



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

Burnout: Variables individuales y organizacionales en profesionales de enfermería

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
CYNTHIA MAGALY DÍAZ JUÁREZ

Tutor principal:
Dr. Juan José Sánchez Sosa, *Facultad de Psicología*

Comité:
Dra. Ana B. Moreno C., *Facultad de Psicología*
Dra. Corina M. Cuevas. R., *Facultad de Psicología*
Dr. Samuel Jurado Cárdenas, *Facultad de Psicología*
Mtra. Nancy E. Rangel D., *Hospital General "Dr. Manuel Gea González"*

Ciudad Universitaria, CDMX, enero de 2020



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.

Resumen

Objetivo. Explorar la posible asociación de la sintomatología ansiosa, depresiva así como y la percepción del clima organizacional con el desarrollo de burnout a lo largo del tiempo en el personal y estudiantes de enfermería de un hospital general. **Método.** Estudio no experimental, de asociación, longitudinal; **participaron** 194 miembros del personal y 64 estudiantes de enfermería. **Medición.** Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional, Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, y la Escala Multidimensional de Clima Organizacional. **Resultados.** Se documentaron asociaciones significativas y consistentes a lo largo del tiempo entre burnout y ansiedad ($\rho=.57$; $p\leq 0.01$), sintomatología depresiva ($\rho=.47$; $p\leq 0.01$), clima organizacional ($\rho= -.44$; $p\leq 0.01$) y la mayoría de sus elementos evaluados; así como diferencias estadísticamente significativas entre las evaluaciones longitudinales del personal en las variables de agotamiento emocional ($X^2=28.019$, $p\leq 0.01$), sintomatología ansiosa ($X^2=31.979$, $p\leq 0.01$), clima organizacional ($X^2=10.925$, $p\leq 0.01$), satisfacción laboral ($X^2=8.119$, $p\leq 0.05$), relaciones sociales ($X^2=21.613$, $p\leq 0.01$) y unión y apoyo ($X^2=14.864$, $p\leq 0.01$). **Discusión.** Los resultados obtenidos resaltan la necesidad de identificar las variables individuales y organizacionales asociadas con el desarrollo de burnout que permitan diseñar intervenciones especializadas, en el caso de enfermería, dirigidas a habilidades de manejo del estrés, regulación emocional y desarrollo de ambientes y relaciones laborales positivas, desde su formación y a lo largo de la carrera profesional.

Palabras clave: enfermería, burnout, ansiedad, depresión, clima organizacional

El estudio objeto de la presente tesis de posgrado fue posible gracias al financiamiento IN-303618 del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación tecnológica (PAPIIT) de la UNAM y al apoyo 854986 del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACyT.

Abstract

Objective. To explore the association of anxious and depressive symptomatology and perceived organizational climate (OC) with the development of burnout over time in staff and nursing students of a large, public general hospital. **Design.** Non-experimental, association, longitudinal study; **Participants:** 194 staff members and 64 nursing students participated. **Measurement** included the following instruments: Mexican Occupational Wear Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, and the Multidimensional Organizational Climate Scale. **Results.** Significant and consistent associations were documented over time between burnout and anxiety ($\rho = .57, p \leq 0.01$); depressive symptomatology ($\rho = .47, p \leq 0.01$); perceived organizational climate ($\rho = -.44, p \leq 0.01$) and most of OCs components. Findings included statistically significant differences between longitudinal evaluations of personnel regarding emotional exhaustion ($X^2 = 28.019, p = \leq 0.01$); anxious symptomatology ($X^2 = 31.979, p = \leq 0.01$); organizational climate ($X^2 = 10.925, p = \leq 0.01$); job satisfaction ($X^2 = 8.119, p = \leq 0.05$); social relations ($X^2 = 21.613, p = \leq 0.01$) and personnel cohesion and support ($X^2 = 14.864, p = \leq 0.01$). **Discussion.** Results highlight the need to identify individual and organizational variables associated with the development of burnout because these data would allow for designing specific interventions for nurses' stress-management and emotional regulation skills. Results would also point at adjustments toward positive hospital working environments and relationships.

Keywords: nursing, burnout, anxiety, depression, organizational climate

Agradecimientos

Especiales agradecimientos a los participantes de la investigación que hicieron posible este proyecto. Esperamos que el desarrollo derivado de estos hallazgos les sea del mayor beneficio.

Al equipo de investigación: Lalo, Ricardo y Juan Manuel por su compromiso y trabajo constante, a pesar de las situaciones adversas. Que nuestro trabajo juntos, siga dando muchos frutos más.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa, a la Dra. Ana Moreno, A la Dra. Corina Cuevas, al Dr. Samuel Jurado y a la Mtra. Nancy Rangel por sus invaluable aportaciones a este trabajo y a mi desarrollo profesional.

Dedicatorias

Para mi familia y amigos por su amor y apoyo incondicional. En todo lo que hago y emprendo siempre llevo una parte de ustedes conmigo.

ÍNDICE

Resumen	
Salud mental en profesionales de la salud.	6
Sobre la salud mental en profesionales de la salud.	6
El síndrome de burnout.	10
Consecuencias del síndrome de burnout.	15
Prevalencia en personal de enfermería.	17
Una propuesta explicativa del síndrome de burnout.	21
Variables asociadas al síndrome de burnout.	22
Burnout, ansiedad, sintomatología depresiva y clima organizacional.	25
Fundamentación del estudio.	35
Objetivo.	37
Método.	39
Participantes.	39
Diseño y medición.	42
Procedimiento.	48
Análisis estadístico.	50
Resultados.	52
Discusión.	94
Análisis de la evaluación y una propuesta inicial de intervención.	112
Referencias.	116
Anexos.	137

SALUD MENTAL EN PROFESIONALES DE LA SALUD

1.1 Sobre la salud mental en profesionales de la salud

La salud mental es definida como *“un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.”* (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Desde hace varios años, la salud mental y el bienestar de los profesionales de la salud han sido de gran interés a nivel global por sus implicaciones tanto para el propio sistema de salud como para los profesionales y las personas beneficiarias de su labor (World Health Organisation, 2016a; World Health Organisation, 2016b). De acuerdo con Bodenheimer y Sinsky (2014), un profesional con buena salud permite lograr una mejor experiencia para el paciente y reducir los costos de la atención, lo que a su vez permite lograr una mejora en la salud de la población en general.

Sin embargo, en la literatura de investigación se ha reportado una gran incidencia de afectaciones en este tipo de personal, desde los más jóvenes hasta los veteranos, en las diferentes profesiones laborando dentro de un hospital y a lo largo de diferentes países del mundo (Blackwelder, Watson, Freedy, 2016; Carrieri et al., 2018; Lamont et al., 2017). Al rededor del 50% del personal de salud presenta algún síntoma de burnout, casi dos veces más que otros profesionistas (Shanafelt, 2018; Reith, 2018). El suicidio es más común que en la población general, encontrando una proporción de 1.5 a 3.8 en hombres y 3.7 a 4.5 en mujeres (Shanafelt et al., 2011), y se ha encontrado que el 36.9% del personal de enfermería y el 25% del personal de medicina presentan algún trastorno psiquiátrico (Renzi, Di Pietro & Tabolli, 2012).

Aunado a esto, existe un estigma dentro de estas profesiones entorno a los problemas de salud mental (Hayes, Prihodova, Walsh,

Doyle, Doherty, 2017; Stanton & Randal, 2016) lo que dificulta la búsqueda de ayuda profesional especializada (Garelick, 2012).

Dentro del personal de salud resalta el caso de los profesionales de enfermería como los más vulnerables (Castañeda-de la Fuente et al., 2014; Castañeda-De la Fuente et al., 2015), ya que ésta profesión suele caracterizarse por un trabajo emocionalmente demandante debido a la gran cercanía con el paciente y los familiares (Starc, 2018).

El personal de enfermería está expuesto a una carga de trabajo excesiva resultante de tratar de proveer de la cobertura necesaria cuando hay poco personal, al propio sistema de salud tendiente de proveer de poca autonomía y erosionar los valores profesionales, la característica rígida de los hospitales como organización, un inflexible horario laboral y cambios de turno obligatorio, los aspectos burocráticos/administrativos con los que se deben cumplir cotidianamente y la muerte de los pacientes a su cuidado o el sufrimiento de estos y sus familias (Carrieri, et al., 2018; Gallagher & Gormley, 2009; Starc, 2018).

En efecto, la queja por la sobrecarga de trabajo y la poca autonomía en la toma de decisiones en el ámbito laboral es mayor en profesionales de la salud que en cualquier otro sector laboral (Van den Broeck et al., 2017).

Esto también se resalta durante su época de entrenamiento, donde se suma la carga académica, el cuidar de los pacientes cuando aún están aprendiendo y la interacción con el personal más experimentado, que puede llegar a ser hostil (Labrague, McEnroe-Petite, Gloe, Thomas, Papatthanasiou & Tsaras, 2017), y la preocupación por hacer daño al ser novatos (Suarez-Garcia, Maestro-Gonzalez, Zuazua-Rico, Sánchez-Zaballos y Mosteiro-Diaz, 2018).

Aunado a las condiciones laborales, las condiciones del sistema de salud, muy particulares de cada región, juegan un papel importante en

el desarrollo de problemas de salud mental. En el caso de México, los servicios de salud públicos suelen trabajar en sobresaturación, con bajos salarios para el personal, recursos insuficientes de personal y material, lo que deviene en grandes cargas de trabajo (Polanco et al., 2013); aunado a una inseguridad laboral (Juárez, 2004) condiciones precarias de trabajo y problemas de seguridad o delincuencia (Ramírez de la Roche, 2012).

Otro aspecto relativo al sistema de salud es el horario de trabajo. En general, el personal de salud suele trabajar entre 50 y 60 horas a la semana (Wallace, Lemaire & Ghali, 2009), sin embargo en México se ha estimado una media de 80 horas a la semana, casi el doble que otras partes del mundo (Prieto-Miranda, Jiménez-Bernardino, CázaresRamírez, Vera-Haroy Esparza-Pérez, 2015) y que lo generalmente recomendado, ya que existe un riesgo significativo de errores cuando se trabaja más de 50 horas a la semana (Bocanegra, 2012).

Al mismo tiempo, se ha encontrado que algunos factores individuales juegan un papel en la salud mental de estos profesionistas, tales como algunos antecedentes familiares y estilos de crianza (Riveros et al., 2012); características sociodemográficas como el sexo, la edad, el estado civil, si se tiene hijos y la cantidad de estos (Gómez-Urquiza et al., 2016; Gómez-Urquiza et al., 2017a); y algunas características de personalidad como la afabilidad, la extroversión, la estabilidad emocional, la apertura y la responsabilidad (Chen et al., 2018; Ramirez-Baena et al., 2019), la llamada personalidad tipo D (Kim et al., 2017) y tipo A (Włodarczyk & Pawliszewska, 2015) y el ser perfeccionista (Chang, 2017), ser autoexigente, tener baja tolerancia a la frustración, necesidad de excelencia y de control y tener sentimientos de omnipotencia frente a la tarea (Contreras-Palacios et al., 2013).

Es por tanto que se han generado esfuerzos para identificar un perfil de riesgo en los profesionales de enfermería, el cual puede variar en función de factores como la edad, la antigüedad, la satisfacción

laboral (Castañeda-de la Fuente, 2018), el sexo, el estado civil y nivel escolar (Gómez-Urquiza et al., 2017b) y el servicio donde laboran e incluso por características de personalidad (Castañeda-de la Fuente, 2015).

En algunas investigaciones se ha reportado resultados contradictorios en cuanto a variables sociodemográficas que actúan como factores de riesgo, como lo son la edad (Gómez-Urquiza et al., 2016; (Gómez-Urquiza et al., 2017a; Prados-Hernández et al., 2018; Gómez-Urquiza, Vargas, de la Fuente, Fernández-Castillo y Castañeda-de la Fuente, 2017b), el estado civil (Castañeda-de la Fuente, 2018; Gómez-Urquiza et al., 2017a) y el tener hijos (Castañeda-de la Fuente, 2018; Gómez-Urquiza et al., 2016).

Por otro lado se han identificado algunas variables más estable en cuanto a su probable efecto como factor de riesgo como el ser hombre (Castañeda-de la Fuente, 2018), tener mayor antigüedad o más años en un mismo puesto o servicio, trabajar en el turno nocturno, tener contrato fijo, (Gómez-Urquiza et al., 2017a) y trabajar en primer nivel de atención (Castañeda-de la Fuente, 2015), en departamentos quirúrgicos (Renzi et al., 2012) o en áreas críticas (Gómez-Urquiza, et al., 2017c).

En México se ha documentado el siguiente perfil de riesgo: el ser mujer, estar en el intervalo de 30 a 35 años de edad, tener antigüedad de entre 11 y 15 años, tener entre 6 y 10 años en el mismo servicio y trabajar en áreas críticas como la terapia intensiva (Juárez-Elizalde, Haros-Juárez, Ávalos-Gaspar, Guerra-Juárez y Chacón, 2015).

Por tanto, es necesario que cuando se habla de salud mental en profesionales de la salud, las investigaciones aborden los diferentes factores que influyen en el bienestar o malestar de los individuos en aras de identificar las intervenciones más efectivas y eficaces para su prevención o tratamiento.

1.2. El Síndrome de Burnout

El Síndrome de Burnout es una de las afectaciones de salud mental que más preocupa en los profesionales de la salud. La Organización Internacional del Trabajo considera este síndrome como una enfermedad laboral, asimismo, la Organización Mundial de la Salud se ha interesado en el problema de salud pública que representa, considerándolo incluso la epidemia del Siglo XXI (OMS, 2005; OMS, 2019; Stavroula & Aditya, 2010).

Maslach, Shaufeli y Leiter (2001) lo definen como una respuesta prolongada ante la presencia crónica de estresores emocionales e interpersonales en el trabajo, que aparece principalmente en aquellos cuyo objeto de trabajo son otras personas, caracterizado por tres factores:

- *Agotamiento emocional*: hace referencia a sentimientos de desgaste emocional y físico, la persona percibe que “ya no puede dar más de sí” afectivamente, pues se han agotado los recursos emocionales con los que cuenta para afrontar el contacto constante con las personas objeto de su trabajo;
- *Despersonalización*: (también es llamado cinismo o indolencia) se refiere a respuestas negativas, insensibles, crueles o excesivamente desinteresadas a varios aspectos o individuos del trabajo, asociado con un endurecimiento afectivo en el que el profesional deshumaniza a las personas objeto de su trabajo e incluso lo culpa por sus dolencias;
- *Insatisfacción de logro*: implica una insuficiencia o falta de realización profesional percibida, caracterizada por una autoevaluación negativa, sentimientos de incompetencia, de falta

de logro y de productividad en la actividad laboral (Gill-Monte, 2006; Maslach, 2011).

Recientemente, la OMS (2019) incluyó al Síndrome de Burnout en la Clasificación Estadística Internacional en su 11va revisión con el código QD85, describiéndolo como un problema asociado al trabajo, donde lo define como:

Un síndrome resultado del estrés laboral crónico que no ha sido manejado exitosamente. Está caracterizado por tres dimensiones: sentimientos de agotamiento de la energía o estar exhausto, incremento en la distancia mental del propio trabajo o sentimiento de negativismo o cinismo relativo al trabajo y reducción de la efectividad profesional.

Sin embargo, la definición adoptada para el CIE-11 mantiene cierta ambigüedad al respecto de los síntomas que comprende el síndrome, lo que puede dificultar diferenciar el burnout de padecimientos relacionados como lo es el estrés en general y la sintomatología depresiva, así como dar pie a llamar “Burnout” a cualquier grado de agotamiento, distanciamiento mental del trabajo y reducción de la efectividad emocional, sin requerir un análisis de la intensidad y cronicidad de los síntomas.

Al respecto de esto, a lo largo de la literatura de investigación internacional se encuentran definiciones que resaltan el carácter progresivo del síndrome y su papel como respuesta ante el estrés crónico laboral (ver Tabla 1). Así mismo, Paine (1982) y posteriormente Gill-Monte (2006), identifican con mayor precisión los síntomas que incluye el síndrome, categorizándolos en un componente emocional, actitudinal, cognitivo, conductual, fisiológico y contextual (Gill-Monte, 2006; Paine, 1982):

- *Emocional*: incluye problemas de ajuste emocional como agotamiento emocional, irritabilidad, paranoia, nerviosismo, agobio, angustia, sentimientos de tristeza y sintomatología depresiva, aburrimiento y culpa.
- *Actitudinal*: disminución de la motivación por el trabajo, cinismo, apatía, hostilidad, intolerancia, indiferencia y suspicacia ante los clientes.
- *Cognitivo*: pérdida de la autoestima, inseguridad, baja realización personal en el trabajo, impotencia en el desempeño del rol profesional, percepción de fracaso profesional, y cambio negativo en los valores y creencias del individuo asociados al trabajo.
- *Conductual*: comportamiento suspicaz y paranoide, aislamiento, desarrollo de conductas de exceso como el consumo de sustancias, rigidez, quejas constantes, agresiones a otros (clientes o compañeros de trabajo) y absentismo.
- *Fisiológico*: cansancio, fatiga, insomnio, aumento de molestias y dolores musculares, alteraciones funcionales principalmente en sistema digestivo, cardiaco, nervioso y linfático
- *Contextual*: principalmente alteración de las relaciones interpersonales derivado del aislamiento, déficit en habilidades de comunicación y conflictos interpersonales más frecuentes.

Es así que el Síndrome de Burnout se puede definir como: *Una respuesta al estrés crónico laboral relativo a actividades emocionalmente demandantes, principalmente asociadas con la interacción con aquellos que son el objeto de trabajo; que al no ser correctamente afrontada, se intensifica y se mantiene a lo largo del tiempo, generando una experiencia subjetiva de carácter negativo que resulta en un deterioro progresivo de las emociones, actitudes y cogniciones, ocasionando alteraciones conductuales y fisiológicas que repercuten en la actividad laboral.*

Tabla 1. Elementos comunes en las definiciones del Síndrome de Burnout.

Autor(es)	Definición propuesta	Elementos
Freudenberger, 1975	Experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge en los profesionales que trabajan en contacto directo con personas en la prestación de servicios como consecuencia de ese contacto diario, resultado de gastarse por la persistencia en lograr un conjunto de expectativas inalcanzables.	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas cognitivos y emocionales negativos referentes al trabajo, • Consecuencia de prestar servicio contante.
Maslach & Jackson, 1979	Un síndrome de agotamiento emocional y de cinismo que ocurre con frecuencia en los individuos que trabajan hacia personas, y que dedican mucho tiempo a las relaciones personales de carácter confidencial con esas personas bajo condiciones crónicas de estrés y de tensión.	<ul style="list-style-type: none"> • Respuesta a estrés crónico, • Síntomas cognitivos y emocionales negativos, • Consecuencia de prestar servicio contante.
Edelwich & Brodsky, 1980, p.14	Una pérdida progresiva del idealismo, de la energía y del deseo de alcanzar objetivos que aparecen en los profesionales de ayuda como resultado de sus condiciones de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas progresivos, • Respuesta a las condiciones del trabajo.
Pines & Kafry, 1982	Un estado de agotamiento mental, emocional y físico causado por el estrés emocional crónico resultado de la implicación excesiva en situaciones emocionalmente demandante con la gente durante largos periodos.	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas cognitivos, emocionales y físicos negativos, • Respuesta al estrés crónico, • Consecuencia de realizar actividades emocionalmente demandantes constantemente.

Autor(es)	Definición propuesta	Elementos
Ryrson & Marks, 1982	Un síndrome de progresivo agotamiento físico, actitudinal y emocional.	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas progresivos, • Síntomas negativos cognitivos, emocionales y físicos.
Perlman & Hartman, 1982	Una respuesta al estrés emocional crónico con tres componentes: agotamiento emocional y/o físico, baja productividad laboral y un exceso de despersonalización.	<ul style="list-style-type: none"> • Respuesta a estrés crónico, • Tridimensional.
Maslach & Jackson, 1981	Un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad.	<ul style="list-style-type: none"> • Tridimensional, • En personas de servicio.
Gil-Monte, 2006	Una respuesta al estrés laboral crónico que tiene una gran incidencia en profesionales del sector de servicios cuyo objeto de trabajo son otras personas debido a las particularidades de la relación entre el profesional y el cliente, la cual suele ser íntima con un fuerte componente afectivo y emocional. Implica una experiencia subjetiva que conlleva un deterioro de las cogniciones de la persona (autoevaluación profesional), de sus afectos y emociones, y de su actitud hacia el cliente y el contexto laboral. Esta respuesta es negativa para el individuo, ya que implica alteraciones conductuales y disfunciones fisiológicas que tienen consecuencias nocivas para el individuo y la organización.	<ul style="list-style-type: none"> • Respuesta al estrés crónico laboral, • En profesionales de servicio, • Deterioro progresivo, • Síntomas negativos cognitivos, emocionales, conductuales y fisiológicos referentes al trabajo.

Esta definición permite diferenciar al burnout de conceptos similares como el estrés o el desgaste por empatía. En el caso del estrés, este es una respuesta que se genera ante un estímulo dentro de un contexto general, resultando en una serie de conductas de afrontamiento que devienen en consecuencias que pueden ser positivas o negativas, mientras que el burnout se origina cuando los estímulos estresantes del contexto laboral se mantienen a lo largo del tiempo y al no ser afrontados de forma efectiva, los síntomas se intensifican y cronifican hasta generar consecuencias que generalmente son negativas (Lorenz, Cardoso & Olivera, 2010).

El desgaste por empatía se refiere a una consecuencia de experimentar empatía por pacientes o clientes traumatizados que se atienden de forma constante (Mathias & Wentzel, 2017), generando síntomas de evitación, re-experimentación y de activación fisiológica, mientras que el burnout se desarrolla como consecuencia del afrontamiento ineficiente ante los estresores laborales contantes y cuya sintomatología está asociada con la actividad laboral.

1.3. Consecuencias del síndrome de burnout

Como se ha descrito, el Síndrome de Burnout representa una experiencia altamente negativa que altera el funcionamiento de la persona que lo padece, lo cual desemboca en graves consecuencias tanto para la persona como para la organización y los clientes.

En el caso del personal de enfermería, las investigaciones han identificado una serie de consecuencias en dos grandes niveles:

A nivel individual se han encontrado consecuencias:

- 1) *Cognitivas*, como menor toma de perspectiva (Azam, Khan & Alam, 2017), reducido desempeño cognitivo y problemas de juicio,

- ideación suicida (Arora, Asha, Chinnappa & Diwan., 2013) y problemas de memoria (Gallagher & Gormley, 2009);
- 2) *Conductuales*, como inicio o aumento del consumo de sustancias, aislamiento (Azam et al., 2017), conductas disruptivas y de alto riesgo, así como riesgo suicida (Arora et al, 2013);
 - 3) *Emocionales*, como irritabilidad (Arora et al., 2013), cuadros depresivos, disminución de la capacidad empática (Azam et al., 2017), cuadros ansiosos (Arora et al, 2013) y
 - 4) *Fisiológicas*, como desordenes del sueño (insomnio), disminución del apetito, dolores musculares (Azam et al., 2017), alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis y úlceras, mareos y vértigo (Gil-Monte, 2002), y es factor de riesgo para presentar problemas cardiovasculares, obesidad, hiperlipidemia, diabetes tipo 2, mayor Índice de Masa Corporal (IMC), síndrome metabólico, hipertensión, triglicéridos altos, glucosa en ayunas alterada e hipercolesterolemia (Salvagioni et al., 2017); lo que en general produce una reducción en la calidad de vida (Azam et al., 2017).

A nivel profesional e institucional se ha identificado que erosiona el desarrollo profesional y disminuye el número de cualidades profesionales (ej. honestidad, integridad, altruismo y autoregulación), pues son más proclives a enrolarse en conductas antiprofesionales, con el riesgo de socavar la competencia (ej. mentir, plagiar, etc.), conflictos con el resto del personal, ser ineficientes en el cuidado del paciente con graves consecuencias para éste (Dyrbye et al, 2010), hay mayor probabilidad de cometer un error médico, presentan dificultades para concentrarse en el trabajo y tomar decisiones (Fahrenkopf et al., 2008), se experimenta insatisfacción laboral al grado de desear dejar el trabajo, menor compromiso con la organización (Azam et al., 2017), absentismo, rotación de personal, abandono del trabajo (Gil-Monte, 2002), presentismo y mayor uso de pensiones por incapacidad (Salvagioni et al., 2017).

1.4 Prevalencia en personal de enfermería

Dado el sufrimiento y la gran disfuncionalidad que afrontan las personas que padecen burnout, así como la gravedad de las consecuencias a terceros, resulta imperante identificar la cantidad de personas que lo presentan, sobre todo cuando se habla de una fuerza de trabajo del sistema de salud tan importante como lo es el personal de enfermería.

Actualmente prácticamente no se cuenta con datos epidemiológicos formales sobre la frecuencia de burnout a niveles internacional o nacional, sin embargo en las revisiones sistemáticas internacionales más recientes se han identificado que al menos ocho de cada 10 miembros del equipo de enfermería presentan manifestaciones de burnout; y entre tres y cuatro de ellos cumplen criterios para burnout -alto agotamiento emocional, alta despersonalización y baja realización personal- (De la Fuente-Solana et al., 2019; Gómez-Urquiza et al., 2016; Gómez-Urquiza, et al., 2017c; López-López, 2019; Monsalve-Reyes et al., 2018; Pradas-Hernández et al., 2018; Ramírez-Baena et al., 2019).

