objetivo de prevenir los riesgos psicosociales en origen hay que poner en práctica medidas preventivas concretas (Prevención de Riesgos Laborales y Medicina del Trabajo, Madrid; 2010), aplicables al personal de Enfermería, que tiendan desde lo general a:

- a) Fomentar el apoyo entre las trabajadoras y trabajadores y de superiores en la realización de tareas, por ejemplo, potenciando el trabajo en equipo y la comunicación efectiva, eliminando el trabajo en condiciones de aislamiento social o de competitividad entre compañeros.
- b) Incrementar las oportunidades para aplicar los conocimientos y habilidades y para el aprendizaje y el desarrollo de nuevas habilidades, por ejemplo, a través de la eliminación del trabajo estrictamente pautado, el enriquecimiento de tareas a través de la movilidad funcional ascendente o la recomposición de procesos que impliquen realizar tareas diversas y de mayor complejidad.

- c) Promocionar la autonomía de los trabajadores y trabajadoras en la realización de las tareas, por ejemplo, potenciando la participación efectiva en la toma de decisiones relacionadas con los métodos de trabajo, el orden de las tareas, la asignación de tareas, el ritmo, la cantidad de trabajo; acercando tanto como sea posible la ejecución al diseño de las tareas y a la planificación de todas las dimensiones del trabajo.
- d) Garantizar el respeto y el trato justo a las personas, proporcionando salarios justos, de acuerdo con las tareas efectivamente realizadas y cualificación del puesto de trabajo; garantizando la equidad y la igualdad de oportunidades entre géneros y etnias.
- e) Fomentar la claridad y la transparencia organizativa, definiendo los puestos de trabajo, las tareas asignadas y el margen de autonomía.
- f) Garantizar la seguridad proporcionando estabilidad en el empleo y en todas las condiciones de trabajo (jornada, sueldo, etc), evitando los cambios contra la voluntad del trabajador.
- g) Proporcionar toda la información necesaria, adecuada y a tiempo para facilitar la realización de tareas, y la adaptación a los cambios.
- h) Establecer principios y sobretodo procedimientos para gestionar personas de forma justa y democrática, de forma saludable.
- i) Facilitar la compatibilidad de la vida familiar y laboral, por ejemplo introduciendo medidas de flexibilidad horario y de jornada de acuerdo con las necesidades derivadas del trabajo domestico-familiar y no solamente la producción.

- j) Adecuar la cantidad de trabajo al tiempo que dura la jornada a través de una buena planificación como base de la asignación de tareas, contando con la plantilla necesaria para realizar el trabajo que recae en el centro y con la mejora de los procesos productivos o de servicio, evitando una estructura salarial demasiado centrada en la parte variable sobretodo cuando el salario base es bajo.

Considerando el Síndrome de Burnout desde un punto de vista particular del constructo psicopatológico originado por la exposición crónica al estrés laboral, y en esta investigación, en las enfermeras; las estrategias de intervención para la prevención y su tratamiento pueden ser agrupadas en tres categorías (Gil-Monte y Peiró, 1997) (15, 26) (Tabla 10).

Es una clasificación orientativa, tomando como punto de referencia dónde se deben centrar las actuaciones. Incluye acciones de corte fundamentalmente "organizativo", otras que fomentan la regulación de las "interacciones" que se producen en la empresa entre los individuos, y finalmente se categorizan aquellas acciones que están focalizadas en el trabajador, las "individuales". No obstante, todas las acciones preventivas que se exponen deben ser implementadas desde y por la organización (INSHT).

<b>Tabla 10. Niveles de intervención sobre el estrés laboral</b>
<b>Nivel individual</b>
- Técnicas de Relajación.
- Técnicas de Meditación para reducir estrés ansiedad y tensión.
- Biofeedback.
- Aplicación de Terapia cognitivo-conductual.
- Ejercicio físico para proteger de los efectos dañinos del estrés y aumentar la resistencia al estrés.
- Entrenamiento en control del tiempo y negociación.
- Existencia en la organización de programas de atención al empleado que le

ofrezca consejo y le remita al especialista si es preciso.
-Otras medidas individuales (como combinación de varias de las anteriores).
<b>Nivel organizacional</b>
- Selección del personal.
- Programas de educación y entrenamiento a empleados y Supervisores.
- Intervención sobre características físicas y ambientales del Trabajo.
- Promoción de comunicación adecuada.
- Diseño del trabajo.
- Otras intervenciones a nivel organizacional (como combinación de varias de las anteriores).
<b>Nivel</b>
<b>individual/organizacional</b>
- Fomento del apoyo social por parte de compañeros y supervisores.
- Promoción del ajuste entre el empleado y el ambiente para hacer frente al desequilibrio entre recursos individuales y demandas ambientales y ajuste de expectativas.
- Clarificación de roles para evitar conflicto y ambigüedad de rol.
- Participación de los miembros de la organización en las diferentes fases del proceso de intervención.
- Otras intervenciones a nivel individual/organizacional (como combinación de varias de las anteriores).