Asimismo la prevalencia puede variar en función de condiciones tales como el tipo de servicio, ya que son distintas las tareas que realizan, el rol que desempeñan y el tipo de pacientes con los que trabajan (Monsalve-Reyes et al., 2018). Es así que las mayores prevalencias se encuentran en los servicios de urgencias, áreas médicas y oncología, donde entre el 35% y el 40% del personal presenta niveles altos de síntomas de burnout (Gómez-Urquiza et al., 2016; Gómez-Urquiza, et al., 2017c; Ramírez-Baena et al., 2019); seguidos de los servicios de pediatría, ginecología y atención primaria, donde alrededor del 30% presenta manifestaciones de burnout (De la Fuente-Solana et al., 2019; Monsalve-Reyes et al., 2018; Pradas-Hernández et al., 2018). Por el contrario, el servicio de salud mental presenta de las prevalencias más

bajas, donde el 25% del personal llega a presentar síntomas elevados (López-López, 2019).

En el caso del personal de enfermería en entrenamiento (estudiantes de pregrado y posgrado, también llamados pasantes o residentes), se han reportado prevalencias variables entre el 0% (Mathias & Wentzel, 2017; Valero-Chillerón et al., 2019) y el 40% (n=101) (Ayaz-Alkaya, Yaman-Sözbir and Bayrak-Kahraman, 2018), donde la mayoría de los jóvenes evaluados suelen presentar niveles moderados (Mathias & Wentzel, 2017), lo cual puede estar asociado a su implicación moderada en actividades clínicas, ya que una vez comienzan su vida laboral de lleno, las prevalencias de burnout alcanzan las encontradas en el personal formal (Rudman & Gistavsson, 2011).

A nivel nacional, las investigaciones también han referido variedad en cuando a las prevalencias encontradas. En la revisión sistemática de Juárez-García, Idrovo, Camácho-Ávila y Placencia-Reyes (2014), se documentó prevalencias de burnout de entre el 8% (n=153) y el 46.6% (622) en profesionales de la enfermería.

En el tercer nivel de atención se han identificado altas prevalencias del síndrome, por ejemplo en el Centro de Especialidades Médicas de Tabasco, se documentó que alrededor del 78% (n=105) del personal de enfermería evaluado presentó el síndrome, donde las mayores proporciones se encontraron en las áreas críticas con el 81% (n=64), seguidas de la atención primaria (73%, n=71) y las áreas quirúrgicas (72%, n=25); y la menor proporción se documentó en las áreas médicas con un 68% de 41 enfermeras evaluadas (Contreras-Palacios, Ávalos-García, Priego-Álvarez, Morales-García y Córdova-Hernández, 2013).

En otro hospital de tercer nivel del sector público de la Ciudad de México se documentó que el 65.4% de 163 profesionales de la enfermería evaluados presentaban afectaciones en alguna de las dimensiones de burnout, de los cuales, el 9.9% reportó afectación en las tres dimensiones. El 33.3% refirió agotamiento emocional, un 34.8% baja

realización personal y un 17.9% despersonalización (Aldrete-Rodríguez, Navarro-Meza, González-Baltazar, Contreras-Estrada y Pérez-Aldrete, 2015).

Por su parte, en el Centro de Especialidades del Centro Médico Nacional de León, Guanajuato; donde se evaluó a 236 miembros del personal de enfermería, se documentó que 92 (39%) presentan datos compatibles con síndrome de burnout; 95 (40%) presentan agotamiento emocional, 78 (32%) despersonalización y 148 (63%) baja realización personal (Cabrera-Gutiérrez, 2015).

En niveles inferiores de atención se tienen datos de un hospital de Ciudad Juárez, Chihuahua, donde se documentó que el 70% de 128 enfermeras evaluadas presentan altos niveles de burnout, el 27% presentan niveles medios y el 3% niveles bajos; asimismo, se documentó que el 97% de la población está expuesta a presentar burnout en niveles medios y altos (Juárez- Elizalde et al., 2015).

En cuanto a servicios específicos, se cuenta con información del servicio de urgencias de un hospital público de segundo nivel de la Ciudad de México, donde se documentó que el 47% (n=32) del personal de enfermería evaluado presentó problemas de burnout, 46% reportaron alto agotamiento emocional, 31% alta despersonalización y 15% insatisfacción de logro (Landa et al., 2017).

En el servicio de hospitalización de la Secretaría de Salud (193) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), se documentó que 33.8 % (181 de 535) presentan síndrome de burnout y el 6.7 % (36 de 535) presentó un alto nivel de este. Asimismo, se documentó que 44.1 % presentó agotamiento emocional; 56.4 % despersonalización y 92.9 % baja realización personal (Miranda-Lara, Monzalvo-Herrera, Hernández-Caballero y Moisés Ocampo-Torres, 2016).

Finalmente, en una institución especializada en la salud reproductiva de la Ciudad de México, se identificó que, de las 282 enfermeras evaluadas, 17.4% presentaron un alto nivel de agotamiento emocional, 1.1% presentaron un alto grado de despersonalización, y 4.9% tenían un bajo nivel de realización personal (Sánchez-Jiménez, Flores-Ramos, Sámano, Rodríguez-Ventura, Chinchilla-Ochoa, 2018).

Los datos anteriormente citados permiten concluir que, en promedio, cinco de cada 10 profesionales de la enfermería presentan el síndrome de burnout o niveles altos de su sintomatología, lo que es ligeramente mayor que lo encontrado en la literatura de investigación internacional.

Por otro lado, al igual que en la literatura de investigación internacional, parece ser que en México las prevalencias pueden variar en función del nivel de atención o del tipo de servicio en el que se trabaja; por ejemplo, las mayores prevalencias se encuentran en el tercer nivel y en los servicios de áreas críticas como las urgencias. Aunque también se han referido características como el turno, donde se ha identificado al matutino y nocturno como los que presentan mayores problemas; la antigüedad, donde las personas con menos experiencia parecen reportar mayores prevalencias; y por aspectos individuales como el sexo y el estado civil, donde las mujeres y los casados representan las mayores proporciones (Miranda-Lara et al., 2016).

En cuanto a las prevalencias encontradas en el personal en formación, en México los datos son casi nulos. Por ejemplo, en una investigación realizada en el Hospital Dr. Gustavo Baz Prada, se evaluó al personal de medicina interna, donde 5 de ellos eran pasantes de enfermería. Los resultados mostraron que dos de ellos presentaron agotamiento emocional, dos presentaron baja realización personal y uno presentó despersonalización (Flores-Grimaldo y Padilla-Loredo, 2015).

En otra investigación se evaluó a 103 alumnos de los últimos cuatro semestres de la carrera de enfermería de una universidad privada del Estado de México, de los cuales ninguno presentó burnout (Narváez-

estrada y Barrientos-Duran, 2015), muy similar a lo encontrado en investigaciones internacionales y que parece apoyar la hipótesis de que al tener poca implicación en actividades clínicas, son menos propensos a desarrollar la sintomatología.

1.5. Una propuesta explicativa del síndrome de burnout

De acuerdo con Gil-Monte (2003), es necesario entender al burnout desde una perspectiva psicosocial, donde se identifique como un proceso dependiente de la interacción entre los factores del entorno laboral y los factores individuales. Es así que el autor propone un modelo donde se retoma el burnout como un mediador entre los estresores laborales y las consecuencias que se generan de este proceso.

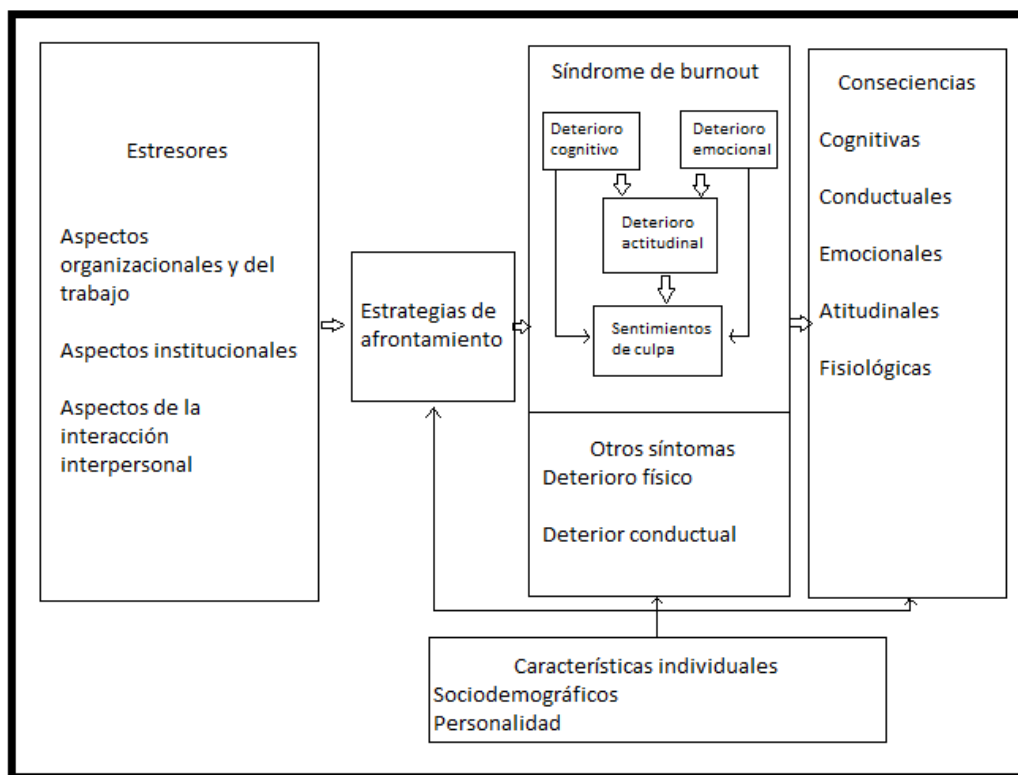


Figura 1. Esquema sobre el desarrollo del Síndrome de Burnout (Gil-Monte, 2006; Gil-Monte, 2003).

Según este esquema, en el ambiente laboral ocurren una serie de estresores que requieren de la persona una variedad de respuestas de afrontamiento dirigidas tanto a manejar las respuestas al estrés como a lidiar o eliminar esos estresores. Cuando estas estrategias no resultan exitosas o dejan de serlo, conllevan fracaso en las actividades y en la relación interpersonal dentro del ámbito laboral, lo que genera un deterioro emocional y cognitivo que deriva en la aparición de síntomas de agotamiento emocional (deterioro emocional) y baja realización personal (deterioro cognitivo). Al perpetuarse estos síntomas en el tiempo, se genera un deterioro actitudinal que facilita el implemento de la despersonalización como nueva estrategia de afrontamiento (Ver figura 1).

Una vez se estableció la despersonalización como estrategia de afrontamiento, el síndrome puede mantenerse en un estado crónico en el que la despersonalización le permita al individuo adaptarse a las condiciones estresantes (con las consecuencias negativas correspondientes tanto para los pacientes como para la organización), o puede intensificarse al generarse sentimientos de culpa por la conducta despersonalizada, lo que llevará al profesional a una mayor implicación laboral en un intento por disminuir su sentimiento de culpa. Sin embargo, al mantenerse los estresores laborales, esta mayor implicación generará el aumento de los síntomas en una especie de bucle que llevará al empeoramiento tanto del síndrome como de las consecuencias de este (enfermedad, ausentismo, deseo de abandonar la organización, etc.).

1.6. Variables asociadas al síndrome de burnout

Con base en el modelo explicativo planteado por Gil-Monte (2003), se pueden identificar dos grandes categorías de variables que se asocian con el desarrollo del síndrome de burnout: aquellas que tienen que ver con factores organizacionales (características del trabajo, de la institución y de las relaciones interpersonales en el ámbito laboral) y

aquellas que tiene que ver con factores psicológicos (características de personalidad, recursos, etc.).

Variables organizacionales

En las revisiones de la literatura de investigación científica se ha encontrado que las variables organizacionales que principalmente se asocian con la aparición de burnout o con altos niveles del síndrome son: la carga de trabajo, el trabajo con pacientes graves o en estado crítico, el no ser tomado en cuenta en la toma de decisiones, la antigüedad, el servicio o especialidad (Gómez-Urquiza et al., 2016; Gómez-Urquiza et al., 2017a), tener que realizar tareas administrativas además de la práctica clínica (Castañeda-De la Fuente et al., 2015), cubrir turnos nocturnos, tener más de un trabajo, percepción de bajo reconocimiento, la antigüedad (Molina-Praena, Ramirez-Baena, Gómez-Urquiza, Cañadas, De la Fuente & Cañadas-De la Fuente, 2018) una definición difusa del rol, un “mal” liderazgo, la mala relación entre los colaboradores (Bronkhorst, Tummers, Steijn, Vijverberg, 2015) y la falta de autonomía o control en el trabajo (Aronsson et al., 2017).

Por el contrario, las variables que se han asociado con la ausencia o bajos niveles de burnout son: la satisfacción laboral, el apoyo profesional, el apoyo de la organización, relaciones laborales positivas, el trabajo con pacientes estables y sin riesgo, tener un salario alto (Gómez-Urquiza et al., 2016; Gómez-Urquiza et al., 2017a), y una percepción positiva del clima laboral (Bronkhorst et al., 2015).

Variables psicológicas

En cuanto a las variables psicológicas o individuales, las que se han identificado que se asocian con la presencia de burnout son: la ansiedad y la sintomatología depresiva, conflictos interpersonales, padecer algún trastorno mental (Gómez-Urquiza et al., 2016; Gómez-Urquiza et al.,

2017a), el factor de *neurotismo* de los cinco factores de la personalidad (Castañeda-De la Fuente et al., 2015) y otras características de personalidad como el ser idealista, sensible, excesivamente responsable, dedicado, perfeccionista y empático, ser obsesivo, sobre-identificarse con los pacientes, ser impaciente, intolerante, tender a olvidar el autocuidado, tener una personalidad autoritaria (ej. controlador, percepción de que nadie puede hacer el trabajo mejor que ellos, deseo de ser reconocido y aceptado por otros) (Cabrera-Gutiérrez et al. 2005)

Por su parte, las variables que han sido asociadas con la ausencia del burnout son: el resto de los cinco factores de la personalidad (Castañeda-De la Fuente et al., 2015), el apoyo social, habilidades de comunicación, habilidades de liderazgo, tener un buen autoconcepto (Gómez-Urquiza et al., 2016; Gómez-Urquiza et al., 2017a), regulación emocional, autoeficacia (Molero-Jurado, Pérez-Fuentes, Gázquez-Linares, Simón-Márquez & Martos-Martínez, 2018), el apoyo familiar (Molina-Praena et al., 2018) y el ser resiliente (Deldar, Froutan, Dalvand, Gheshlagh, Mazloun, 2018).

Finalmente, algunas características sociodemográficas han sido asociadas con el burnout: la edad, el sexo, el estado civil y el tener hijos (Castañeda-De la Fuente et al., 2015; Gómez-Urquiza et al., 2016; Gómez-Urquiza et al., 2017a; Molero-Jurado et al., 2018), que como se ha mencionado anteriormente, sus asociaciones son moderadas por variables organizacionales, psicológicas y las mismas sociodemográficas.

En resumen, la presencia de burnout en este personal está asociada a diversos factores tanto del ámbito laboral como características individuales, las cuales tienen que ver principalmente con el afrontamiento de las condiciones estresantes dentro del ámbito laboral, y que al interactuar entre sí es que se encuentra la vulnerabilidad a desarrollar el síndrome.

Burnout, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva y clima organizacional

Dentro de la investigación sobre el síndrome de burnout en personal de salud, se ha intentado identificar un perfil de vulnerabilidad que permita orientar las intervenciones hacia la prevención de este padecimiento, principalmente se resalta el papel como factor de riesgo o como factor protector de ciertas variables que se han identificado se asocian con la presencia de burnout (Gómez-Urquiza et al., 2017a).

Como se refirió en el capítulo anterior, existen dos grandes categorías de variables asociadas al burnout, aquellas que tienen que ver con factores psicológicos y aquellas que tiene que ver con factores organizacionales.

Dentro de las variables psicológicas, las revisiones sistemáticas más actuales destacan las alteraciones emocionales, principalmente los síntomas de ansiedad y sintomatología depresiva, como uno de los factores de riesgo más relevantes (Gómez-Urquiza et al., 2016; Gómez-Urquiza et al., 2017a).

De acuerdo con el National Institute of Mental Health [NIMH] (s.f.) la ansiedad se entiende como un estado displacentero presente en ausencia de un estímulo amenazante, o bien cuando dicho estado es desproporcionado ante la intensidad real del estímulo. Dicho estado implica una reacción emocional natural del organismo, sin embargo una reacción intensa y/o prolongada puede ser altamente desagradable y difícil de controlar; y en casos graves constituir un trastorno de ansiedad.

La sintomatología ansiosa incluye sensaciones de preocupación, miedo y aprensión excesiva, irracional y constante; síntomas somáticos como taquicardia, tensión muscular, alteraciones del sueño y de la alimentación, problemas gástricos y cutáneos, fatiga, inquietud o dificultad para permanecer tranquilo, así como dificultad para

concentrarse e irritabilidad (American Psychiatric Association [APA], 2013; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2009).

En cuanto a la sintomatología depresiva, esta se caracteriza por un estado de profunda tristeza, pérdida del interés o de la capacidad para disfrutar las cosas de la vida cotidiana y una disminución de la energía que conduce a una disminución de la actividad general. Puede acompañarse de sentimientos de culpa, baja autoestima, alteraciones del sueño y el apetito, fatiga, falta de concentración, y en los casos más graves puede incluir ideación suicida. (NIMH, s.f.; APA, 2013).

Cuando los síntomas de sintomatología depresiva están presentes la mayor parte del día por al menos dos semanas, se habla de un episodio depresivo, el cual genera un deterioro significativo en las distintas áreas de la vida de la persona y puede derivar en una persistencia crónica que deteriora la capacidad del individuo para el autocuidado y rendimiento diario (OMS, 2009).

Según la última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora, Borges, Bemjet, Lara y Berglund, 2007) en México el 14.3% de la población ha presentado un trastorno de ansiedad alguna vez en la vida y el 7.2% han presentado algún trastorno depresivo, siendo las mujeres quienes presentan las mayores proporciones para ambos.

En el caso del personal de enfermería, se han encontrado que entre el 38% (n=214) y el 40.7% (n=118) presenta síntomas de ansiedad (Flores-Villavicencio, Troyo-Sanromán, Valle-Barbosa y Vega-López, 2010; Lerma-Martínez, Rosales-Arellanos y Gallegos-Alvarado, 2009). Por su parte, en cuanto a los síntomas depresivos se han encontrado proporciones del 20.3% (n=118) (Lerma-Martínez, Rosales-Arellanos y Gallegos-Alvarado, 2009). En ambos casos, los datos triplican lo encontrado en población general.

Asimismo, durante sus años de formación, se han encontrado proporciones del 21.8% (n=133), 26.7% (n = 277) y hasta el 61.3% (n = 310) de estudiantes que presentan algún grado de síntomas depresivos (Galaz-Sánchez, Olivas-Peñuñuri y Luzania-Soto, 2012; Olmedo-Buenrostro, Torres-Hernández, Velasco-Rodríguez, Mora-Brambila y Blas-Vargas, 2006; Tejada-Rangel, 2016), y entre el 15.12% (n = 277) y el 17.5% (n=200) presentan síntomas de ansiedad (Brandi-Rivas, 2019; Tejada-Rangel, 2016), revelando una mayor incidencia de los síntomas depresivos en esta etapa.

En comparación con lo encontrado a nivel internacional, las prevalencias de ansiedad son similares a las reportadas en países como Irán (Ardekani, Kakooei, Ayattollahi, Choobineh, Seraji, 2008), China (Cheung & Yip, 2015; Gao et al., 2012b), Australia (Maharaj, Lees & Lal, 2018) y Brasil (Schmidt, Dantas & Marziale, 2011; Veloso & Laurindo, 2016), donde se han reportado prevalencias del 43.2% (n=1195), de entre el 37.3% (n=850), de entre el 43.4% (n=1807) y del 41.2% (n=102) y de entre el 44.4% (n=90) y el 66% (n=211), respectivamente.

En cuanto a las prevalencias de sintomatología depresiva, se encuentra que las prevalencias en México son mayores que la reportada en Canadá, con un 10% de 9,322 profesionales evaluados (Ohler, Kerr & Forbes, 2010); similar a la encontrada en Irán, donde entre el 11.2% (n=1195) y el 26.9% (n=130) presentan esta sintomatología (Ardekani, Kakooei, Ayattollahi, Choobineh, Seraji, 2008; Tabrizi & Kavari, 2011); y ligeramente menor a la encontrada en EE.UU., con proporciones de entre el 18% (n=1171) y el 35% (n=150) (Letvak, Ruhm, McCoy, 2012; Welsh, 2009).

Sin embargo es menor a las reportadas en Francia (Nourry, Luc, Lefebvre, Sultan-Taïeb & Béjean, 2014), Australia (Maharaj, Lees & Lal, 2018), Corea del Sur (Yoon & Kim, 2013), Brasil (Schmidt et al., 2011) y China (Cheung & Yip, 2015; Gao et al., 2012a), con un 33% (n=296), 32.4%

(n=102), 38% (n=441), 51% (n=211) y entre el 35.8% (n=850) y el 61.7% (n= 1592), respectivamente.

Finalmente, en cuanto al personal en formación, las proporciones reportadas en México son similares a las reportadas en Chile (Castillo-Pimienta, Chacón-de la Cruz y Díaz-Véliz, 2016), donde el 20.5% presentan niveles severos de ansiedad estado y el 5.1% de ansiedad rasgo (n=78); pero la mayoría presentó niveles moderados del primero (47.4%) y leves del segundo (69.2%). Asimismo, son contrarios a lo encontrado en China, donde la proporción de sintomatología depresiva observada en 661 estudiantes fue de 24.3%, mientras que la de ansiedad fue del 39.9% (Cheung et al., 2016).

Por su parte, la investigación sobre variables organizacionales señala a los componentes del clima organizacional como una de las más importantes (Gómez-Urquiza et al., 2017a; (Gómez-Urquiza et al., 2016). Sin embargo, existe poco acuerdo entre los autores al respecto de cuáles son estos componentes (Bronkhorst et al., 2015).

En general, se entiende al clima organizacional como una descripción subjetiva que se hace sobre el marco social o contextual de la organización donde se labora (Schneider & Reichers, 1983) Esto implica que el clima organizacional tiene que ver más con la percepción que se tiene de los elementos de la organización que con los propios elementos.

El clima organizacional entonces se define como el conjunto de percepciones subjetivas socialmente compartidas sobre aspectos individuales, interpersonales y organizacionales del trabajo como lo son las características del trabajo individual, de las relaciones interpersonales en el entorno laboral, de la organización, del propio trabajo y del ambiente (Patlán-Pérez y Flores-Herrera, 2013). Dicha percepción y los significados que se le atribuye son en función de aspectos tangibles como lo son las políticas, las prácticas y los procedimientos propios de la organización (Schneider, Ehrhart &

Macey, 2013) y según lo reportado en estudios clásicos sobre el clima organizacional, influyen en el comportamiento, actitudes, motivación y en general, en el desempeño del trabajador (Forehand & Gilmer, 1964; Tagiuri & Litwin, 1968).

En cuanto a la percepción del clima organizacional del personal de enfermería, a nivel nacional se han reportado distintas prevalencias en cuanto a la percepción negativa, que van desde un 3.10% (n=65) hasta el 50% (n=161) y en general, las mayores proporciones son de aquellos que califican el clima como neutro (Juárez-Aduata, 2012; Rojas-Russell, Tirado-Gómez, Pacheco-Domínguez, Escamilla-Santiago y López-Cervantes, 2011; Vidal, 2015).

Naturalmente la diferencia en las prevalencias está asociada con las características de las instituciones donde se realiza la evaluación, siendo servicios críticos como urgencias, donde se reportan más personas que califican el clima organizacional como negativo (Vidal, 2015).

A nivel internacional también se observa que la media del personal evaluado percibe un clima organizacional neutro (Van Bogaert, 2013), moderadamente positivo (Roch, Dubois & Clarke, 2014; von Treuer, Fuller-Tyszkiewicz & Little, 2014) o incluso claramente positivo (Smith, Morin & Lake, 2018).

Nuevamente la diferencia probablemente esté en función de las características de la institución evaluada, pero también en función de los instrumentos empleados para recabar la información, ya que existe una gran variedad de instrumentos que aunque en general muestran algunos factores en común, sus diferencias pueden dar como resultado estas variaciones (Bronkhorst et al., 2015).

En cuanto a cómo se relacionan la sintomatología ansiosa, depresiva y el clima organizacional con el desarrollo de burnout se realizó una búsqueda exhaustiva en las principales bases de datos como

Cochrane, PubMed, CINAHL, PsycINFO, Redalyc y Google Académico; donde se cruzaron los términos:

“Nurses”, “Nursing staff”, “Nurse practitioners”, “Nursing students”, “Burnout”, “emotional exhaustion”, “depersonalization”, “personal accomplishment”, “job stress”, “work stress”, “chronic stress”, “Depression”, “depressive symptomatology”, “sadness”, “anhedonia”, “Anxiety”, “anxious symptomatology”, “worries”, “nervousness”, “Organizational Climate”, “work environment”, “leadership”, “supervision”, “work relationship”, “communication”, “decision-making”.

El análisis de la búsqueda reveló que existe poco conocimiento sobre cómo se comportan juntas las variables de interés. La tendencia de la investigación se ha orientado a indagar un tipo de variable y su asociación o efecto sobre el desarrollo de burnout, es decir, se suele investigar variables individuales o variables organizacionales por separado (Gómez Urrazca et al., 2016).

En una investigación transversal-correlacional realizada en el servicio de urgencias del mismo hospital donde se hizo el presente estudio, se evaluaron 40 médicos y 32 enfermeras del servicio de urgencias para identificar la asociación entre burnout, clima organizacional, ansiedad, sintomatología depresiva, desesperanza e ideación suicida. Se empleó la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional, la Escala de Clima Organizacional de Lisboa, la escala de Desesperanza de Córdoba y los Inventarios de Sintomatología depresiva, Ansiedad e Ideación Suicida de Beck.

Los resultados mostraron una asociación entre burnout y clima organizacional ($r_s = -.40$; $p < .001$), sintomatología depresiva ($r_s = .58$; $p < .01$), ansiedad ($r_s = .51$; $p < .01$) y entre desesperanza ($r_s = .30$; $p < .01$) e ideación suicida ($r_s = .25$; $p < .05$). Los autores concluyen que la importancia del aspecto organizacional e individual en la presencia de burnout y sugieren indagar estas relaciones en cada grupo de

profesionales, pues las diferencias en sus trabajos pueden suponer relaciones diferentes (Landa et al., 2017).

Otra investigación transversal-correlacional donde se evaluó a 117 enfermeras a través del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, el Inventario de Burnout de Maslach y la Escala de Ambiente Laboral, tuvo el objetivo de identificar la relación entre ansiedad estado y rasgo y burnout, así como probar si los componentes del ambiente laboral mediaban dicha relación. Los resultados indicaron correlaciones de $r=.46$ y $.41$ con agotamiento emocional ($p\leq .01$), de $r=.25$, $p\leq .01$ con despersonalización y de $r=-.36$ y $-.31$ con realización personal.

Asimismo se documentó que las puntuaciones de ansiedad-estado predecían las puntuaciones de agotamiento emocional ($\beta = .48$, $R^2= .24$, $p < .0001$), de despersonalización ($\beta= .12$, $R^2 = .05$, $p < .03$) y de realización personal ($\beta= -.25$, $R^2= .12$, $p < .0001$). Por su parte, se documentó que los elementos de control ($\beta = -1.67$, $R^2=.32$, $p<.01$), apoyo social laboral ($\beta = -1.4$, $R^2=.33$, $p<.01$) y apoyo del supervisor ($\beta = .49$, $R^2=.32$, $p<.01$) moderan la relación entre ansiedad y agotamiento emocional; mientras que la autonomía ($\beta = -1.06$, $R^2=.12$, $p<.01$) y la supervisión ($\beta = .84$, $R^2=.14$, $p<.01$) funcionaron como predictores para la despersonalización. Finalmente la claridad en el trabajo funcionó como moderador con respecto a la realización personal ($\beta = -.48$, $R^2=.17$, $p<.01$) y la autonomía como predictor ($\beta = 1.2$, $R^2=.19$, $p<.01$). El autor concluye que si bien la ansiedad correlaciona y puede predecir el burnout, los elementos del ambiente laboral actúan en conjunto e incluso también lo predicen (Turnipseed, 1998).

En general se ha encontrado que existe una relación entre el síndrome de burnout y la sintomatología ansiosa y depresiva. En la revisión sistemática con meta-análisis de Koutsimani, Montgomery y Georganta (2019) se incluyeron 67 artículos con diseños trasversales y algunos longitudinales donde se investigó la asociación en personal de salud y que estuvieran escritos en inglés. Los resultados revelaron que

el Síndrome de Burnout se correlaciona de forma positiva y moderada con los síntomas de sintomatología depresiva ($r=0.520$, $SE=0.012$, $95\% CI=0.492-0.547$) y de ansiedad ($r = 0.460$, $SE = 0.014$, $95\% CI = 0.421$, 0.497).

Estas asociaciones pueden variar en magnitud o en significancia en función de características como el servicio y el tipo de personal que se evalúa (De la Fuente-Solana et al., 2019; Gómez-Urquiza et al., 2016; Gómez-Urquiza, et al., 2017c; López-López, 2019; Monsalve-Reyes et al., 2018; Pradas-Hernández et al., 2018; Ramirez-Baena et al., 2019).

En el caso de la sintomatología ansiosa, se ha documentado también que puede funcionar como predictivo de la presencia de burnout (Oehler & Davidson, 1992; Oehler, Davidson, Starr & Lee, 1991) y que el personal con síntomas de burnout tiene diez veces más riesgo de presentar síntomas elevados de ansiedad (Colville et al., 2017), por lo que esta relación parece ser también bidireccional.

En el caso de la relación entre la sintomatología depresiva y el desarrollo de burnout, en una investigación longitudinal prospectiva donde se evaluaron 997 estudiantes en su primer año de estudios de enfermería y a uno, dos y tres años posteriores a su graduación con el objetivo de identificar y comparar trayectorias de cambio en los niveles de burnout, se evaluó con un inventario de seis reactivos creado para la población; adicionalmente se evaluó la sintomatología depresiva con el Inventario de Sintomatología de Depresiva Mayor.

Los resultados mostraron que no había diferencias entre las medias grupales obtenidas a lo largo de las evaluaciones ($F=3.2$, $df=2.997$, $p=.041$), sin embargo, se encontraron 8 tipos de trayectorias, de las cuales, siete mostraron diferencias a lo largo del tiempo. Asimismo, se observó cambios en la sintomatología depresiva a lo largo de las evaluaciones ($F =8.0$, $df=2.997$, $p=.001$), siendo mayor el cambio de la primera a la segunda evaluación. Por lo que se concluye que la sintomatología depresiva acompaña el desarrollo del burnout y

empeora con el tiempo, principalmente cuando se pasa de la escuela al mundo laboral (Rudman & Gustavsson, 2018).

En otra investigación prospectiva de cohorte de 12 mediciones mensuales, donde participaron 281 miembros del personal de enfermería de un hospital privado de los Estados Unidos; se evaluó características de personalidad, del trabajo, estilos de afrontamiento, burnout y síntomas depresivos; estos últimos mediante el Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) y el 9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9), con el objetivo de evaluar la asociación que existe entre estas variables con las trayectorias de los síntomas depresivos desarrolladas en los 12 meses de evaluación, que si bien los investigadores indagan la asociación inversa a la que se estudia en el presente trabajo, sus resultados proporcionan información importante para la misma.

Los autores encontraron una asociación positiva, moderada y estadísticamente significativa entre la sintomatología depresiva y el factor de agotamiento emocional ($r=.56$) y el de desinterés o despersonalización ($r=.43$) de burnout. Asimismo, se observó que el burnout explica un 4% de las variaciones de los puntajes de sintomatología depresiva inter-sujetos (puntajes altos) adicional a la contribución de las características de personalidad (36%) y del trabajo (5%), principalmente el componente de agotamiento ($\beta = 2.44$, $p<0.001$), mientras que el de desinterés está más asociado con el aumento de la sintomatología intra-sujeto a lo largo del tiempo ($\beta = 0.52$, $p=0.01$). Por otro lado, se observó una ligera disminución de los síntomas depresivos en el tiempo para todos los participantes; con lo que concluyen la importancia de indagar factores individuales y organizacionales para entender los fenómenos de salud en este tipo de personal y su utilidad para desarrollar intervenciones (Duan-Porter et al., 2018).

Datos discrepantes con respecto a cómo se asocia la sintomatología depresiva con el burnout se han encontrado en estudios con otras profesiones como en dentistas, donde se ha observado que mientras las

medias obtenidas en burnout muestran una ligera tendencia en U, las medidas de la sintomatología depresiva muestran una ligera tendencia a aumentar (Ahola, Hakanena, Perhoniemia & Mutanen, 2014); y en estudiantes de medicina, donde la sintomatología depresiva tiende a bajar y en ocasiones se mantiene, mientras que los síntomas de burnout disminuyen (Silva et al., 2017). Lo que da cuenta de la necesidad de proveer evidencia para cada profesión.

Al igual que con la sintomatología ansiosa, la sintomatología depresiva parece tener una relación bidireccional con el desarrollo de burnout (Duan-Porter et al., 2018). Sin embargo, también existe contradicción sobre estas asociaciones pues en algunas investigaciones la relación no es significativa, lo que puede estar dando cuenta de la dependencia de esta relación con otras variables organizacionales como el clima organizacional, el tipo de servicio en el que se trabaja y características sociodemográficas (Castañeda-De la Fuente et al., 2015; Gómez-Urquiza et al., 2016; Gómez-Urquiza et al., 2017a; Molero-Jurado et al., 2018; Turnipseed, 1998).

En cuanto a la relación de la percepción de los elementos del clima organizacional y el burnout, la revisión sistemática de Bronkhorst y colaboradores (2015) documentó que prácticamente todas las investigaciones emplean un diseño transversal para indagar la asociación, en las cuales se encuentran una relación negativa y significativa entre estas dos variables; aquellas enfermeras que perciben un ambiente laboral desfavorable tienen hasta 13 veces más posibilidades de desarrollar síntomas de burnout, principalmente desgaste emocional.

Las habilidades de liderazgo y supervisión o de administración se relacionan de forma significativa con el burnout, especialmente con el factor de agotamiento emocional ($\beta=-4.46$ $p<.001$). Aquellas enfermeras que ejercen un liderazgo mediante ejemplos, proporcionando información y mostrando interés, a la vez que confiar en el líder, se

asocian con la presencia de niveles bajos de burnout ($\beta=-.32$ $p<.05$). Asimismo, se ha reportado que este elemento puede variar a lo largo del tiempo (Arnetz & Blomkvist, 2007), lo que implica que las modificaciones dentro de la organización pueden modificar la percepción del clima y probablemente su asociación con variables como el burnout.

Asimismo, la revisión documentó una asociación significativa con los componentes de relación interpersonal en el equipo ($\beta=-.36$ $p<.001$), donde el apoyo dentro del equipo de enfermería ($\beta=-.36$ $p<.001$) y la buena relación con las otras profesiones como el de medicina ($\beta=-.21$ $p<.01$), se asocia con menores niveles de agotamiento emocional. Mientras que la asociación con los elementos de la comunicación y la participación es discordante entre las investigaciones, al respecto de su significancia.

Finalmente los autores concluyen un modelo teórico en el que los elementos de liderazgo y de relación interpersonal son los que se relacionan directamente con la presencia de burnout, mientras que con el elemento de la comunicación parece existir un efecto mediador de afectaciones emocionales; por lo que es necesario analizar el papel del clima organizacional junto con mediciones de variables como la ansiedad y la sintomatología depresiva para entender los efectos sobre el desarrollo de burnout.

Fundamentación del estudio

El síndrome de burnout es una afectación con una prevalencia alarmante dentro del sector salud. Resalta el caso del personal de enfermería por el impacto nocivo que genera tanto a nivel individual como para la organización, donde el paciente sufre las consecuencias más peligrosas al verse afectada la calidad de su atención. Asimismo, los costos de este padecimiento representan un grave riesgo para nuestro

sistema de salud, pues las carencias y sobresaturación con las que se trabajan pueden verse potenciadas si no se procura el cuidado del personal.

Prueba de la gran relevancia que tiene este problema es la enorme cantidad de investigación que se genera entorno al conocimiento y tratamiento del síndrome. Sin embargo, la gran mayoría de las investigaciones que están orientadas a identificar la asociación y los efectos de variables importantes como la sintomatología ansiosa, depresiva y el clima organizacional en el desarrollo de burnout, generalmente empujan una metodología transversal; esto solo da cuenta del comportamiento de estas variables en un momento determinado, por lo que no se tiene evidencia robusta sobre el efecto del paso del tiempo en un fenómeno que implica un factor temporal y de intensidad como ejes de su disfuncionalidad.

De igual forma, estas investigaciones suelen realizarse en ambientes hospitalarios anglosajones y/o de países desarrollados, por lo que difícilmente podemos generalizar sus hallazgos al contexto social y cultural de México, cuyas características particulares puede generar efectos diferentes en dichas asociaciones en relación con el desarrollo de burnout.

Aunado a esto, en la literatura de investigación se ha reiterado la necesidad de evaluar el fenómeno en su complejidad tomando en cuenta las diferencias que las propias características del trabajo y de los individuos pueden suponer, por lo que se ha recomendado generar evidencia tomando en cuenta el servicio en que se trabaja y condiciones como la antigüedad, el turno, la edad y el sexo (Castañeda-De la Fuente et al., 2015; Gómez-Urquiza et al., 2016; Gómez-Urquiza et al., 2017a; Molero-Jurado et al., 2018).

Finalmente, la mayoría de las investigaciones sobre el desarrollo de burnout se han enfocado en identificar la asociación y/o los efectos ya sean de variables individuales o de variables organizacionales por

separado, lo que no permite entender el fenómeno en su carácter dinámico; dando como resultado, al menos en parte, la generación de intervenciones orientadas a uno de los dos factores. Evidencia reciente ha demostrado que seguir esta tendencia resulta en efectos reducidos de las intervenciones (Panagioti et al., 2017).

Conocer la asociación que tienen las variables que se han identificado como relevantes el desarrollo del burnout tomando en cuenta las diferencias individuales y organizacionales, permitirán diseñar intervenciones ajustadas a las necesidades del personal, reduciendo los costos y aumentando su efectividad y eficacia.

El presente trabajo está situado dentro de una investigación más amplia financiada por el Programa de Apoyo a la Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM, cuyo objetivo es el de evaluar factores individuales y organizacionales asociados al desarrollo de burnout y, eventualmente, probar la efectividad de una intervención psicológica y organizacional derivada de los hallazgos.

El **objetivo general** del presente estudio fue explorar la posible asociación de la sintomatología ansiosa, depresiva y la percepción del clima organizacional con el desarrollo de burnout a lo largo del tiempo en el personal y estudiantes de enfermería de todos los turnos y servicios de un hospital general, público de la Ciudad de México.

Como *objetivos específicos* se tienen:

- Identificar los niveles de las variables de interés en tres evaluaciones para el personal y los estudiantes del personal de enfermería y explorar si existen diferencias significativas con respecto a los niveles obtenidos en cada evaluación.
- Identificar la posible asociación entre sintomatología ansiosa, depresiva, percepción general del clima organizacional y percepción de los elementos del clima, con la presencia de burnout

a lo largo de tres evaluaciones en el personal y los estudiantes de enfermería.

Un **objetivo secundario** fue generar una propuesta de intervención para el desarrollo de burnout, basada en los hallazgos de la investigación y en las necesidades de la población.

Método

Participantes

Se evaluó al personal y estudiantes de enfermería de un hospital general de segundo nivel de la Ciudad de México, que aceptaron participar en la investigación principal y se seleccionaron de manera no probabilística por conveniencia, si cumplían con los siguientes criterios (véase la Figura 2):

- **Inclusión:** Personal o estudiantes de enfermería que se encuentren laborando o estudiando en el hospital al momento de evaluación y que hayan firmado el consentimiento informado.
- **Exclusión:** Personal o estudiantes que no deseen participar y que no se encuentren en el hospital por vacaciones o incapacidad durante el periodo de evaluación.
- **Eliminación:** No haber contestado al menos el 80% de cada cuestionario o contestarlos al azar, no haber realizado tres evaluaciones consecutivas, haber respondido el cuestionario fuera del periodo de evaluación.

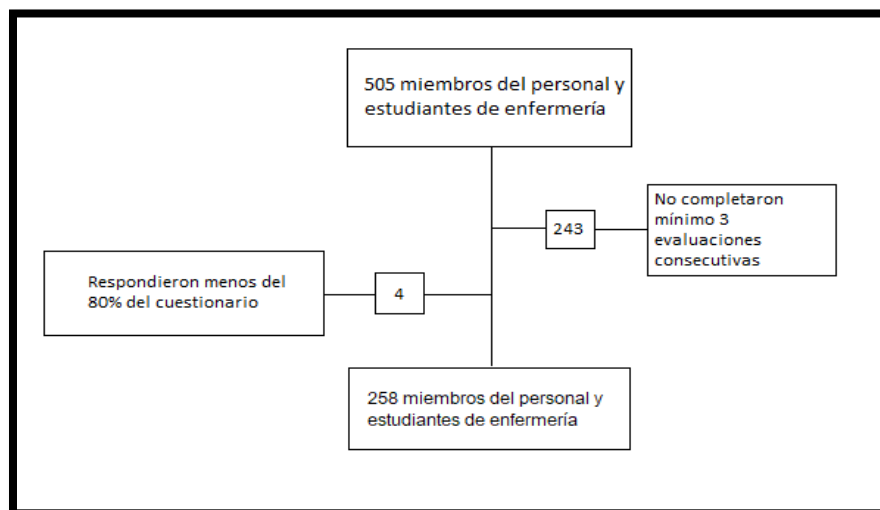


Figura 2. Diagrama de selección de los participantes.

Finalmente, se contó con la participación de un total de 258 participantes: 194 miembros del personal de enfermería de todos los servicios y todos los turnos, y 64 estudiantes (27 de posgrado y 37 pasantes del servicio social). Los 243 participantes que no cumplieron con el criterio de un mínimo de 3 evaluaciones consecutivas se debió principalmente a la dificultad para contestar los cuestionarios en tiempo por sobrecarga de trabajo.

Los datos sociodemográficos más relevantes se describen en la tabla 2; para conocer la distribución de los datos sociodemográficos completos evaluados en esta investigación véase el anexo A.

Tabla 2. Datos sociodemográficos del personal y estudiantes de enfermería.

Variable	M	D.E.	Mínimo	Máximo
Edad	37.23	11.9	17	83
	n	%		
Sexo				
Mujer	215	83.3%		
Hombre	43	16.7%		
Estado civil				
Soltero	124	48.1%		
Casado	86	33.3%		
Divorciado	13	5%		
Viudo	1	0.4%		
Unión libre	34	13.2%		
Escolaridad				
Bachillerato	4	1.6%		
Carrera técnica	74	28.7%		
Licenciatura	136	52.7%		
Especialidad	18	7%		
Posgrado	26	10.1%		

Variable	n	%
Antigüedad		
< 1 año	59	22.9%
1-5 años	54	20.9%
5-10 años	19	7.4%
10-20 años	43	16.7%
20-30 años	60	23.3%
30> años	23	8.9%
Servicio *		
Áreas críticas	70	27.1%
Áreas quirúrgicas	46	17.9%
Hospitalización	60	23.4%
Consulta externa	9	3.1%
Supervisión	8	2.5%
Suplentes	1	0.4%
Puesto		
Jefa/e de servicio	24	9.3%
Encargada/o de servicio	6	2.3%
Enfermera/o	164	63.6%
Servicio social o pasante	37	14.3%
Estudiante de posgrado	27	10.5%
Turno		
Matutino	134	51.9%
Vespertino	83	32.2%
Velada A	19	7.8%
Velada B	20	7.8%
Especial**	2	0.8%

*Del personal contratado: **Áreas críticas** (Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y Neonatos), **Áreas quirúrgicas** (quirófano, Centro de Esterilización, Unidad Tocoquirúrgica, Cirugía plástica, Endoscopia, Urología), **Hospitalización** (Úlceras por presión, Unidad de Vigilancia Epidemiológica, Ginecología, Pediatría, Medicina interna, Cirugía general, Cateterización), **Consulta externa** (dermatología, infectología, endoscopia, medicina interna, ortopedia, citología, cuidados paliativos).

**Incluye fines de semanas y días festivos

Diseño

Se empleó un diseño no experimental, de asociación, longitudinal (Ato, López, Benavente, 2013). Este diseño es adecuado ya que no se realizaron manipulaciones de ninguna variable, se analiza la asociación entre la presencia de las variables y se realizan varias (tres) mediciones a lo largo del estudio.

Medición

Síndrome de burnout

Definición conceptual: respuesta al estrés crónico laboral relativo a actividades emocionalmente demandantes, principalmente asociadas con la interacción con aquellos que son el objeto de trabajo; que al no ser correctamente afrontada, se intensifica y se mantiene a lo largo del tiempo, generando una experiencia subjetiva de carácter negativo que resulta en un deterioro progresivo de las emociones, actitudes y cogniciones, ocasionando alteraciones conductuales y fisiológicas que repercuten en la actividad laboral (Gill-Monte, 2006; Maslach, 2011; OMS, 2019).

Definición operacional: El nivel de burnout se determinó en función del puntaje obtenido en la Escala Mexicana de Desgaste ocupacional (EMEDO) construida y validada para población mexicana (Uribe-Prado, 2007).

Instrumento: la Escala Mexicana de Desgaste ocupacional cuenta con 110 reactivos, de los cuales, 30 evalúan los tres factores que constituyen el burnout: *agotamiento emocional* (9 reactivos), *despersonalización* (9 reactivos), *insatisfacción de logro* (12 reactivos). Los reactivos tienen el formato de escala tipo Likert con seis opciones de respuesta (1 = totalmente en desacuerdo a 6 = totalmente de acuerdo) con nueve reactivos inversos.

La escala cuenta con validez de constructo mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio y validez de criterio divergente la Escala Multidimensional de Clima Organizacional ($r = .42, p \leq 0.01$). Asimismo cuenta con un índice de consistencia interna Alpha de Cronbach total de .89 y de entre .77 y .86 para los tres factores, los cuales se consideran valores adecuados.

Puntuaciones generales de tres reflejan un nivel “sano” de burnout, puntuaciones de cuatro reflejan un nivel “normal”, puntuaciones de cinco o seis indican que la persona se encuentra en “peligro” de desarrollar el síndrome y puntuaciones de 7 reflejan un nivel muy alto o “quemado” (Uribe-Prado, 2010; Uribe-Prado, 2016).

Sintomatología ansiosa

Definición conceptual: Reacción emocional ante situaciones o estímulos que implican un potencial peligro y que incluye sensaciones de preocupación, miedo y aprensión excesiva, irracional y constante; síntomas somáticos como taquicardia, tensión muscular, alteraciones del sueño y de la alimentación, problemas gástricos y cutáneos, fatiga, inquietud o dificultad para permanecer tranquilo, dificultad para concentrarse e irritabilidad (American Psychiatric Association, 2013; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2009).

Definición operacional: la presencia de sintomatología ansiosa se determinó por el puntaje obtenido en la sub-escala de ansiedad de la versión validada para población mexicana de la Escala de Ansiedad y Sintomatología depresiva Hospitalaria (López-Alvarenga, Vázquez-Velázquez, Arcila-Martínez, Sierra-Ovando, González-Barranco y Salín-Pascual, 2002).

Instrumento: la versión validada para población mexicana de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) de López-Alvarenga y colaboradores (2002) está conformada por 14 reactivos

divididos en dos sub-escalas, una para evaluar sintomatología ansiosa y otra para evaluar sintomatología depresiva.

La sub-escala de sintomatología ansiosa evalúa la presencia de sintomatología cognitiva, conductual y emocional con los siete reactivos impares de la escala completa. Cada reactivo cuenta con cuatro opciones de respuesta tipo Likert, que se califican del 0 al 3 de acuerdo a la frecuencia de los síntomas, o a la inversa para 6 de los 14 reactivos.

La sub-escala de ansiedad cuenta con nivel de consistencia interna Alpha de Cronbach de entre .84 y .89, siendo el coeficiente de consistencia interna para la escala completa .86. Asimismo, posee validez de constructo con la Clinical Anxiety Scale ($r=.67$). Los puntos de corte son de 8 puntos para presencia de sintomatología ansiosa clínicamente relevante, con buen equilibrio entre los índices de sensibilidad, especificidad y Kappa con una entrevista psicológica (véase la Tabla 3).

Sintomatología depresiva

Definición conceptual: se caracteriza por un estado de profunda tristeza, pérdida del interés o de la capacidad para disfrutar las cosas de la vida cotidiana y una disminución de la energía que conduce a una disminución de la actividad general, a lo que le acompañan sentimientos de culpa, baja autoestima, alteraciones del sueño y el apetito, fatiga, falta de concentración e incluso ideación suicida. (NIMH, s.f.; APA, 2013).

Definición operacional: la presencia de sintomatología depresiva se determinó por el puntaje obtenido en la sub-escala de ansiedad de la versión validada para población mexicana de la Escala de Ansiedad y Sintomatología depresiva Hospitalaria (López-Alvarenga, Vázquez-Velázquez, Arcila-Martínez, Sierra-Ovando, González-Barranco y Salín-Pascual, 2002).

Instrumento: se empleó la versión validada para población mexicana de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) de López-Alvarenga y colaboradores (2002), en su sub-escala para sintomatología depresiva, la cual consiste en los 7 reactivos pares de la escala completa.

La sub-escala de sintomatología depresiva cuenta con un nivel de consistencia interna Alpha de Cronbach de entre .70 y .72, siendo el coeficiente de consistencia interna para la escala completa .86. Asimismo, posee validez de constructo con la Escala Geriátrica de Sintomatología depresiva ($r=.83$, $p \leq 0.01$), la Montgomery-Asberg depression Rating Scale ($r=.77$, $p \leq 0.01$) y con el Inventario de Sintomatología depresiva de Beck ($r=.78$, $p \leq 0.01$).

Los puntos de corte son de siete para sintomatología depresiva clínicamente relevante, con buen equilibrio entre los índices de sensibilidad, especificidad y Kappa con una entrevista psicológica (véase la Tabla 3).

Tabla 3. Índices de sensibilidad, especificidad y Kappa con una entrevista psicológica de los puntos de corte para las sub-escalas del HADS.

Índices	Sintomatología ansiosa	Sintomatología depresiva
	(IC 95%)	(IC 95%)
Sensibilidad	84 (69-93)	84 (66-94)
Especificidad	84 (64-94)	87 (75-96)
Kappa	0.68 (0.51-0.84)	0.73 (0.57-0.88)

Clima organizacional

Definición conceptual: conjunto de percepciones subjetivas socialmente compartidas sobre aspectos individuales, interpersonales y organizacionales del trabajo como lo son las características del trabajo individual, de las relaciones interpersonales en el entorno laboral, de la organización, del propio trabajo y del ambiente. Éstas ocurren en función de aspectos relativamente tangibles como lo son las políticas, las prácticas y los procedimientos propios de la organización (Patlán-Pérez y Flores-Herrera, 2013; Schneider, Ehrhart & Macey, 2013).

Definición operacional: el tipo de percepción del clima se determinó por la puntuación obtenida en la Escala Multidimensional de Clima Organizacional (EMCO) construida por Gómez y Vicario (2008), en su versión validada para personal de salud mexicano (Patlán-Pérez y Flores-Herrera, 2013).

Instrumento: la Escala Multidimensional de Clima Organizacional está conformado por 29 reactivos que evalúan ocho factores del clima que conforman tres sistemas del clima, cada reactivo tiene cinco opciones de respuesta en escala tipo Likert (de 1 = nunca a 5 = siempre):

- Sistema individual:
 - Satisfacción de los trabajadores, se refiere al grado en que los trabajadores perciben que son reconocidos por su trabajo y si estos se sienten satisfechos con el logro de las metas y objetivos en el trabajo, como resultado de un ambiente agradable y de satisfacción para el trabajo (cuatro reactivos).
 - Autonomía en el trabajo, se refiere al grado en que los trabajadores perciben sentirse independientes en su trabajo y tienen la libertad de elegir y decidir la forma más conveniente de realizar sus actividades (tres reactivos).

- Sistema interpersonal:
 - Relaciones sociales entre los miembros de la organización, se refiere al grado en que los trabajadores perciben el trabajo con sus compañeros bajo una atmósfera de amistad y camaradería y en el cual existe una buena comunicación para realizar el trabajo en equipo (tres reactivos).
 - Unión y apoyo entre los compañeros de trabajo, se refiere al grado de comunicación, compromiso e integración que existe entre los miembros de la organización. Así como la percepción que tienen los trabajadores de recibir apoyo y ayuda de sus compañeros, favoreciendo el sentimiento de trabajo en equipo (cuatro reactivos).

- Sistema organizacional:
 - Consideración de directivos, se refiere al grado en que los trabajadores perciben que su superior otorga apoyo a los trabajadores, se dirige y comunica con respeto y amabilidad con sus subordinados y les brinda el trato más humano posible. (cinco reactivos).
 - Beneficios y recompensas, se refiere al grado en que los trabajadores perciben que la organización busca retribuir el trabajo por medio de estímulo y recompensas tales como incremento de salario, vacaciones, incentivos, bonos y demás premios que hacen hacer sentir satisfecho al trabajador, así como obtener reconocimiento por la calidad de un trabajo realizado (cuatro reactivos).
 - Motivación y esfuerzo, se refiere al grado en que los trabajadores son alentados por la organización y las condiciones que hacen que los trabajadores desempeñen sus labores intensamente. Estos aspectos se reflejan en que el trabajador se siente responsable de realizar su trabajo, se siente comprometido con su trabajo y se preocupa por la calidad de sus actividades, por lo cual busca esforzarse dentro de este (tres reactivos).

- Liderazgo de directivos, se refiere al grado en que los trabajadores perciben un manejo inteligente, responsable y alentador por parte de sus superiores, en cómo la capacidad de tomar decisiones y el don de mando influye en el desarrollo de las actividades de los trabajadores (tres reactivos).

La escala cuenta con validez de constructo mediante análisis de factores y validez de criterio con la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional ($r = .42$, $p \leq 0.01$). Su consistencia interna Alpha de Cronbach es de .92 y de entre .71 y .84 para los ocho factores. Se emplea el puntaje total para valorar la percepción sobre el clima laboral, donde mientras mayor sea la puntuación se refleja una percepción positiva, lo que generalmente indica un clima laboral adecuado (Patlán-Pérez & Flores-Herrera, 2013).

Los instrumentos descritos formaron parte de una batería de evaluación psicológica (véase el Anexo B) donde además se midieron otras variables asociadas con el síndrome de burnout y variables sociodemográficas como la edad, sexo, estado civil, lugar de procedencia, con quién vive, si tiene pareja, hijos y la cantidad de los mismos, escolaridad, servicio, turno, si realiza suplencias o guardias, en qué turno las realiza y cuántas veces a la semana, si tiene otro trabajo puesto, antigüedad en el hospital y clínica, así como si tiene alguna enfermedad y el consumo de tabaco, alcohol y medicamentos.

Procedimiento

Se sometió el protocolo de evaluación ante el Comité de Ética e Investigación del hospital sede, y una vez aprobado (registro 27-51-2018) se procedió a invitar al personal de todo el hospital mediante reuniones breves tanto con los jefes de servicio como con el personal a su cargo.

En las reuniones se explicaba el objetivo de la investigación, las consideraciones éticas, el procedimiento para participar y se resaltaba la participación voluntaria, anónima y confidencial. Asimismo, se les proporcionaba un folleto con dicha información y los contactos del equipo de investigación. Finalmente, en dichas reuniones se acordó con el personal y los estudiantes, el horario en el que se les podía hacer entrega de la batería de forma individual en cada mes de evaluación.

Se realizaron cuatro evaluaciones de forma mensual, las cuales tenían una duración aproximada de 40 minutos, siendo realizadas dentro de las instalaciones del hospital durante el horario laboral y académico del personal y estudiantes en la primera semana del mes de evaluación. Dichas evaluaciones fueron implementadas por un equipo de 5 psicólogos de semestres avanzados de la carrera, los cuales fueron entrenados para realizar la evaluación en individual y en grupo con respecto a la firma del consentimiento informado, instrucciones dadas a los participantes, verificación de respuestas y aclaración de dudas durante la evaluación.

Para la primera evaluación se hicieron reuniones con la mayor parte del personal de cada servicio en sus respectivas áreas laborales. Para el grupo de estudiantes, las reuniones se realizaron la finalizar sus clases dentro de sus aulas. En cada reunión se proporcionó el consentimiento informado y una vez firmado, se hacía entrega de la batería, la cual contestaban los participantes durante el día y se recolectaban por el equipo de investigación posteriormente.

Para garantizar el seguimiento de los participantes, conservando el anonimato de su participación, se generó un sistema de foliado que daba como resultado una combinación única de caracteres que servía para registrar la batería. Dicho registro de participación estaba resguardados por los miembros del equipo de investigación que coordinaron la aplicación.

Para las siguientes tres evaluaciones, se contactaba de forma individual a los participantes que eran personal del hospital; en cada vez se hacía entrega de la batería correspondiente teniendo la precaución de marcar el folio asignado para la persona. En el caso de los estudiantes se mantuvo la estrategia de entregar las baterías de forma grupal. Este procedimiento adaptado a las necesidades del personal facilitó su participación, ya que aproximadamente el 80% del personal mostró interés en participar y preferencia por contestar dentro de su horario laboral.

Para la captura de los datos se realizó un procedimiento de *simple ciego* con el que se garantizó la integridad de la captura y vaciado de las evaluaciones. En este procedimiento, cuatro psicólogos en formación ajenos a la investigación realizaron la captura en diferentes computadoras de un laboratorio de la Facultad de Psicología de la UNAM, para limitar la comunicación entre ellos y procurando evitar explicar el objetivo de la investigación y las variables evaluadas en cada apartado de la batería a fin de asegurar la ausencia de posibles sesgos.

Posterior a la captura, cuatro psicólogos en formación diferentes a los que habían realizado la captura, revisaron el 30% de los cuestionarios seleccionados aleatoriamente para hacer un doble cotejo y garantizar su correcta captura en la base de datos. Finalmente la calificación de las baterías se generó mediante una matriz programada en Excel, que se exportaba a la base de datos generada con el paquete estadístico Statistical Analysis Software (*SPSS*) con lo que también se garantizó la ausencia de sesgos y de posibles artefactos buscando asegurar la integridad de este procedimiento.

Análisis estadísticos

Se realizaron análisis estadísticos descriptivos para las variables sociodemográficas de interés y para las variables objeto del estudio. Se

tomaron en cuenta sus niveles de medición y se identificó la distribución de cada una de las variables a lo largo de las tres primeras evaluaciones, de acuerdo a los criterios de inclusión adoptados.

Se aplicó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para cada una de las variables (véase el Anexo C), donde se identificó que solo la variable de clima organizacional mostró una distribución normal en las mediciones del personal y de los estudiantes en cada una de las evaluaciones.

En el caso de la variable burnout, ésta mostró una distribución normal en todas las mediciones sólo para los estudiantes de enfermería, mientras que las variables de ansiedad solo mostraron esta distribución en la primera y segunda evaluación de los estudiantes.

Con base en el nivel de medición ordinal de los datos y los resultados en la prueba de normalidad, se determinó emplear estadística no paramétrica para realizar los análisis estadísticos de correlación y comparación (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

Para los análisis de asociación se empleó el análisis de correlación *rho de Spearman* a fin de evaluar la relación entre las puntuaciones de burnout, sintomatología ansiosa y depresiva y clima organizacional. Por otra parte, se identificó si las diferencias observadas en las mediciones eran estadísticamente significativas mediante la *prueba de Friedman*.

Adicionalmente se realizó la *prueba de "rangos" de Wilcoxon* en aquellas comparaciones que resultaran significativas en la prueba de Friedman, para localizar dicha diferencia entre las tres evaluaciones.

Resultados

Análisis de asociación.

La figura 3 muestra las asociaciones entre el burnout y la sintomatología ansiosa. En el personal de enfermería, se observan correlaciones positivas, moderadas y estadísticamente significativas en las tres evaluaciones, con la medición de diciembre mostrando la mayor fuerza de asociación. Esta asociación indica que a mayor nivel de burnout, es mayor la sintomatología de ansiedad.

Por su parte, en los estudiantes también se observan correlaciones positivas, modestas y estadísticamente significativas, cuya fuerza varía relativamente poco entre mediciones.

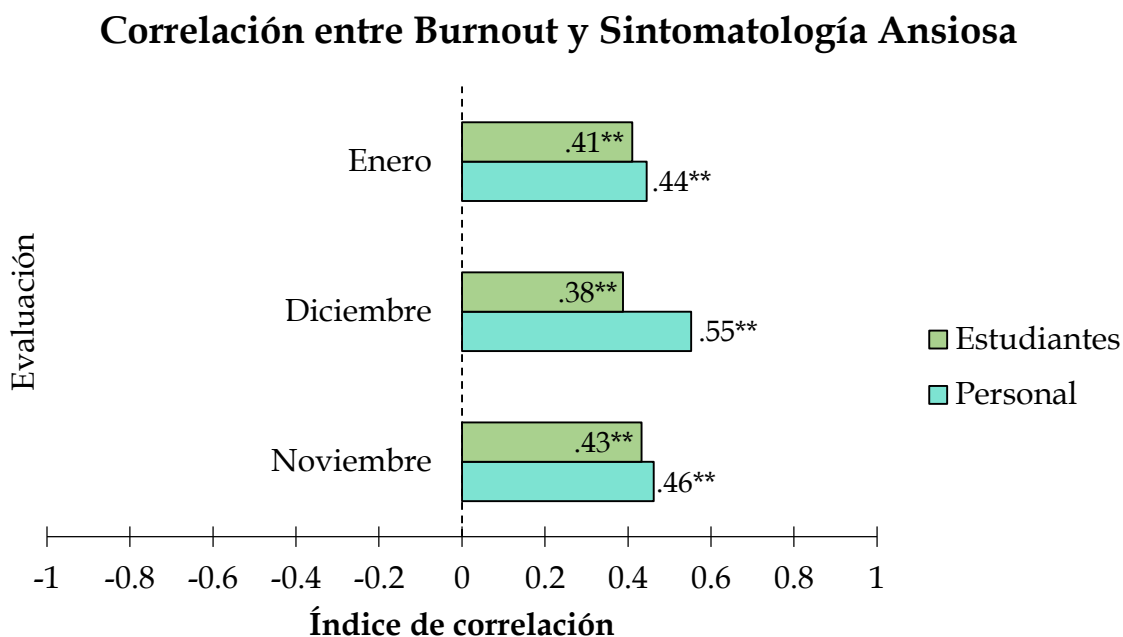


Figura 3. Correlación Rho de Spearman entre las puntuaciones de burnout y sintomatología ansiosa obtenidas a lo largo de las tres evaluaciones en personal y estudiantes de enfermería.

** $p \leq 0.01$

Asociaciones similares se documentaron entre burnout y la sintomatología depresiva. La Figura 4 muestra que, tanto las mediciones del personal como las de los estudiantes se asociaron de forma positiva, modesta y estadísticamente significativa a lo largo de las mediciones, es decir que a mayor nivel de burnout es mayor la sintomatología depresiva; y al igual que en la asociación con la sintomatología ansiosa, la asociación con sintomatología depresiva de diciembre muestra la mayor fuerza, en este caso para ambos grupos.

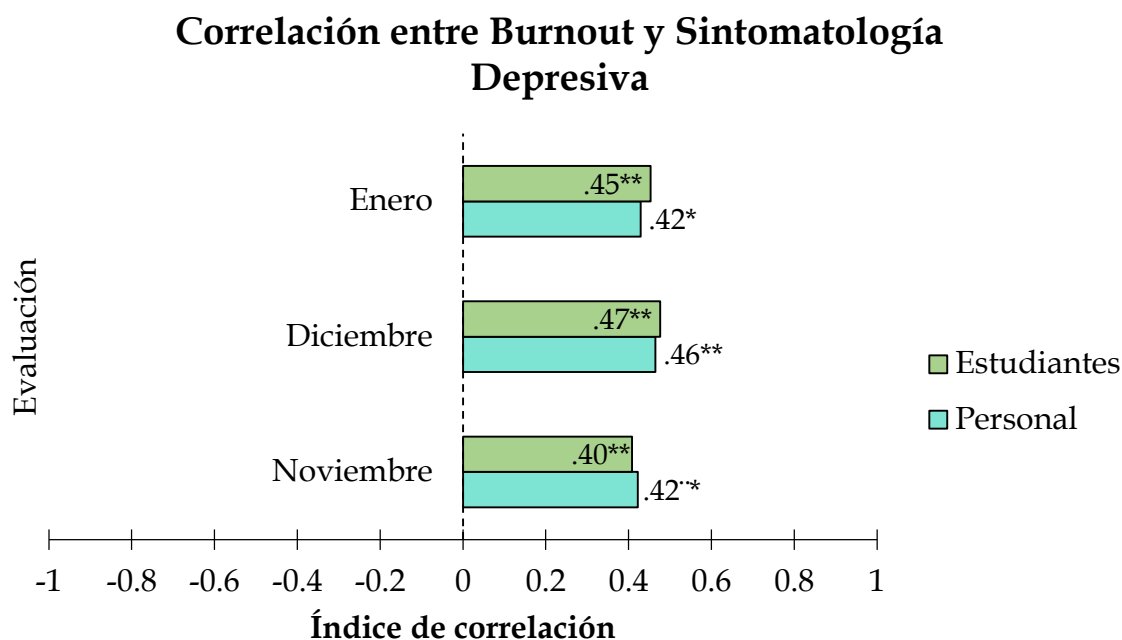


Figura 4. Correlación Rho de Spearman entre las puntuaciones de burnout y sintomatología depresiva obtenidas a lo largo de las tres evaluaciones en personal y estudiantes de enfermería.
** $p \leq 0.01$

Con respecto a la asociación con la percepción general del clima organizacional (Figura 5), se documentaron asociaciones negativas, modestas y estadísticamente significativas a lo largo de las tres mediciones para ambos grupos. Esta relación indica que a mayor nivel de burnout, la percepción del clima es más negativa.

En el caso del personal de enfermería, la fuerza de las asociaciones tendió a disminuir conforme pasaron los meses, cambiando de $\rho = .44$, $p \leq 0.01$ a $.39$, $p \leq 0.01$; mientras que las asociaciones en los estudiantes mostraron una tendencia a aumentar, pasando de $\rho = .33$; $p \leq 0.01$ a $.39$, $p \leq 0.01$.

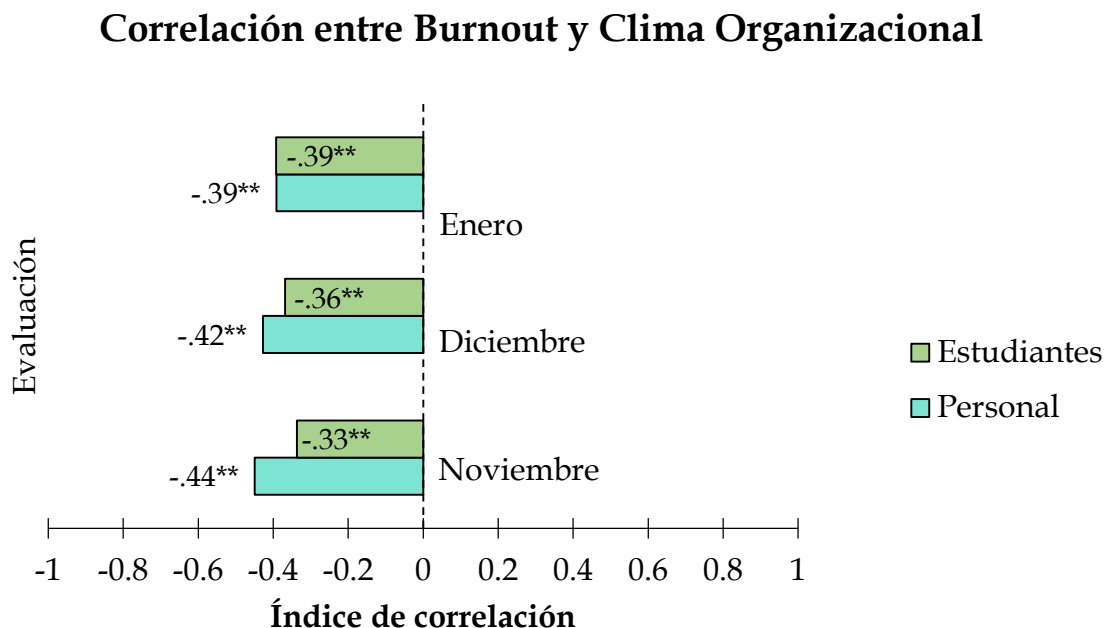


Figura 5. Correlación Rho de Spearman entre las puntuaciones de burnout y de la percepción del clima organizacional obtenidas a lo largo de las tres evaluaciones en personal y estudiantes de enfermería.

** $p \leq 0.01$

Al analizar las asociaciones de burnout con los elementos del clima medidos por la Escala Multidimensional de Clima Organizacional, se encontraron los siguientes resultados:

El elemento *satisfacción* (véase la figura 6) mostró correlaciones negativas, modestas y estadísticamente significativas a lo largo de las

tres evaluaciones, es decir que a mayor nivel de burnout es más negativa la percepción de la satisfacción en el trabajo.

En el caso del personal de enfermería la fuerza de la asociación disminuyó en la medición de diciembre, misma que regresó a un valor similar al obtenido en la primera medición.

Para los estudiantes la fuerza de la asociación entre sus mediciones muestra una tendencia a aumentar a lo largo de las mediciones, donde el índice más grande se encuentra en la medición de diciembre.

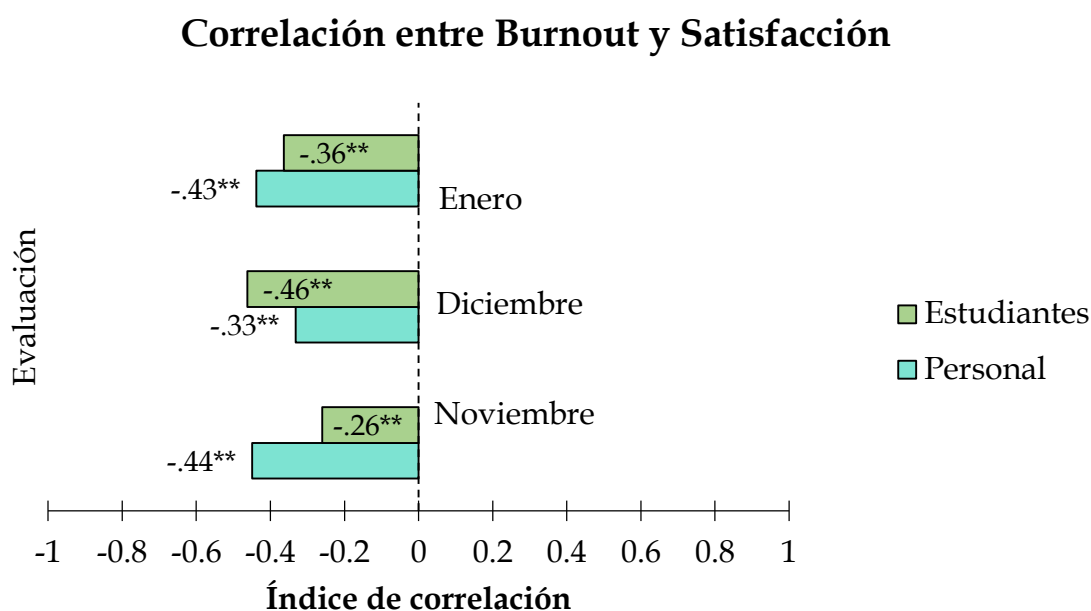


Figura 6. Correlación Rho de Spearman entre las puntuaciones de burnout y del factor “Satisfacción” del clima organizacional obtenidas a lo largo de las tres evaluaciones en personal y estudiantes de enfermería.

** $p \leq 0.01$

El factor *Autonomía* (véase la Figura 7) mostró asociaciones negativas, bajas y estadísticamente significativas con burnout, lo que implica que a mayor nivel de burnout es más negativa la percepción de autonomía en el trabajo. En el personal de enfermería, estas asociaciones

se observaron a lo largo del tiempo y la fuerza de asociación mostró una tendencia a disminuir.

Por su parte, las mediciones de los estudiantes mostraron una asociación no significativa y baja en la primera medición, la cual se volvió significativa en las siguientes mediciones y cuyo índice aumentó también.

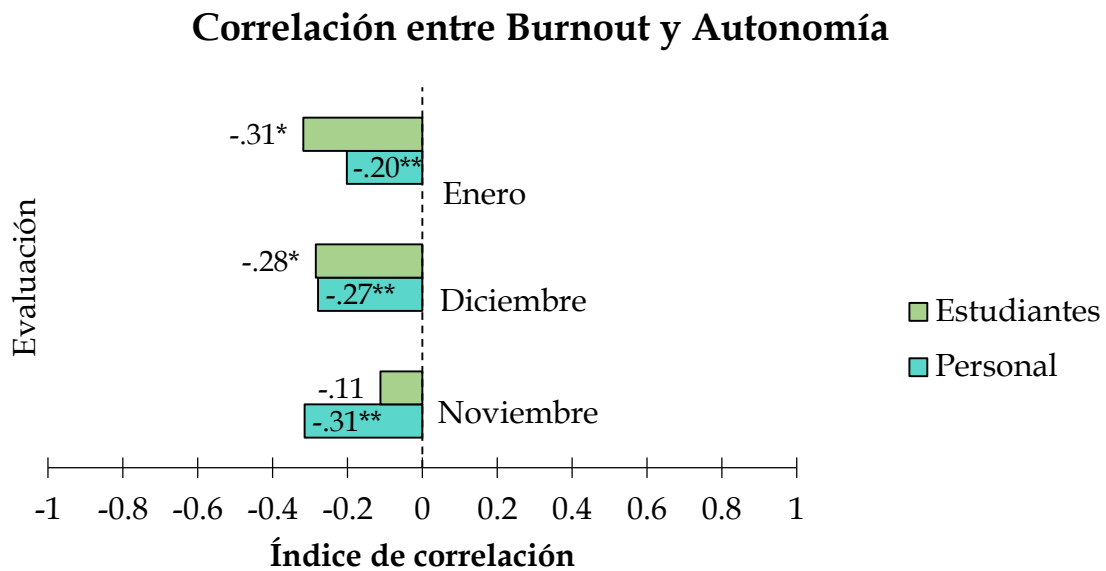


Figura 7. Correlación Rho de Spearman entre las puntuaciones de burnout y del factor “Autonomía” del clima organizacional obtenidas a lo largo de las tres evaluaciones en personal y estudiantes de enfermería.

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

El factor *Relaciones Sociales* (Figura 8) reveló correlaciones similares a las encontradas con el factor anterior. En el personal, las asociaciones fueron negativas, modestas y estadísticamente significativas a lo largo de las tres evaluaciones y con una tendencia a disminuir en la fuerza de asociación, es decir que mayor nivel de burnout se percibe las relaciones sociales de forma negativa.

En cambio, los estudiantes mostraron solo asociaciones significativas en la evaluación de noviembre y enero, siendo esta última donde se documentó el índice de asociación más grande.

Correlación entre Burnout y Relaciones Sociales

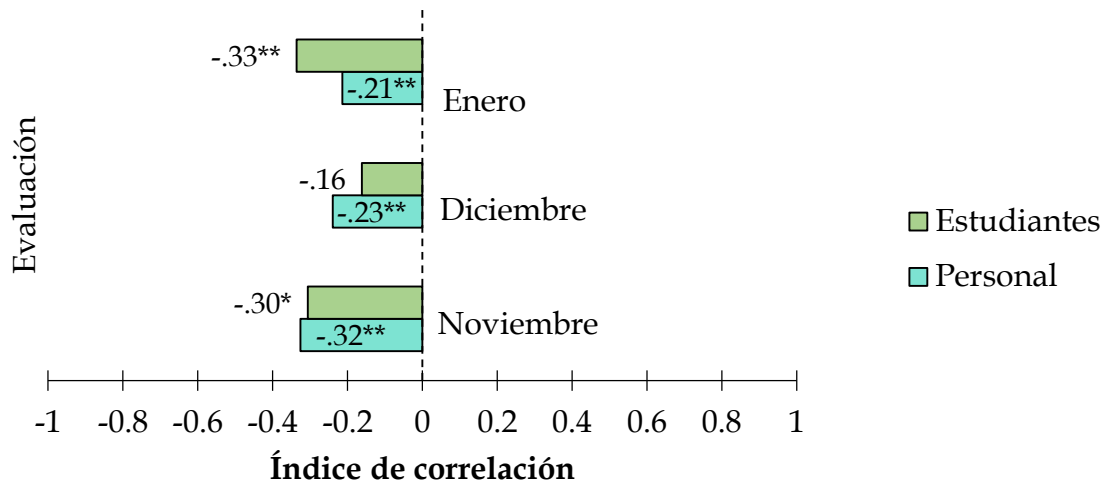


Figura 8. Correlación Rho de Spearman entre las puntuaciones de burnout y del factor “Relaciones sociales” del clima organizacional obtenidas a lo largo de las tres evaluaciones en personal y estudiantes de enfermería.

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

El factor *Unión y Apoyo* (véase la figura 9) se asoció de forma negativa, modesta y estadísticamente significativa en ambos grupos a lo largo de las evaluaciones. Este resultado indica que a mayor nivel de burnout se percibe más negativa la unión y apoyo dentro del equipo de trabajo.

El personal de salud nuevamente muestra asociaciones que disminuyen en fuerza a lo largo del tiempo, mientras que los estudiantes mostraron asociaciones que se mantuvieron tanto en fuerza como en significancia.

Correlación entre Burnout y Unión y Apoyo

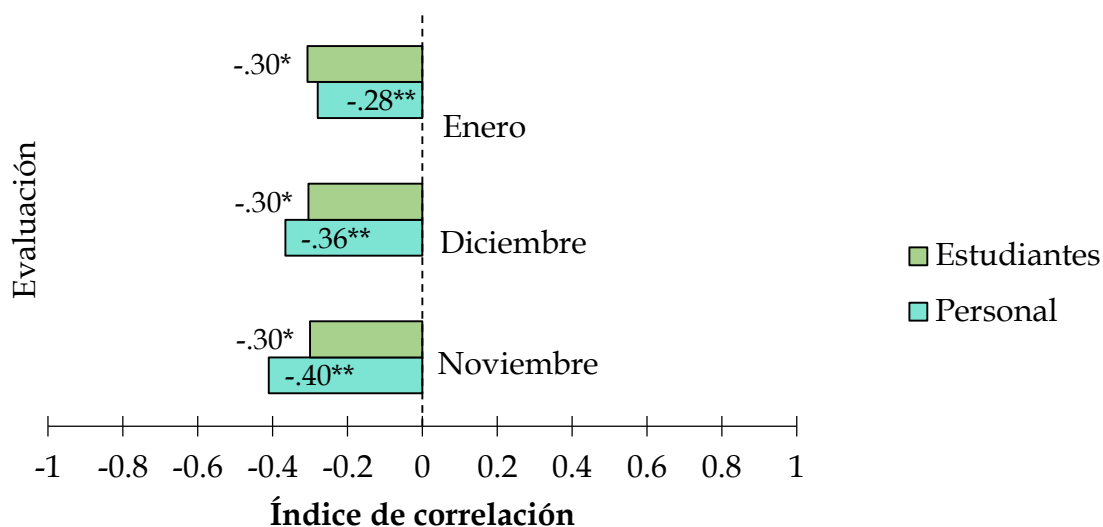


Figura 9. Correlación Rho de Spearman entre las puntuaciones de burnout y del factor "Unión y Apoyo" del clima organizacional obtenidas a lo largo de las tres evaluaciones en personal y estudiantes de enfermería.

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

En el caso del factor *Consideración de Directivos* (véase la Figura 10), las puntuaciones del personal de enfermería mostraron una asociación negativa, modesta y estadísticamente significativa, es decir que a mayor nivel de burnout, la percepción de la consideración de los directivos se percibe más negativa.

Esta asociación se mantuvo a lo largo de las tres evaluaciones, con un ligero aumento en su fuerza para las evaluaciones de diciembre y enero; mientras que las puntuaciones de los estudiantes no se asociaron de forma significativa en la primera medición, pero si en las mediciones subsecuentes, donde el índice de asociación más fuerte se observó en la medición de diciembre.

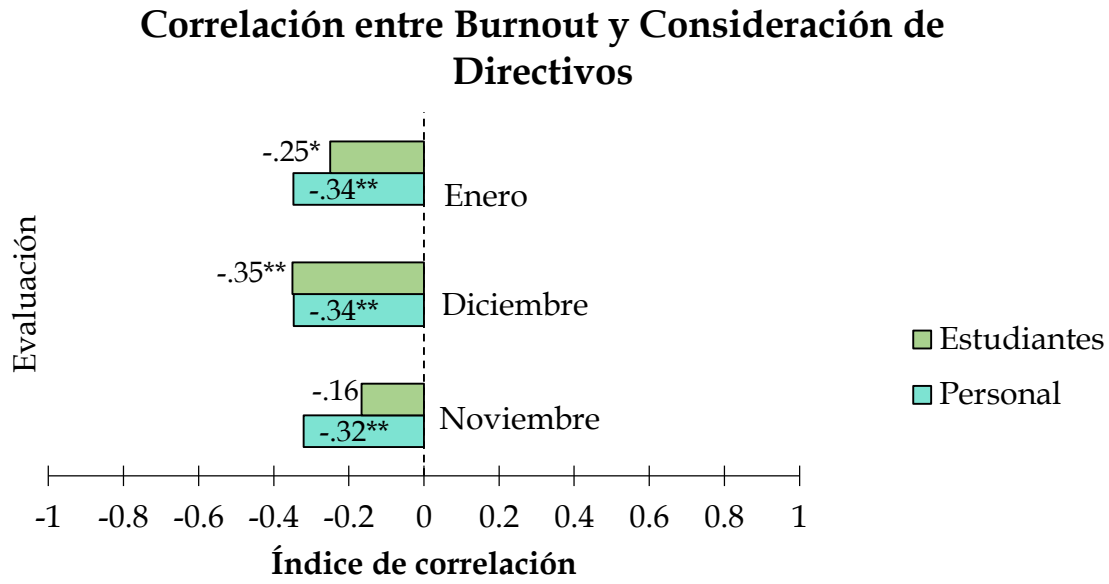


Figura 10. Correlación Rho de Spearman entre las puntuaciones de burnout y del factor “Consideración con Directivos” del clima organizacional obtenidas a lo largo de las tres evaluaciones en personal y estudiantes de enfermería.

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

En cuanto al factor *Beneficios y Recompensas* se observan asociaciones significativas sólo en las mediciones del personal de enfermería, las cuales son negativas y bajas; es decir que a mayor nivel de burnout se percibe más negativo los beneficios y recompensas existentes en el ámbito laboral. Asimismo, las asociaciones muestran un aumento en cuanto a fuerza en la última medición (véase la Figura 11).

Correlación entre Burnout y Beneficios y Recompensas

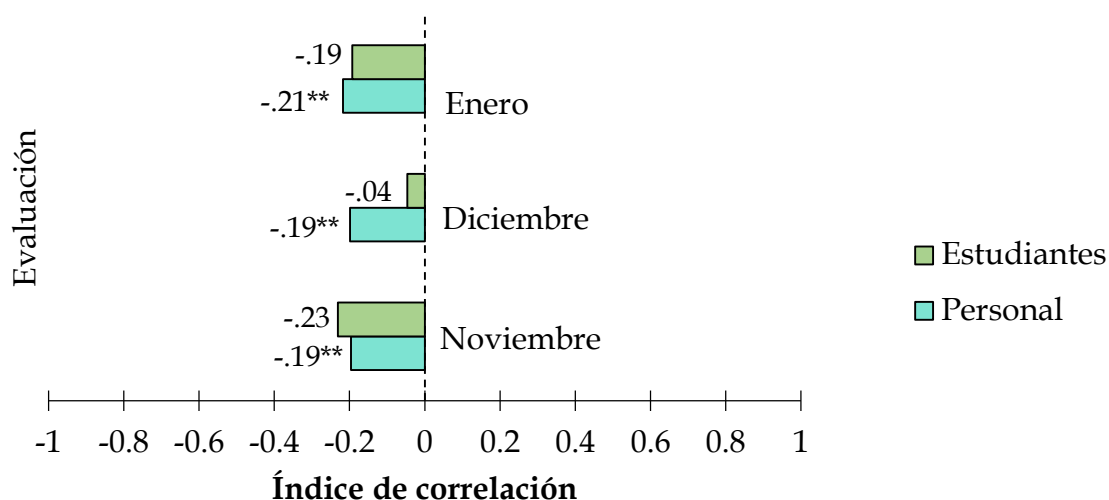


Figura 11. Correlación Rho de Spearman entre las puntuaciones de burnout y del factor “Beneficios y Recompensas” del clima organizacional obtenidas a lo largo de las tres evaluaciones en personal y estudiantes de enfermería.

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Por su parte, el factor *Motivación y Esfuerzo* (véase la Figura 12) mostró asociaciones negativas, modestas y estadísticamente significativas a lo largo de las tres evaluaciones. Esta asociación indica que a mayor nivel de burnout se percibe más negativa la motivación y el esfuerzo en el trabajo.

En el caso de las asociaciones en las mediciones del personal de enfermería, la magnitud del índice disminuyó en la medición de diciembre y aumentó en la última medición, alcanzando un valor similar a la magnitud encontrada en la primera medición.

En cambio, la magnitud en las asociaciones de los estudiantes mostró una disminución en la medición de diciembre, misma que mantuvo una magnitud similar para la evaluación de enero.

Correlación entre Burnout y Motivación y Esfuerzo

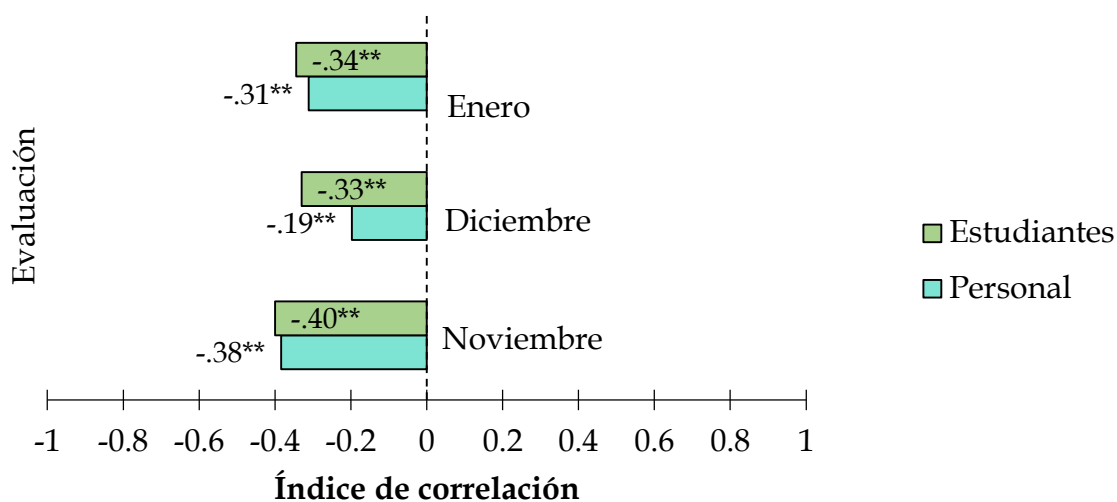


Figura 12. Correlación Rho de Spearman entre las puntuaciones de burnout y del factor “Motivación y Esfuerzo” del clima organizacional obtenidas a lo largo de las tres evaluaciones en personal y estudiantes de enfermería.

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Finalmente, el factor *Liderazgo* (véase la Figura 13) mostró asociaciones negativas, modestas y estadísticamente significativas en las mediciones del personal de enfermería, cuya magnitud aumentó en la medición de diciembre y disminuyó ligeramente en la de enero. Este resultado indica que a mayor nivel de burnout se percibe más negativo el liderazgo de los superiores.

Por su parte, las mediciones de los estudiantes solo se asociaron de forma significativa en la evaluación de enero. Sin embargo, dicha asociación mostró una tendencia a aumentar en cuanto a la magnitud de la fuerza de asociación.

Correlación entre Burnout y Liderazgo

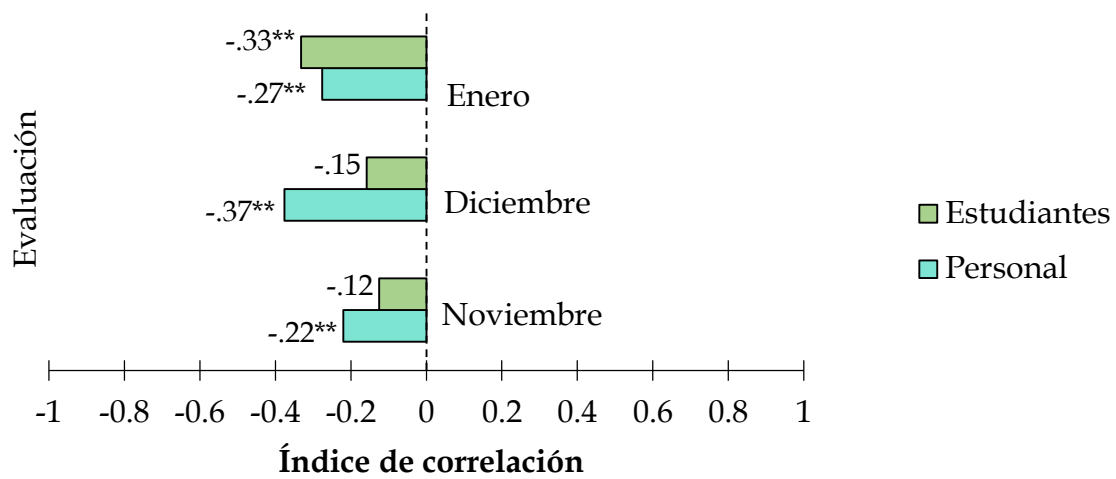


Figura 13. Correlación Rho de Spearman entre las puntuaciones de burnout y del factor “Liderazgo” del clima organizacional obtenidas a lo largo de las tres evaluaciones en personal y estudiantes de enfermería.

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Análisis descriptivos.

La Figura 14 muestra la progresión de los niveles de burnout en el personal a lo largo de las tres mediciones. Los resultados muestran que los niveles se mantienen relativamente estables a lo largo del tiempo con diferencias mínimas; los niveles *sanos* y *normales* describen una tendencia a aumentar hacia el final de las evaluaciones, mientras que el nivel de *peligro* tiende a bajar.

Asimismo, poco menos de la mitad del personal refiere niveles sanos de burnout, sin embargo la otra mitad refiere síntomas elevados, encontrándose la mayoría de estos en peligro de desarrollar el síndrome.

Burnout en personal de Enfermería (n=258)

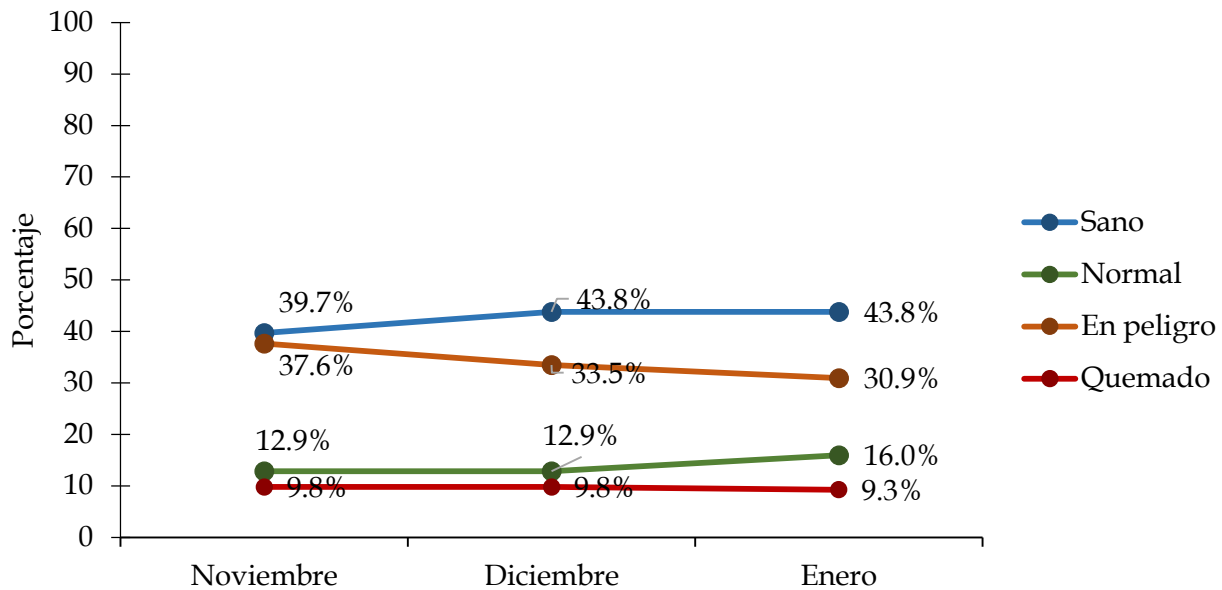


Figura 14. Porcentajes de los niveles de burnout en el personal de enfermería a lo largo de las tres evaluaciones mensuales.

Por su parte, en los estudiantes (véase la Figura 15) se observa que la mayoría refiere altos niveles de burnout, alrededor del 60%, los cuales parecen modificarse a lo largo de las evaluaciones. En el caso de los niveles de *peligro* de desarrollar burnout, éstos describen una tendencia a disminuir un 18.7%, mientras que el nivel de *quemado* aumenta a prácticamente el doble de afectados.

Algo similar se observa en los niveles *sanos* y *normales*, donde el primero describe una ligera tendencia a disminuir, aunque es el más estable de los niveles; mientras que el segundo muestra una tendencia a aumentar, doblando su porcentaje para la última evaluación.

Burnout en estudiantes de enfermería (n=64)

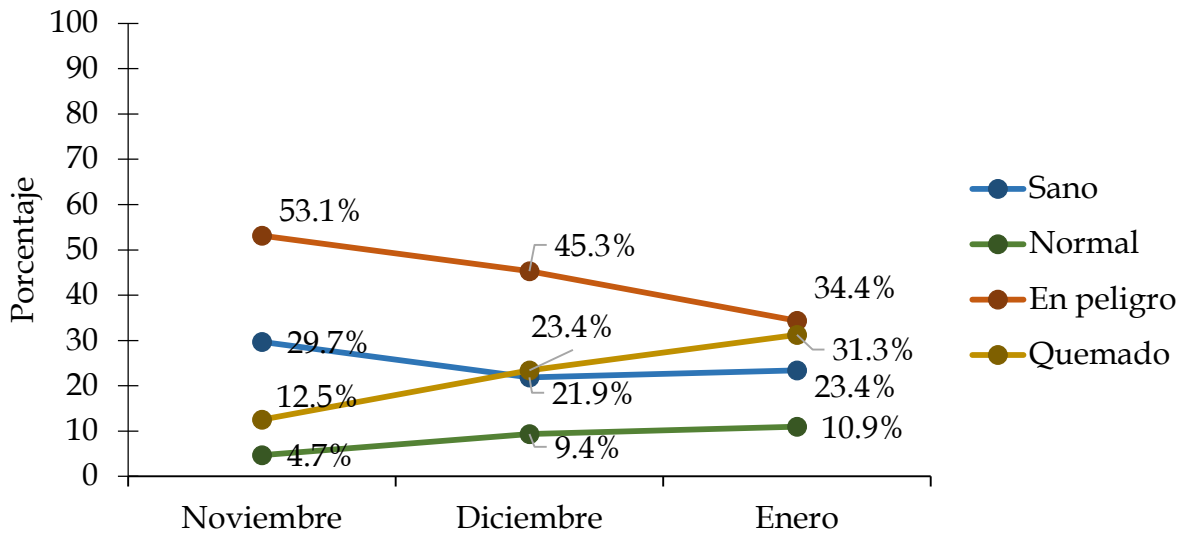


Figura 15. Porcentajes de los niveles de burnout en los estudiantes de enfermería a lo largo de las tres evaluaciones mensuales.

En el caso de los componentes de burnout, la figura 16 y en la figura 17 se muestra el porcentaje del personal que refirió agotamiento emocional en los distintos niveles. Los resultados muestran los mayores porcentajes en los niveles *abajo del término medio* y *arriba del término medio*.

A lo largo del tiempo se observa que el nivel *bajo* aumenta en la última evaluación, mientras que los niveles medios se mantienen estables a lo largo de las tres evaluaciones, y los niveles altos tienen una tendencia a disminuir.

Por su parte, alrededor de la mitad de los estudiantes refieren niveles *arriba del término medio* de agotamiento emocional, seguidos de aquellos que refirieron niveles *abajo del término medio*. A lo largo del tiempo se observa que los niveles bajos y se mantienen similares, mientras que los niveles *medio* y *arriba del término medio* muestran una tendencia a aumentar, y los niveles altos muestran una tendencia a disminuir (véase la Figura 18 y figura 19).

Agotamiento emocional bajo a medio en personal de enfermería (n=194)

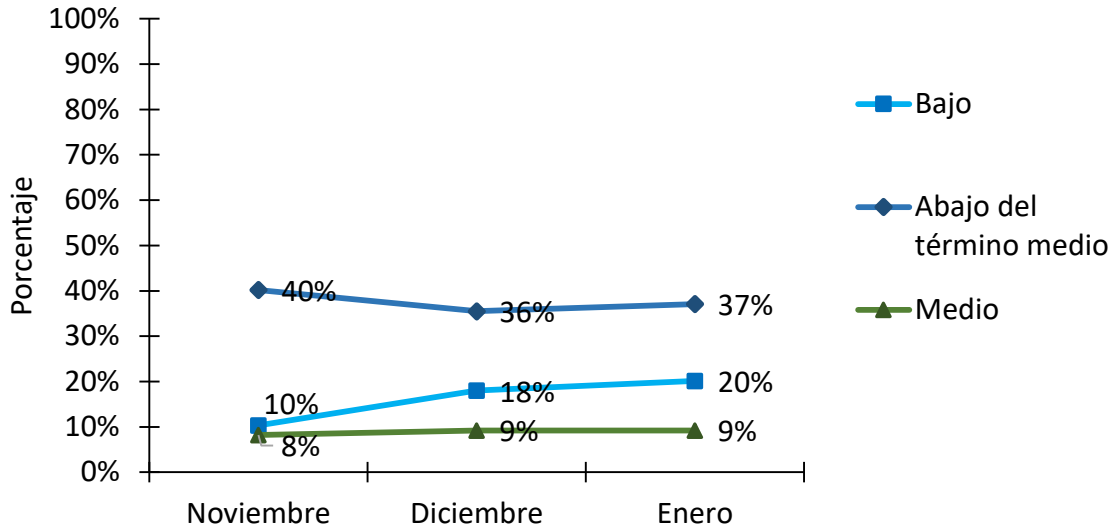


Figura 16. Porcentajes de los niveles bajos y medios de agotamiento emocional en el personal de enfermería a lo largo de las tres evaluaciones mensuales.

Agotamiento emocional alto en personal de enfermería (n=194)

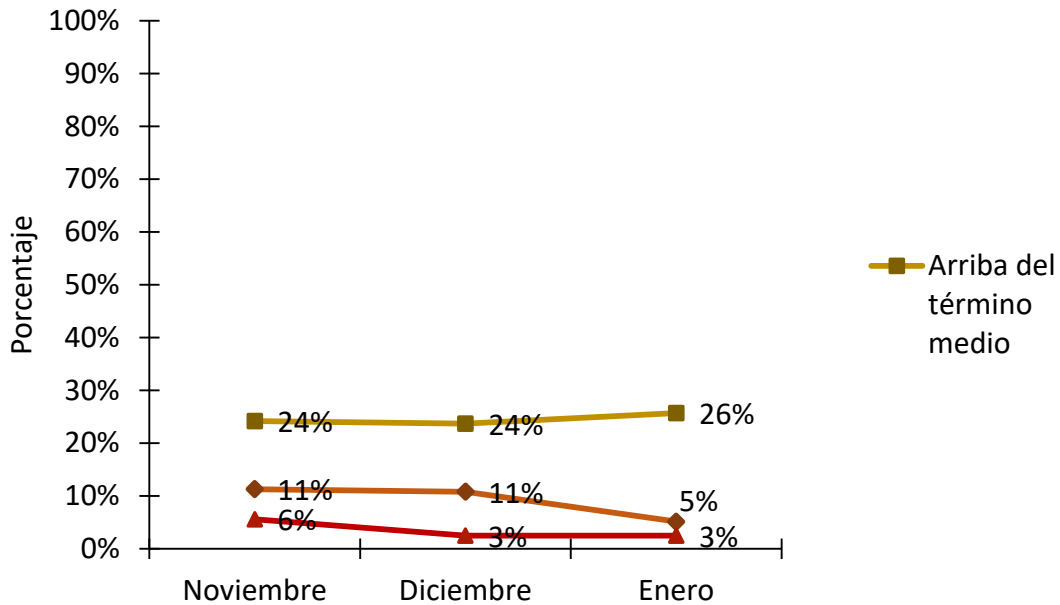


Figura 16. Porcentajes de los niveles altos de agotamiento emocional en el personal de enfermería a lo largo de las tres evaluaciones mensuales.