Un último ámbito de actuación se centraría sobre la "la falta de percepción de capacidad para desarrollar el trabajo", ámbito al que claramente podríamos denominar "autoeficacia". Este factor cognitivo, la percepción de capacidad, es específico de cada situación., Así, podríamos encontrarnos con personas con una alta percepción de capacidad para manejar las situaciones interpersonales y que sin embargo se perciban incapaces de responder ante un exceso de trabajo o ser más persuasivos en sus tomas de decisiones organizacionales.

Por ello, de cara a planificar y diseñar intervenciones para prevenir o reducir este fenómeno, sería recomendable realizar intervenciones específicas detectando los factores implicados y generando juicios de capacidad para afrontar "esa" situación laboral con éxito.

Sería conveniente recordar que las cuatro fuentes para generar juicios de autoeficacia en las personas se han utilizado exitosamente en numerosas investigaciones aplicadas al ámbito organizacional (Bandura, 1997): la propia experiencia, la formación modelada, la persuasión o los estados de ánimo (Bandura; 1997).

Son sin duda las mencionadas, estrategias que podrían empezar a rendir frutos si se iniciara una reforma a todos los viejos modelos de trato a los trabajadores y se tomara en consideración las capacidades individuales de la fuerza trabajadora así como las limitantes que operan en los distintos servicios hospitalarios, ampliamente mencionadas como errores en las organizaciones en párrafos anteriores.

Considero que uno de los principales conflictos en relación a la presencia de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en las enfermeras del Hospital de Tercer Nivel de Atención donde se realizó el presente estudio, tiene que ver con las ambigüedades del rol, las y los trabajadores del servicio de enfermería viven en constante y reiterativa incertidumbre y frustración en lo que respecta a este sentido, se observó que les son asignadas constantemente nuevas áreas, funciones y responsabilidades que en muchos casos exceden sus capacidades y más aún sus aspiraciones y/o preferencias individuales, llevando así a insatisfacción laboral y estrés crónico.

## BIBLIOGRAFÍA

- ▶ Arias Galicia, Fernando, Fernández Sánchez, Abigail, González Zermeño Martha Elva (2008). II Foro de las Américas en Investigación sobre factores Psicosociales. Estrés y Salud Mental en el Trabajo. El Agotamiento Profesional (Burnout) y su relación con la antigüedad y el tipo de servicio en el personal de enfermería. Facultad de Psicología, Escuela de Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, 2008.
- ▶ Ballinas Aguilar, Ana G., Alarcón Morales, Claudia., Lastenia Balseiro, Almarío C.(2009). Síndrome de burnout en enfermeras de un centro médico. Revista de Enfermeras del Instituto Mexicano del Seguro Social 2009; 17 (1): 23-29.
- ▶ Basset Machado I; Estévez Ramos, R; Leal García M.L; Guerrero Lara, Guadalupe; López Vázquez, J.T (2011). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de una Unidad de Psiquiatría, Revista: Enfermería Neurológica Vol. 10, No. 2: 81-85, 2011.
- ▶ Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York, NY: W.H. Freeman and Company.
- ▶ Bowman MA, Allen DI. (2005). Stress and Women Physician. New York: Springer 2005.
- ▶ Cardinell C. (1981). Burnout?. Mid-life crisis?. Let's Understand ourselves. Contemporary education 1981.
- ▶ Fernández García, María V; Zárate Grajales, Rosa A; Bautista Paredes, Lorena; Domínguez-Sánchez Patricia; Ortega Vargas, Carolina; Cruz Corchado, Maricela; Montesinos Jiménez, Graciela (2012). Síndrome de burnout y enfermería.Evidencia para la práctica. Revista de Enfermeras del Instituto Mexicano del Seguro Social 2012; 20 (1): 45-53.