Agotamiento emocional bajo a medio en estudiantes de enfermería (n=64)

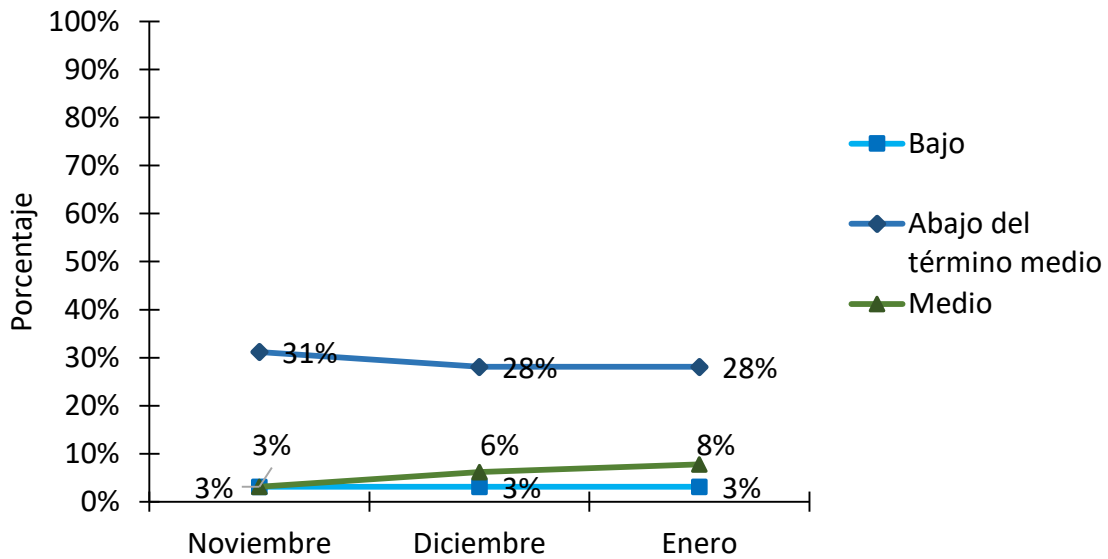


Figura 18. Porcentajes de los niveles de agotamiento emocional en los estudiantes de enfermería a lo largo de las tres evaluaciones mensuales.

Agotamiento emocional alto en estudiantes de enfermería (n=64)

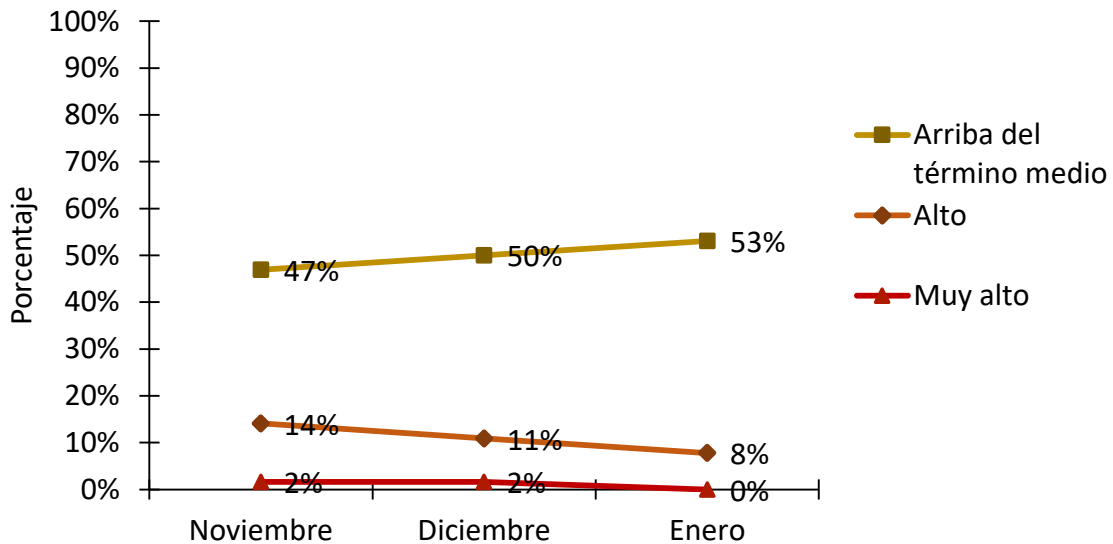


Figura 19. Porcentajes de los niveles de agotamiento emocional en los estudiantes de enfermería a lo largo de las tres evaluaciones mensuales.

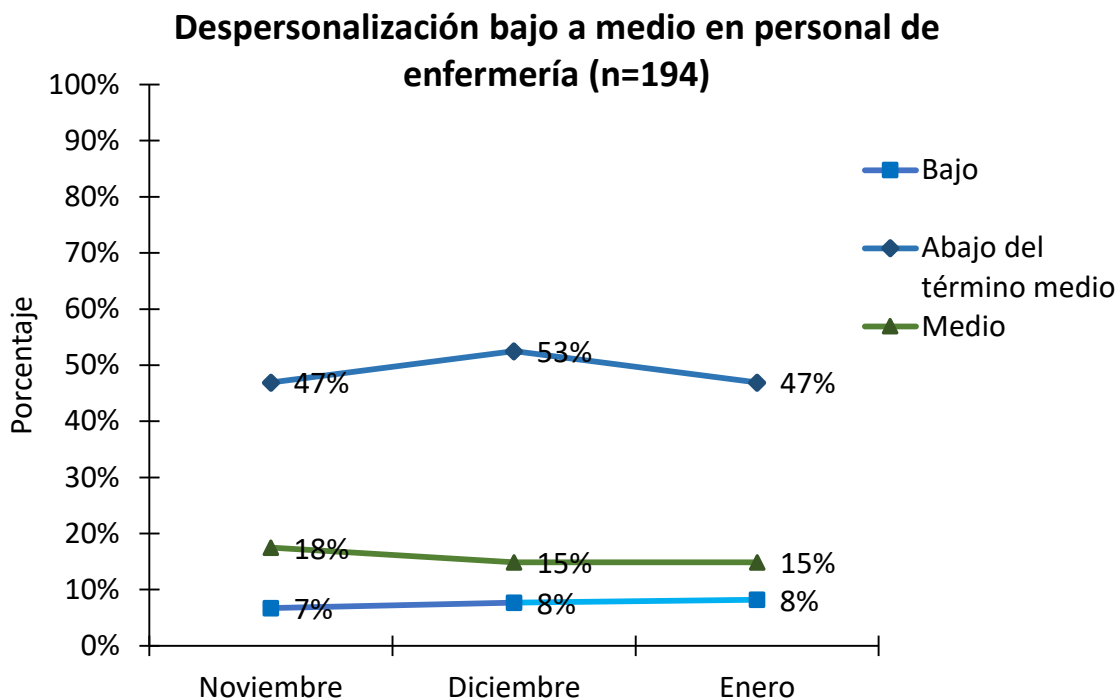


Figura 20. Porcentajes de los niveles bajos y medios de despersonalización en el personal de enfermería a lo largo en las tres evaluaciones mensuales.

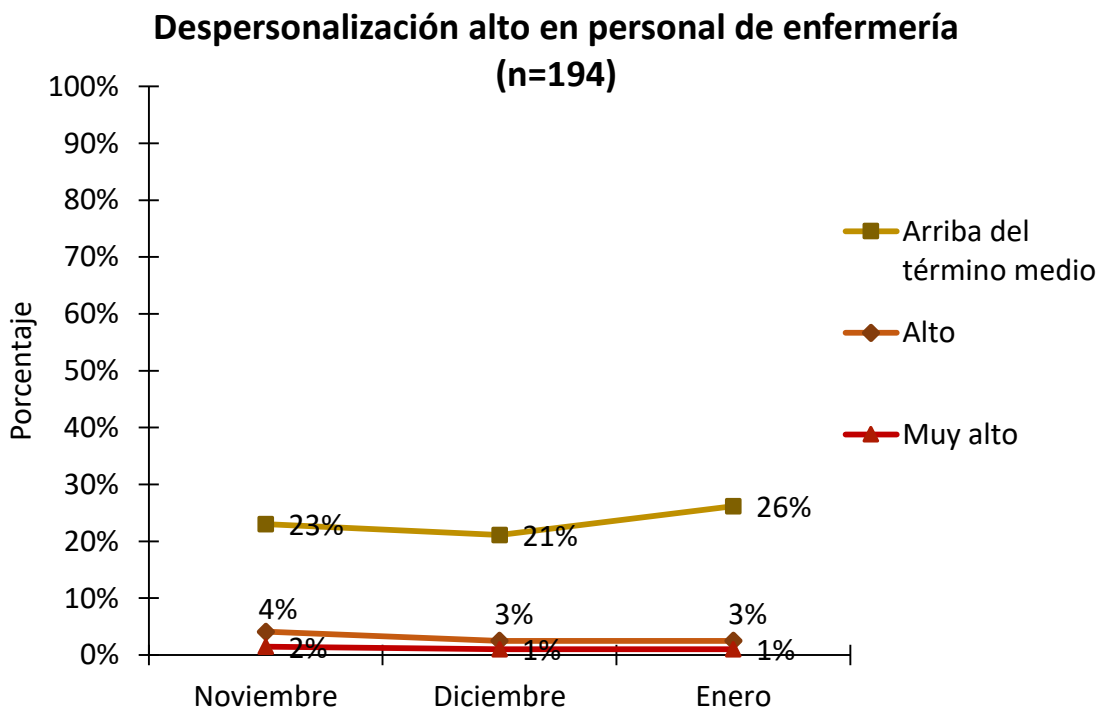


Figura 21. Porcentajes de los niveles altos de despersonalización en el personal de enfermería a lo largo en las tres evaluaciones mensuales.

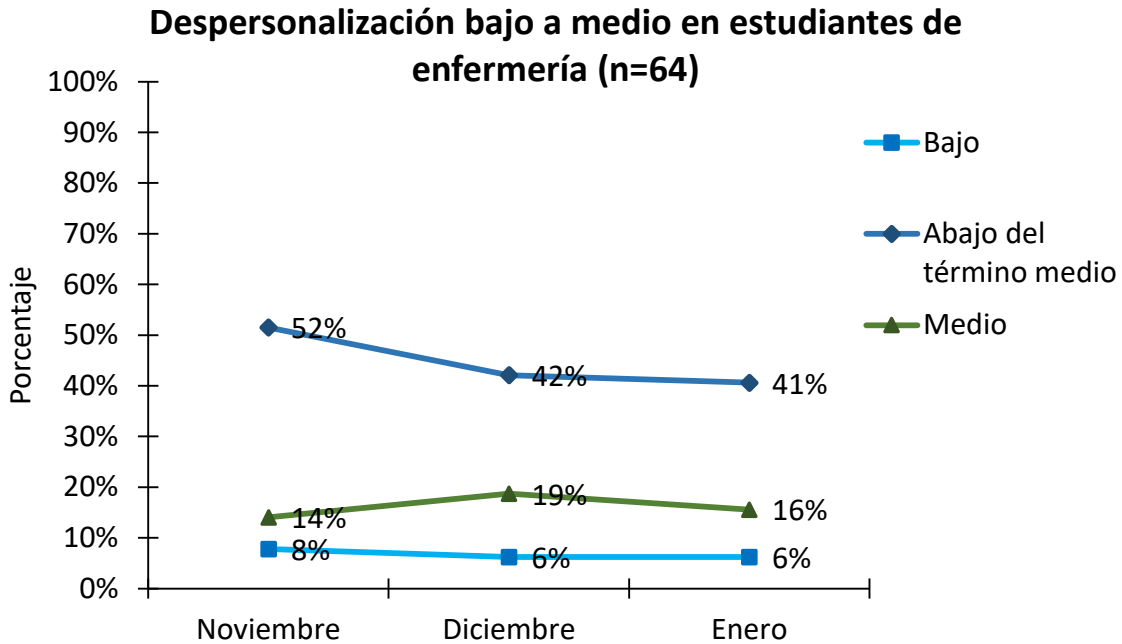


Figura 22. Porcentajes de los niveles bajos y medios de despersonalización en los estudiantes de enfermería a lo largo en las tres evaluaciones mensuales.

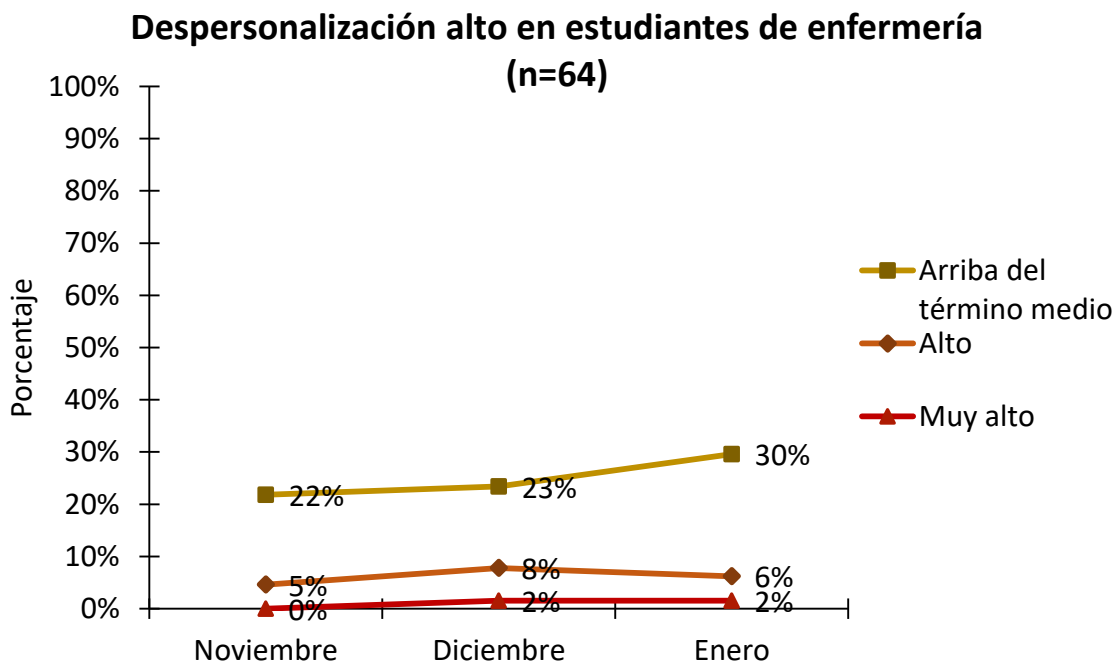


Figura 23. Porcentajes de los niveles altos de despersonalización en los estudiantes de enfermería a lo largo en las tres evaluaciones mensuales.

En cuanto al factor de despersonalización (Figura 20 y figura 21) se observa que alrededor de la mitad del personal refiere un nivel *abajo del término medio*, seguido por aquellas que refieren síntomas de despersonalización *arriba del término medio*. A lo largo del tiempo se observa que el nivel de *abajo del término medio* muestra un pico en la medición de diciembre. El resto de los niveles parecen mantenerse relativamente constante a lo largo de las tres evaluaciones.

En cuanto a los niveles de despersonalización de los estudiantes, la figura 22 muestra que alrededor de la mitad refieren niveles *abajo del término medio*, mientras que un cuarto de los participantes manifestaron niveles *arriba del término medio*. A lo largo de las tres evaluaciones se observa un decremento en el nivel *abajo del término medio* y un aumento en el nivel *arriba del término medio* y *muy alto* (Figura 23). El resto de niveles se mantuvieron relativamente constantes.

Finalmente, con respecto al factor de Insatisfacción de logro (Figura 24 y figura 25), poco más de la mitad del personal de enfermería refiere niveles *abajo del término medio* y una cuarta parte refiere niveles *bajos*. Asimismo, las prevalencias en todos los niveles muestran consistencia a lo largo del tiempo.

Por su parte, en los estudiantes de enfermería (Figura 26 y figura 27) se observó que la mitad de ellos referían niveles *abajo del término medio*, mientras que una cuarta parte refirió niveles *arriba del término medio*. Asimismo, el nivel *abajo del término medio* mostró una tendencia a disminuir, mientras que el nivel *arriba del término medio* mostró un aumento. Mientras que el resto de los niveles mostraron un aumento en la evaluación de diciembre, a excepción del nivel *muy alto*, el cual disminuyó.

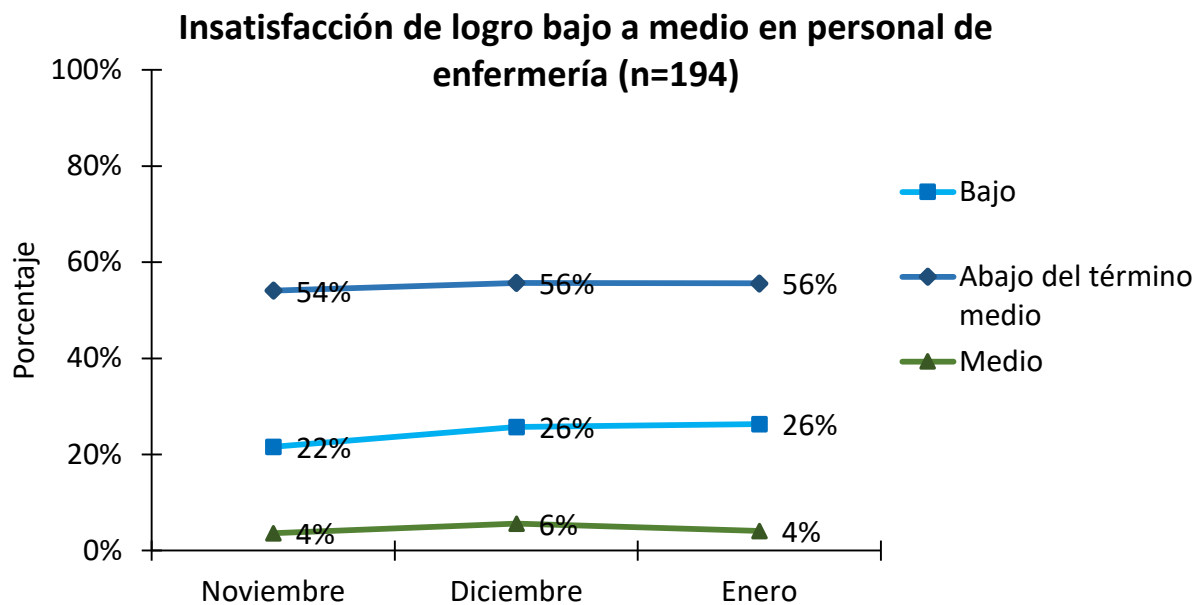


Figura 24. Porcentajes de los niveles bajos y medios de insatisfacción de logro en el personal de enfermería a lo largo en las tres evaluaciones mensuales.

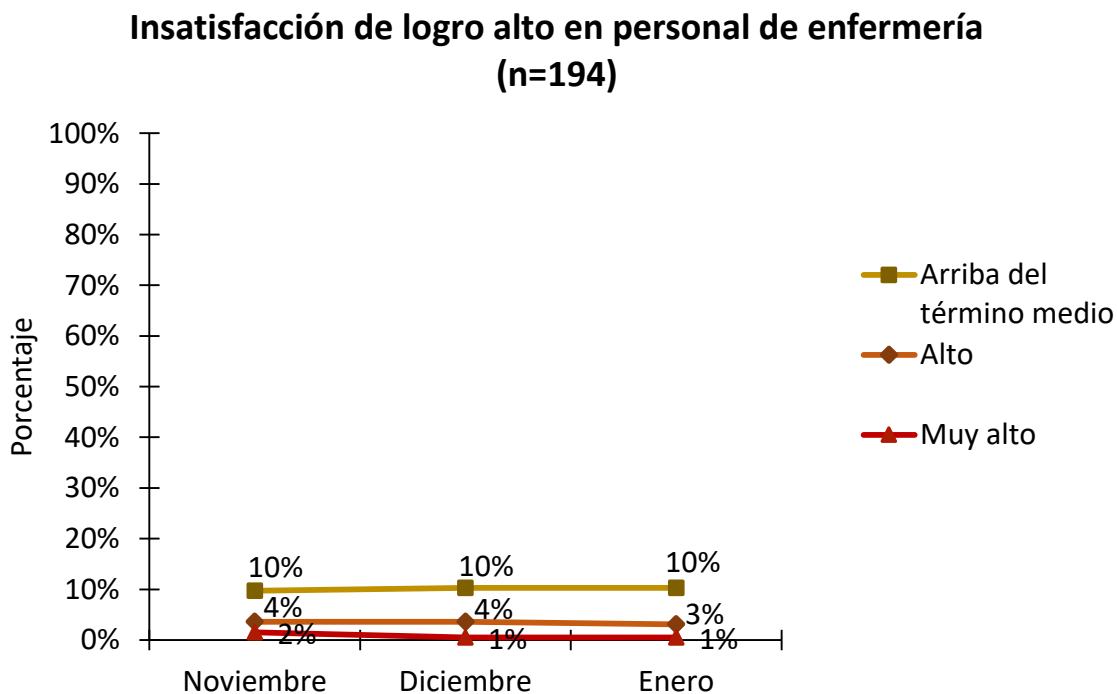


Figura 25. Porcentajes de los niveles bajos y medios de insatisfacción de logro en el personal de enfermería a lo largo en las tres evaluaciones mensuales.

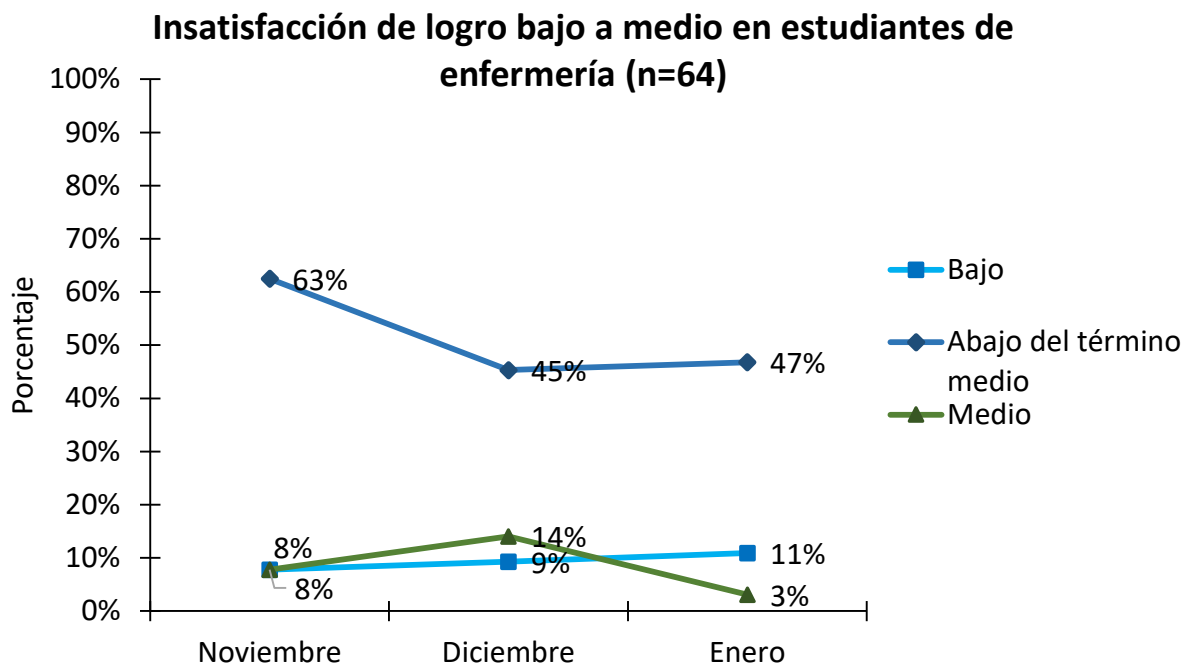


Figura 26. Porcentajes de los niveles bajos y medios de insatisfacción de logro en los estudiantes de enfermería a lo largo en las tres evaluaciones mensuales.

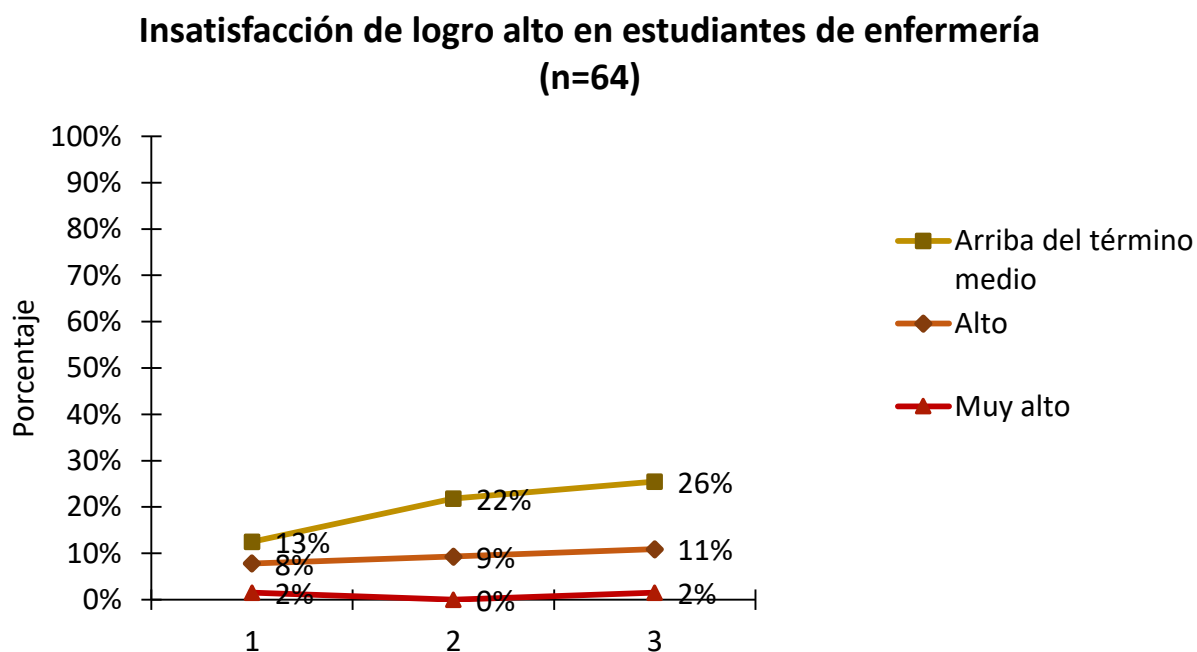


Figura 27. Porcentajes de los niveles altos de insatisfacción de logro en los estudiantes de enfermería a lo largo en las tres evaluaciones mensuales.

En cuanto a las prevalencias de alteraciones emocionales, la figura 18 muestra prevalencias de sintomatología ansiosa de hasta el 24% del personal, mientras que en los estudiantes se observan prevalencias hasta el 41%, donde la diferencia es de hasta el 19%.

Para ambos grupos, las prevalencias parecen mantenerse a lo largo del tiempo; sin embargo, en el caso de los estudiantes se observa una ligera disminución en la medición de diciembre, misma que regresa a un porcentaje similar al de la primera evaluación en la medición de enero.

Sintomatología ansiosa y depresiva en el personal de enfermería

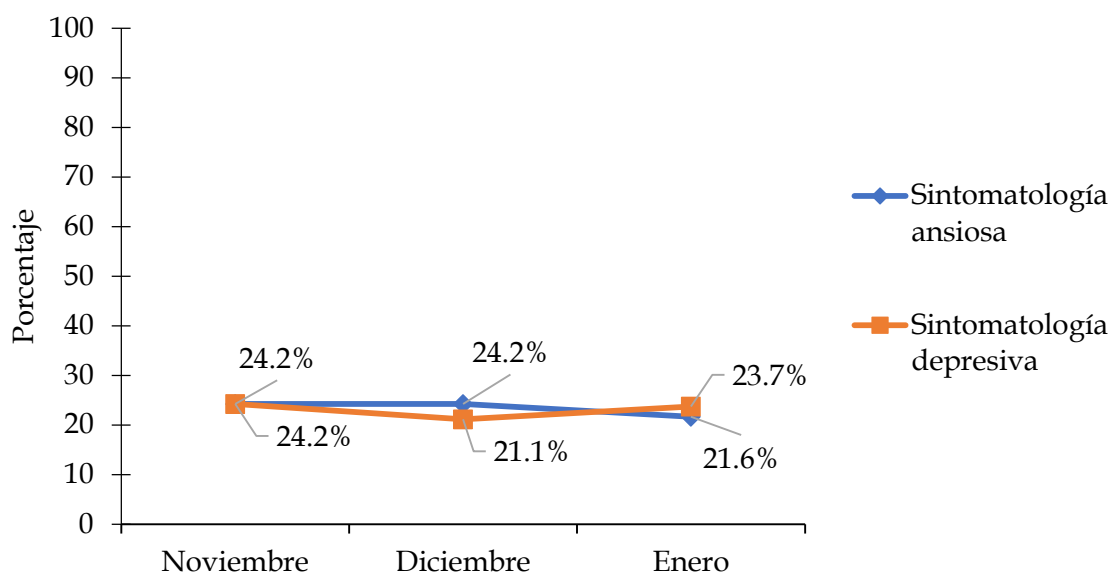


Figura 21. Porcentaje de la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en el personal de enfermería a lo largo de las tres evaluaciones.

Prevalencias similares se encuentran con respecto a la sintomatología ansiosa y depresiva en el personal (véase la Figura 21), se observa que poco menos de un cuarto de la población refiere presencia de las sintomatologías.

El análisis visual de las mediciones a lo largo de los meses muestra tendencias a mantenerse en las primeras dos evaluaciones, pero disminuye ligeramente en la de enero. Por su parte se observa que la sintomatología depresiva disminuye en la evaluación de diciembre.

Por su parte, en la figura 22 se observa que alrededor del 35% de los estudiantes manifiestan síntomas de ansiedad y poco más de la cuarta parte refieren síntomas de sintomatología depresiva. Esto se mantiene relativamente estable a lo largo de las evaluaciones, sin embargo se observa una disminución en las prevalencias de ansiedad durante el mes de diciembre, mientras que en el caso de los síntomas depresivos, ésta aumentó.

Sintomatología ansiosa y depresiva en los estudiantes de enfermería

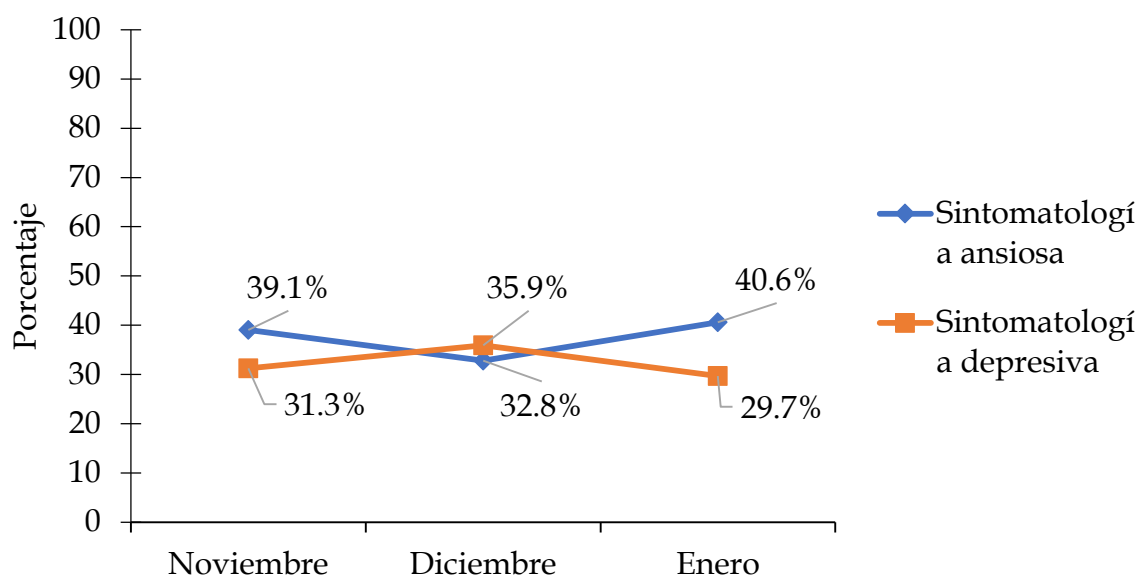


Figura 22. Porcentaje de la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en los estudiantes de enfermería a lo largo de las tres evaluaciones.

Por su parte, la figura 23 muestra la percepción del clima organizacional del personal de enfermería a lo largo de las tres evaluaciones. Se observa que en promedio la mitad del personal refiere

una percepción positiva del clima, mientras que prácticamente la otra mitad refiere una percepción neutra.

En cuanto a las mediciones a lo largo del tiempo, se observa que la proporción del personal que percibe un clima positivo aumenta en un 5% hacia la última evaluación, mientras que la proporción de aquellos que refirieron un clima neutro se mantuvo en las dos primeras evaluaciones y disminuyó en la de enero en un 3%. Aquellos que refieren un clima negativo sólo representan el 2%, el cual disminuye en la segunda evaluación y se mantiene en la última.

Clima organizacional percibido por el personal de enfermería

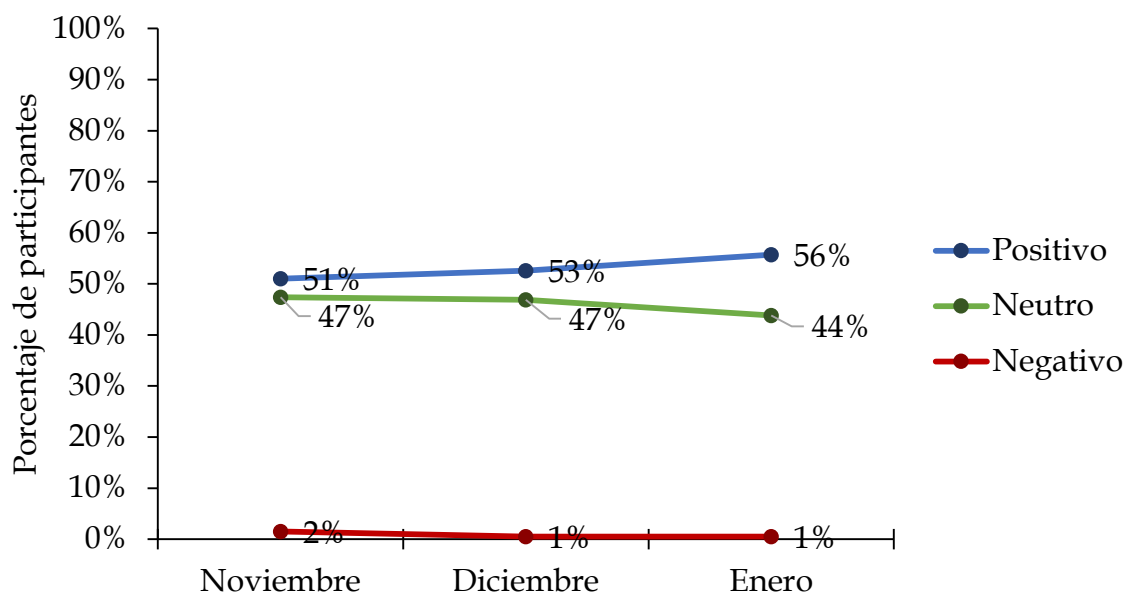


Figura 23. Porcentajes de la percepción sobre el Clima Organizacional del personal de enfermería a lo largo de las tres evaluaciones.

En el caso de los estudiantes de enfermería, la figura 24 muestra que obtuvieron proporciones similares a las del personal, sin embargo estas prácticamente se mantuvieron en el tiempo.

En el caso de la proporción de una percepción positiva del clima, se observa una ligera disminución en la evaluación de diciembre que se

mantiene similar en la siguiente evaluación. Por su parte la proporción de la percepción neutra muestra un ligero aumento también en la medición de diciembre, que regresa al valor inicial en la última evaluación. Mientras que la proporción de la percepción negativa aumenta en la evaluación de diciembre y se mantiene en la de enero.

Clima organizacional percibido por los estudiantes de enfermería

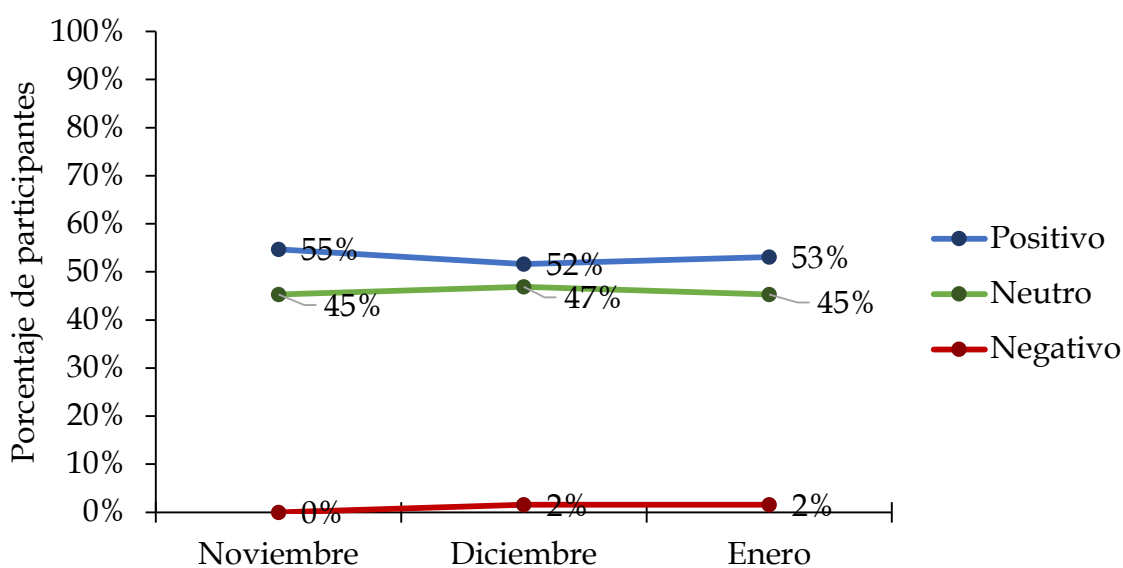


Figura 24. Porcentajes de la percepción sobre el Clima Organizacional de los estudiantes de enfermería a lo largo de las tres evaluaciones.

En cuanto a la percepción de cada elemento que conforma el clima organizacional medido por la Escala Multidimensional de Clima Organizacional, se documentó lo siguiente:

Satisfacción en el personal de enfermería

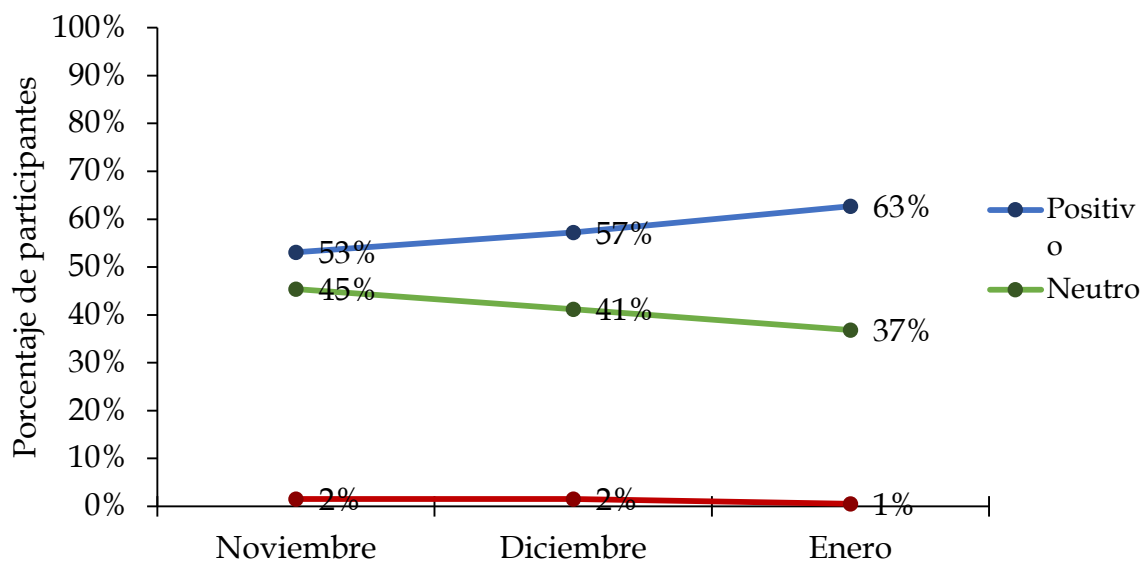


Figura 25. Porcentajes de la percepción de la satisfacción del personal de enfermería a lo largo de las tres evaluaciones.

Satisfacción en los estudiantes de enfermería

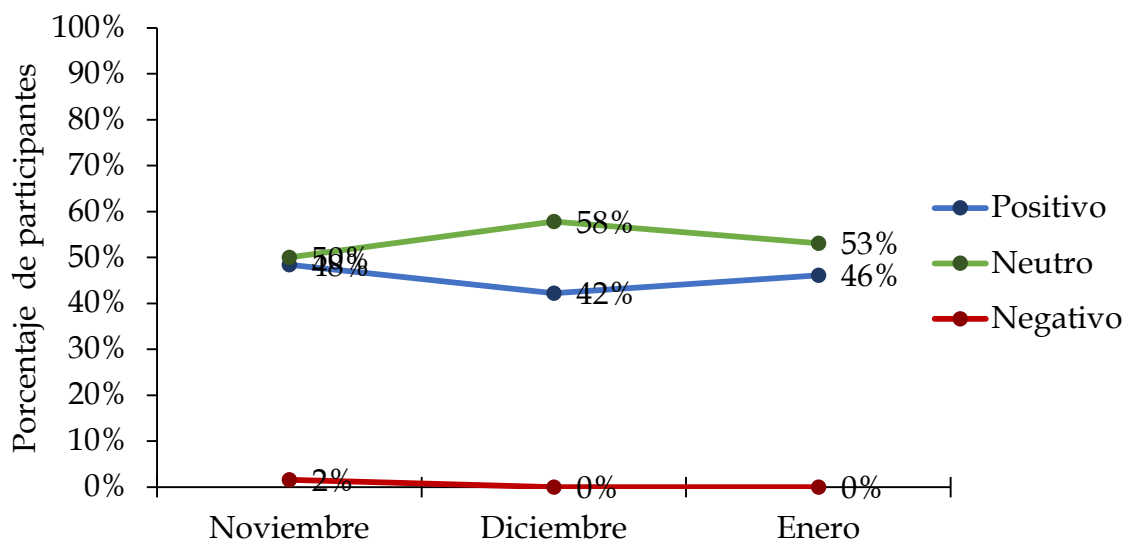


Figura 26. Porcentajes de la percepción de la satisfacción de los estudiantes de enfermería a lo largo de las tres evaluaciones.

En el caso del factor de *Satisfacción* (véase la figura 25), se observa que la mayoría del personal refiere un percepción positiva, misma que aumenta en las siguientes mediciones. Por su parte, prácticamente una mitad refirió una percepción neutra de este factor, y los porcentajes bajan en las mediciones subsecuentes. Finalmente un porcentaje pequeño del personal refiere una percepción negativa de la satisfacción, el cual prácticamente se mantuvo en el tiempo.

En el caso de los estudiantes de enfermería representados en la figura 26, la mayoría refieren una satisfacción laboral positiva, cuyo porcentaje aumenta en la evaluación de diciembre. Por su parte, prácticamente la otra mitad de los estudiantes refieren una percepción neutra de la satisfacción, la cual parece mantenerse en el tiempo relativamente igual. Mientras que sólo un 2% de los estudiantes refirieron una percepción negativa, la cual se presentó sólo en la primera evaluación.

En la figura 27 se observan las proporciones del personal sobre su percepción del elemento de *Autonomía*. Poco más de la mitad del personal refiere una *percepción positiva*, la cual se mantiene relativamente estable a lo largo del tiempo. Por su parte alrededor del 40% del personal refirió una *percepción neutra* de este elemento. Se observa que el porcentaje aumenta en la medición de diciembre para después disminuir casi al mismo valor que el observado en la primera evaluación. Mientras que menos del 5% del personal refirió una *percepción negativa* de la autonomía, la cual se mantuvo estable en las tres mediciones sucesivas.

En el caso de los estudiantes (véase la Figura 28) se observa una distribución similar en los niveles obtenidos por el personal, sin embargo, las tendencias que se observan a lo largo del tiempo se muestran diferentes. En el caso de los porcentajes de la *percepción positiva* se observa un incremento en el tiempo, mientras que en la *percepción*

neutra se observa una disminución. Por su parte, los porcentajes de la *percepción negativa* oscilaron entre el 6% y 5% a lo largo del tiempo.

Autonomía en el personal de enfermería

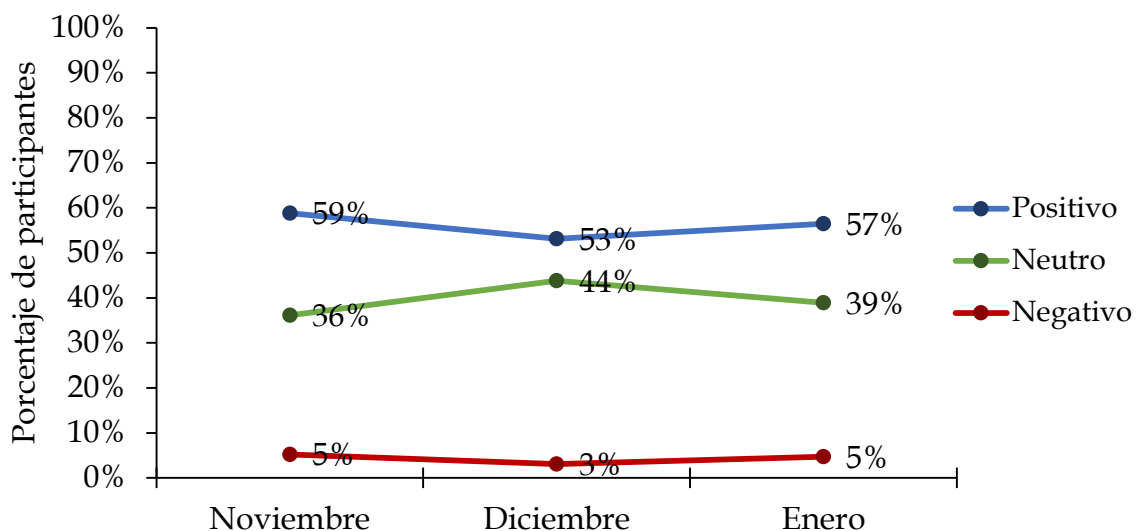


Figura 27. Porcentajes de la percepción de Autonomía del personal de enfermería a lo largo de las tres evaluaciones.

Autonomía en los estudiantes de enfermería

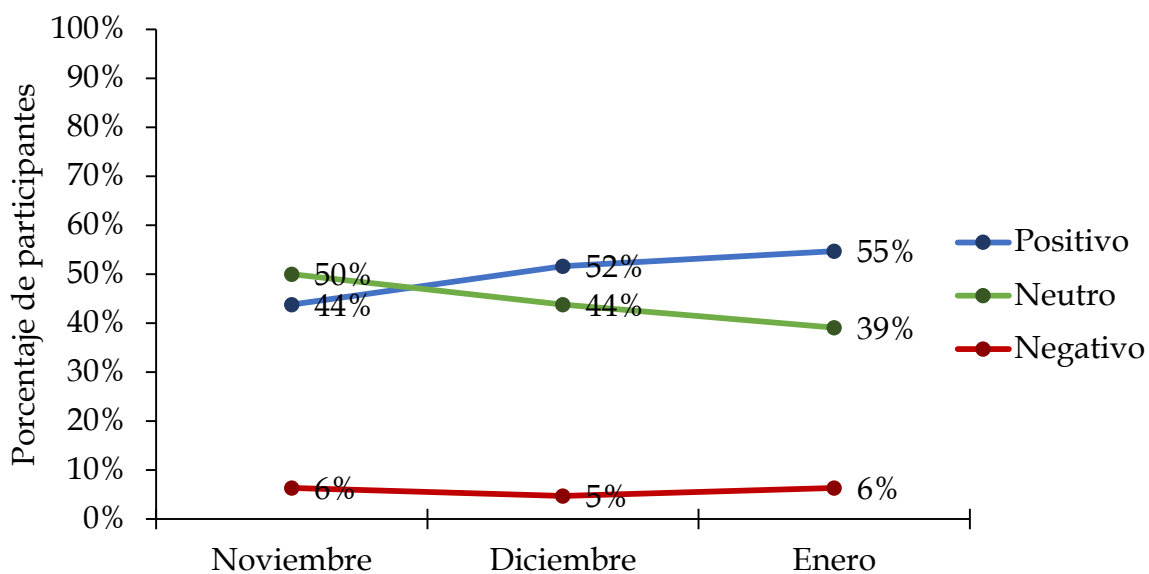


Figura 28. Porcentajes de la percepción sobre el factor de Autonomía de los estudiantes de enfermería a lo largo de las tres evaluaciones.

La figura 29 se muestra la percepción del factor de *Relaciones sociales* en el personal de enfermería. Se observa que la mayoría del personal percibe las relaciones de forma *neutra* y dicha proporción disminuye a lo largo de las evaluaciones. Mientras que la otra mitad del personal refiere una *percepción positiva* que aumenta a lo largo de las evaluaciones. Por su parte, menos del 5% refieren una *percepción negativa* de este factor, la cual se mantiene relativamente constante a lo largo del tiempo.

Relaciones sociales en el personal de enfermería

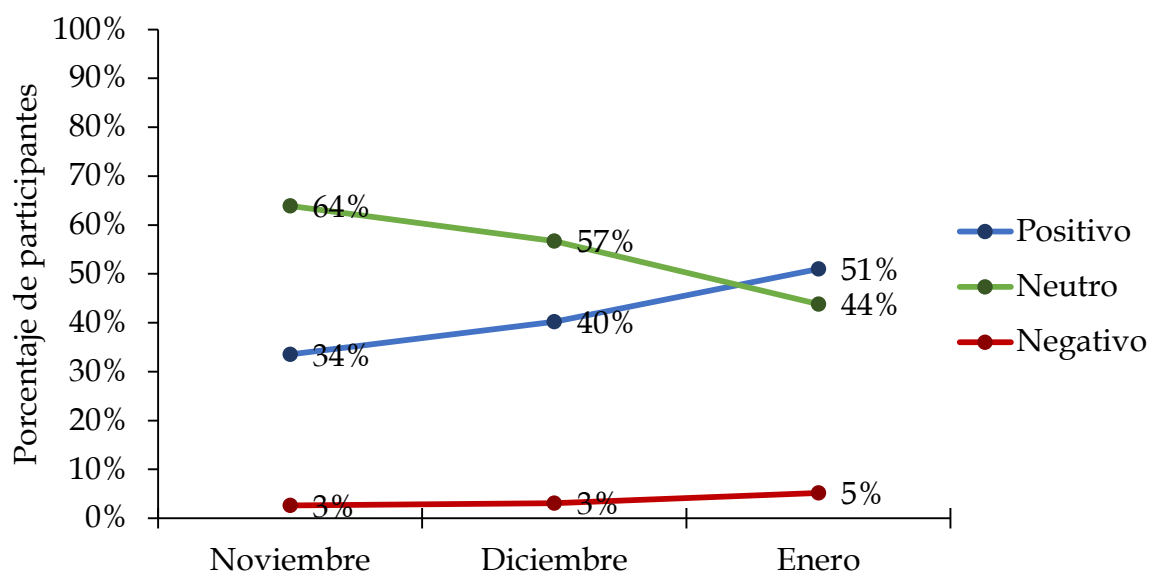


Figura 29. Porcentajes de la percepción de Relaciones sociales del personal de enfermería a lo largo de las tres evaluaciones.

En el caso de los estudiantes (véase la Figura 30) se observa que poco menos de la mitad perciben las relaciones sociales como *positivas*, lo cual se mantiene para la evaluación de diciembre y disminuye 8% en la última evaluación. Mientras que la otra mitad refiere una *percepción neutra*, que aumenta con el paso del tiempo hasta ser la mayoría. Por su

parte solo el 6% refiere una *percepción negativa*, lo cual disminuye hasta llegar a 0% para el final de las evaluaciones.

Relaciones sociales en los estudiantes de enfermería

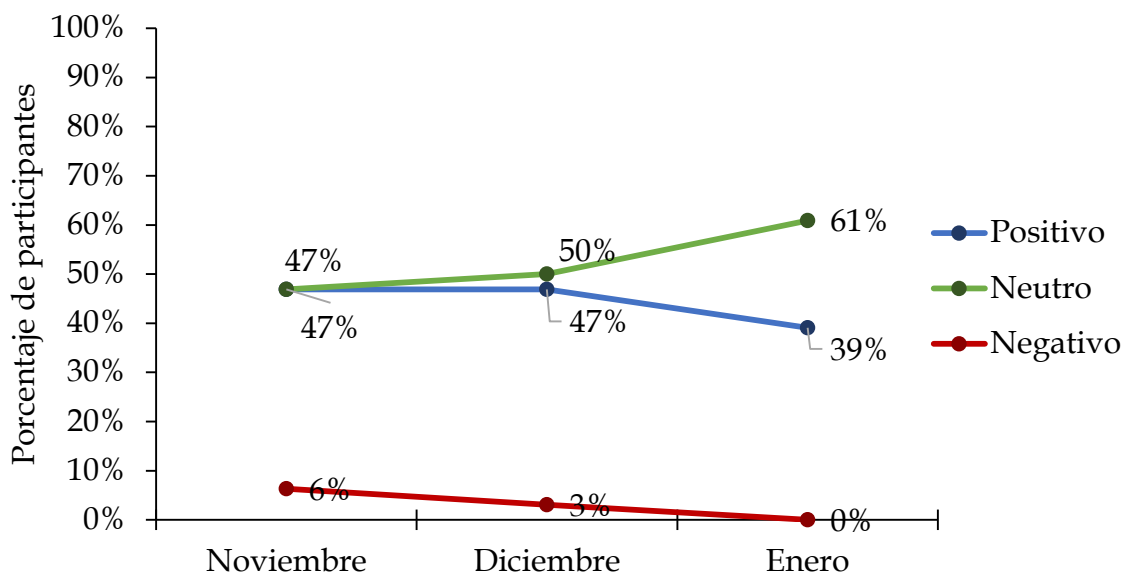


Figura 30. Porcentajes de la percepción de Relaciones sociales de los estudiantes de enfermería a lo largo de las tres evaluaciones.

En la figura 31 se muestra la percepción del personal sobre el factor de *Unión y apoyo*, en la cual se observa que la mayoría del personal refiere una *percepción positiva* y que aumenta a lo largo del tiempo, mientras que poco menos de la mitad refieren una *percepción neutra* y que disminuye hacia la última evaluación. Asimismo, se observa que el 4% refieren una *percepción negativa* de la unión y apoyo, lo que disminuye en las siguientes dos evaluaciones.

En cuanto a los estudiantes, en la gráfica 32 se observa que la mayoría de ellos *percibe de forma neutra* este elemento y este porcentaje disminuye a lo largo del tiempo, así como el porcentaje de aquellos que refirieron una *percepción negativa*. Por su parte, poco menos de la mitad refiere una *percepción positiva*, la cual disminuye en la evaluación de diciembre y aumenta en la última evaluación.

Unión y apoyo percibido: personal de enfermería

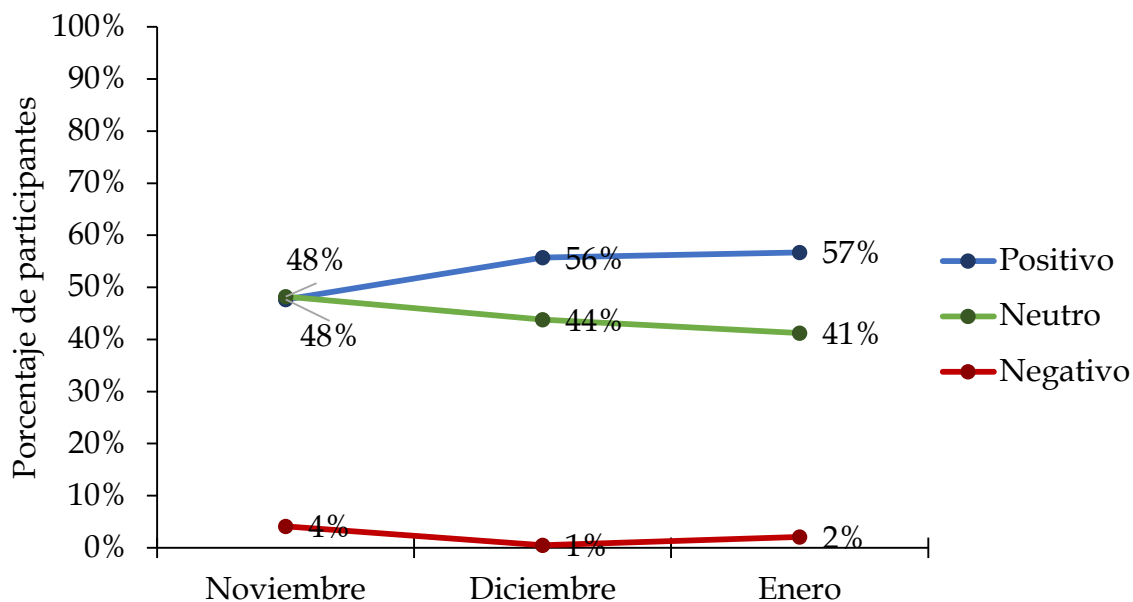


Figura 31. Porcentajes de la percepción de Unión y apoyo del personal de enfermería a lo largo de las tres evaluaciones.

Unión y apoyo percibido: estudiantes de enfermería

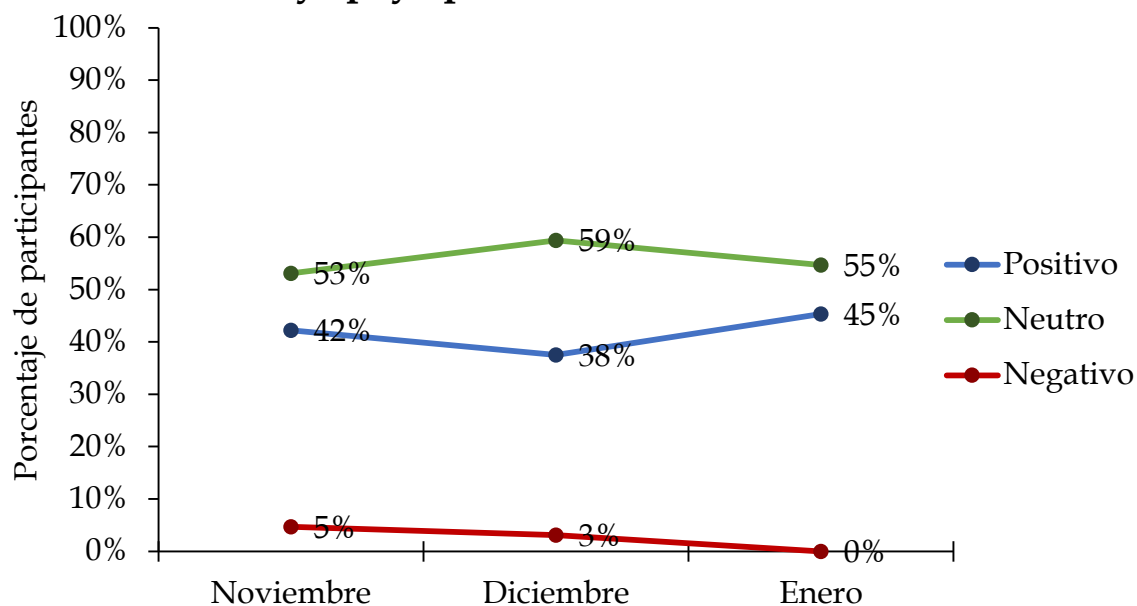


Figura 32. Porcentajes de la percepción de Unión y apoyo de los estudiantes de enfermería a lo largo de las tres evaluaciones.

En cuanto al factor de *Consideración de directivos*, la gráfica 33 muestra la percepción del personal de enfermería, donde la mayoría refiere una *percepción positiva*, que se mantiene a lo largo de las evaluaciones. Poco menos del 40% refiere una *percepción neutra* que igualmente se mantiene prácticamente constante a lo largo del tiempo; mientras que el 6% refiere una *percepción negativa* y que disminuye hacia el final de las evaluaciones.

En el caso de los estudiantes, la Figura 34 muestra que las proporciones siguen una tendencia similar a las del personal adscrito, alrededor del 70% refieren una percepción positiva de este factor que se mantiene constante a lo largo de las evaluaciones.

En cambio, alrededor del 30% refiere una *percepción neutra* que dibuja una ligera tendencia a disminuir en el tiempo; mientras que el menor porcentaje refiere una *percepción negativa*, el cual se mantiene constante en las primeras dos evaluaciones y aumenta 6% en la evaluación de enero.

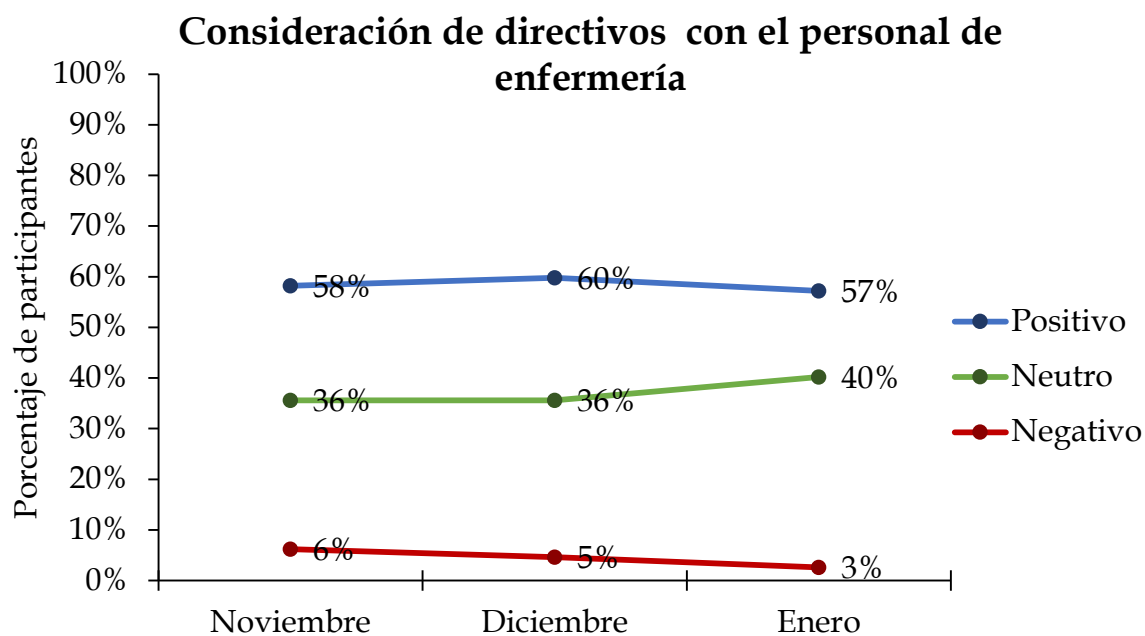


Figura 33. Porcentajes de la percepción de *Consideración de directivos* del personal de enfermería a lo largo de las tres evaluaciones.

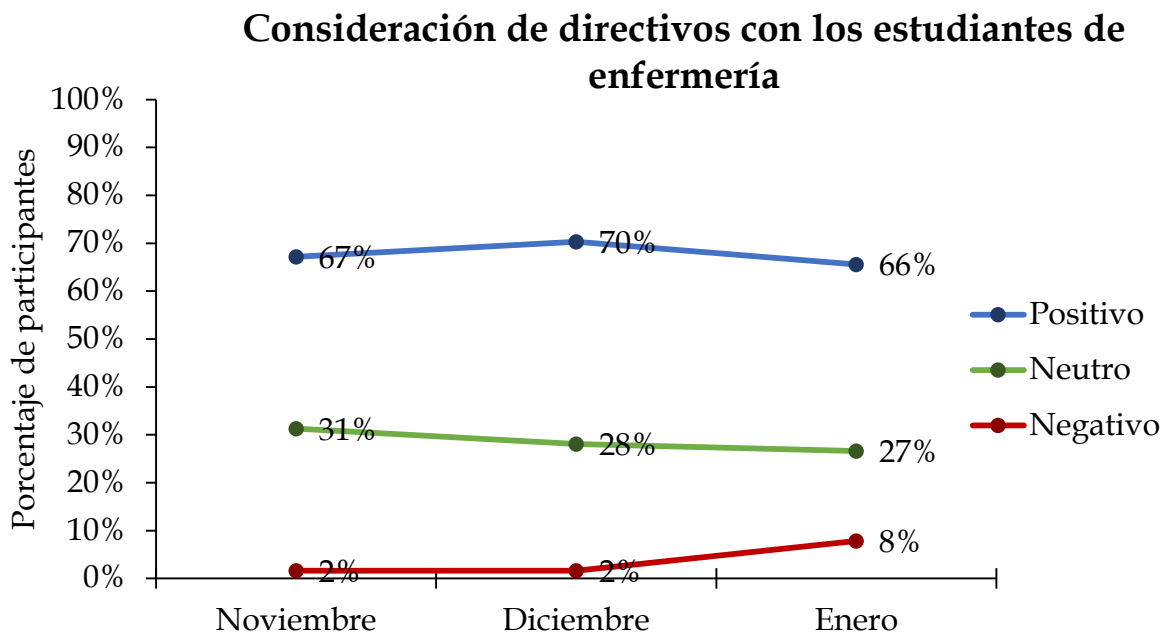


Figura 34. Porcentajes de la percepción de Consideración de directivos de los estudiantes de enfermería a lo largo de las tres evaluaciones.

La Figura 35 muestra las proporciones de la percepción del componente de *Beneficios y recompensas* en el personal de enfermería. Se observa que más de la mitad del personal refiere una percepción neutra la cual se mantiene relativamente constante a lo largo del tiempo, mostrando una disminución en el mes de diciembre (2a medición).

Le siguen las proporciones del personal que percibe *Beneficios y recompensas* de forma *negativa*, la cual también se mantiene relativamente constante a lo largo de las evaluaciones, pero puede notarse un ligero aumento en la evaluación del mes de diciembre.

La menor proporción se encuentra en la *percepción positiva*, la cual implica menos de una cuarta parte de los participantes y que dibuja una tendencia a aumentar siendo el mayor aumento en la evaluación del mes de diciembre.

Beneficios y recompensas para el personal de enfermería

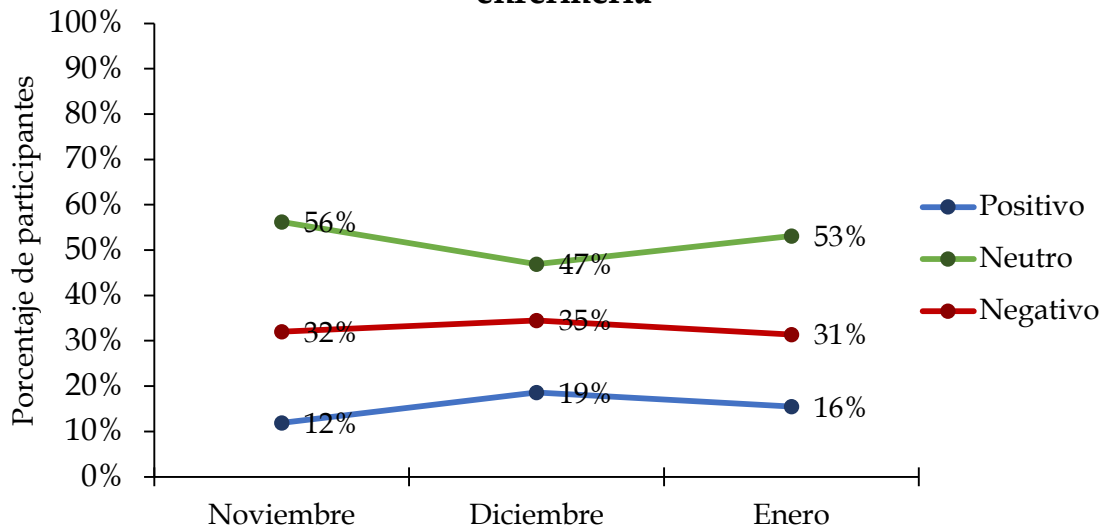


Figura 35. Porcentajes de la percepción de Beneficios y recompensas del personal de enfermería a lo largo de las tres evaluaciones.

Beneficios y recompensas para los estudiantes de enfermería

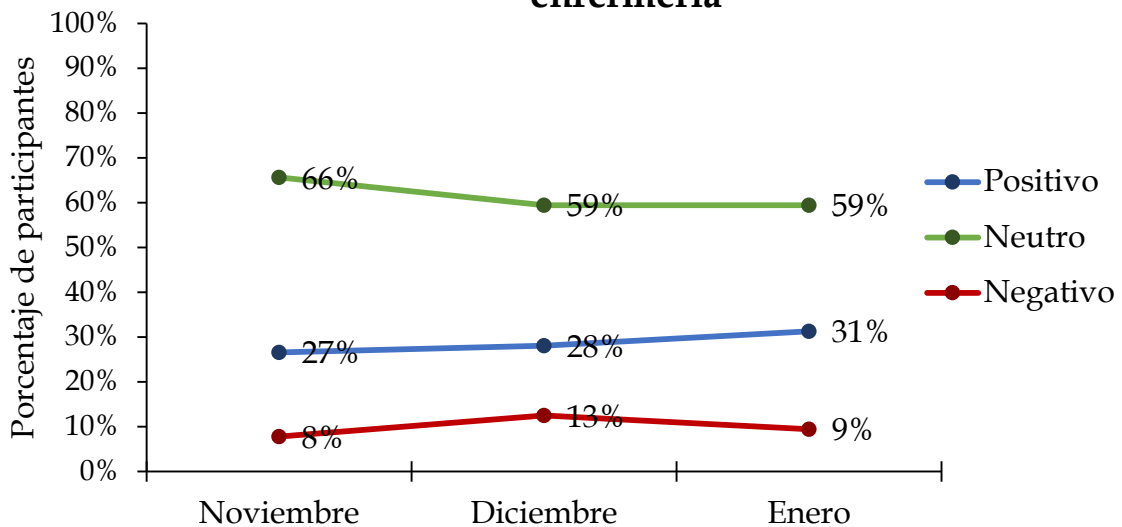


Figura 36. Porcentajes de la percepción de Beneficios y recompensas de los estudiantes de enfermería a lo largo de las tres evaluaciones.

En el caso de los estudiantes, la Figura 36 muestra que alrededor del 60% refieren una *percepción neutra* de beneficios y recompensas la cual disminuye en la segunda evaluación y se mantiene constante hacia el final. Le siguen las proporciones de la *percepción positiva* que contemplan a un cuarto de los participantes y que dibujan una tendencia a aumentar. Mientras que al rededor del 10 % refieren una percepción negativa que muestra un aumento en la medición de diciembre y que regresa a sus valores iniciales en la siguiente evaluación.

Con respecto al factor de *Motivación y esfuerzo*, la gráfica 37 muestra la distribución de los porcentajes en el personal de enfermería, en la cual se observa que la mayoría refieren una *percepción positiva*, que se mantiene constante en las medidas subsecuentes. Tendencias similares se observan en los porcentajes de la *percepción neutra y negativa*.

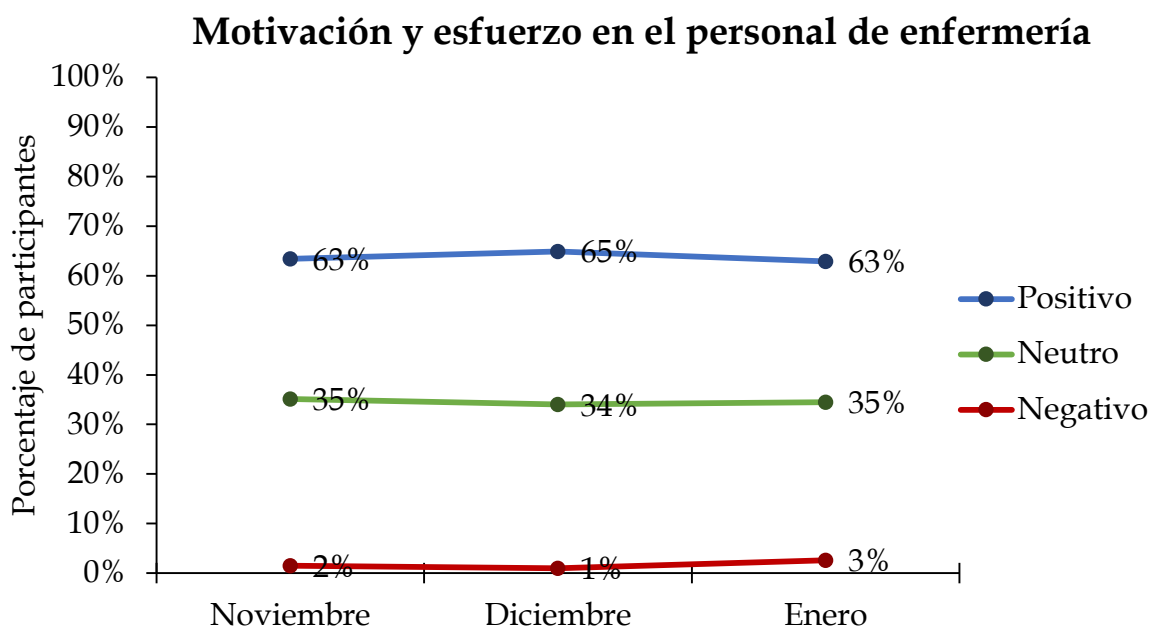


Figura 37. Porcentajes de la percepción de Motivación y esfuerzo del personal de enfermería a lo largo de las tres evaluaciones.

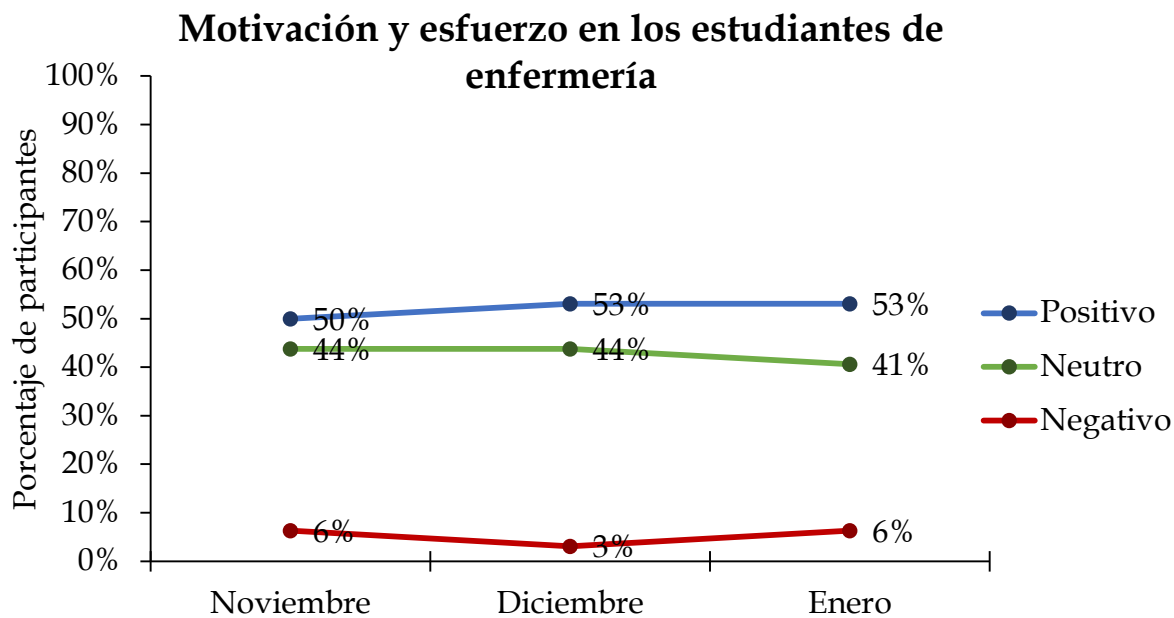


Figura 38. Porcentajes de la percepción de Motivación y esfuerzo de los estudiantes de enfermería a lo largo de las tres evaluaciones.

La gráfica 38 muestra los porcentajes de estudiantes, donde se observa que poco más de la mitad refieren una *percepción positiva* de la motivación y esfuerzo para realizar su trabajo, y poco menos de la mitad refieren una *percepción neutra*; observándose una tendencia a mantenerse en el tiempo en ambos casos, así como en los porcentajes de una percepción negativa; sin embargo, en esta observamos una disminución en la evaluación de diciembre.

Finalmente, con respecto al factor de *Liderazgo*, en la gráfica 39 se observa que poco menos de la mitad del personal de enfermería refiere una *percepción neutra*, la cual se mantiene relativamente constante en el tiempo; mientras que poco menos de la mitad refiere una *percepción positiva*. El menor porcentaje se encuentra en la *percepción negativa*, la cual se mantiene en la segunda evaluación y disminuye a casi la mitad en la evaluación de enero.

Liderazgo percibido por el personal de enfermería