- ▶ Garcés de los Fayos, López Solér y García Montalvo. Instrumentos de Medición del Burnout (1997). pp. 14-26.
- ▶ Gil Monte, Pedro. R. (2003). Revista electrónica InterAção Psy – Ano 1, nº 1- Agosto 2003, p. 20.
- ▶ Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- ▶ Gil-Monte, P. R. (1994). *El síndrome de Burnout: un modelo multicausal de antecedentes y consecuentes en profesionales de enfermería*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología, Universidad de La Laguna (España).
- ▶ Greenglass E.R, Burke R.J. (1989). Career orientations and career development among male and female teachers. *Psychol Report* 1989; 64-59: 591-598.
- ▶ León, J. M. (1998). Prevención de los riesgos laborales por causa de la carga mental y el estrés psicosocial. En V. Aznar (ed.), *Salud laboral. Un debate permanente*. Madrid 1998.
- ▶ Manzano, G. y Ramos, F. (2000). Enfermería hospitalaria y síndrome de Burnout. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2, 197-213.
- ▶ Marrau, Maria Cristina (2009). Fundamentos en Humanidades, Vol. 19, Núm. 1, 2009, pp. 179-193 Universidad Nacional de San Luis Argentina.
- ▶ Martínez Pérez, Anabella (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*. nº 112. Septiembre. 2010. pp. 2-5
- ▶ Maslach, Christina (2009). Comprendiendo el Burnout. Artículo de Revisión. *Ciencia y Trabajo*. nº 32. Abril / Junio 2009. pp.37-39.
- ▶ Maslach C, Jackson S. (1985). The role of sex and family variables in Burnout. *Sex roles* 1985; 12 (7-8): 837-851.

- ▶ Maslach C (1982). Understanding Burnout definitional issues in analyzing a complex phenomenon. En: Paine: Job, Stress and Burnout. Beberly Hills: Sage, 1982.
  
- ▶ Maslach C (1981). Burnout: A social psychological analysis. En: Jones JW. The Burnout syndrome. California: Berkely University of California, 1981.
  
- ▶ Mc Craine EW, Lambert V.A, Lambert C.E. (1987). Work stress, hardiness and Burnout among hospital staff nurses. Nursing Research 1987; 33(6):374-378.
  
- ▶ Naisberg JL, Fenning S. (1991). Personality characteristics and propeness to Burnout: A study among psychiatrists. Stress Med 1991;7,4: 201-205.
  
- ▶ Ortega Ruíz, Cristina (2004). El *burnout* o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. International Journal of Clinical and Health Psychology. Vol 4. nº1. p. 142-145.
  
- ▶ Pines AM, Kafry D. (1997). Coping with Burnout. Ponencia presentada en la convención anual de la American Psychology Association. Toronto, 1997.
  
- ▶ Secretaria de Salud (2005). Subsecretaria de innovación y calidad. Perfiles de Enfermería.
  
- ▶ Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y Medicina del Trabajo (2010). Fatiga Laboral: Conceptos y Prevención. Universidad Complutense de Madrid, pp. 14-16.
  
- ▶ Serra, J. (2007). Riesgos Psicosociales; Nuevos Riesgos Emergentes en el contexto de un mundo Globalizado, Prevención, núm. 180, pp. 1-2.

# ANEXOS

**MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)**

Edad:                      Sexo:                      Edo. Civil:                      Escolaridad:  
Turno fijo:                      Antigüedad:                      Servicio al que pertenece:

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

**Nunca: 1                      Algunas veces al año: 2                      Algunas veces al mes: 3**  
**Algunas veces a la semana: 4                      Diariamente: 5**

Por favor, señale el número que considere más adecuado:

1. **AE** Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo \_\_\_\_\_
2. **AE** Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado \_\_\_\_\_
3. **AE** Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado \_\_\_\_\_
4. **RP** Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender \_\_\_\_\_
5. **D** Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales \_\_\_\_\_
6. **AE** Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa \_\_\_\_\_

7. **RP** Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender \_\_\_\_\_
8. **AE** Siento que mi trabajo me está desgastando \_\_\_\_\_
9. **RP** Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo \_\_\_\_\_
10. **D** Siento que me he hecho más duro con la gente \_\_\_\_\_
11. **D** Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente \_\_\_\_\_
12. **RP** Me siento muy enérgico en mi trabajo \_\_\_\_\_
13. **AE** Me siento frustrado por el trabajo \_\_\_\_\_
14. **AE** Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo \_\_\_\_\_
15. **D** Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente \_\_\_\_\_
16. **AE** Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa \_\_\_\_\_
17. **RP** Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo \_\_\_\_\_
18. **RP** Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender \_\_\_\_\_
19. **RP** Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo \_\_\_\_\_
20. **AE** Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades \_\_\_\_\_
21. **RP** Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada \_\_\_\_\_
22. **D** Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas \_\_\_\_\_

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN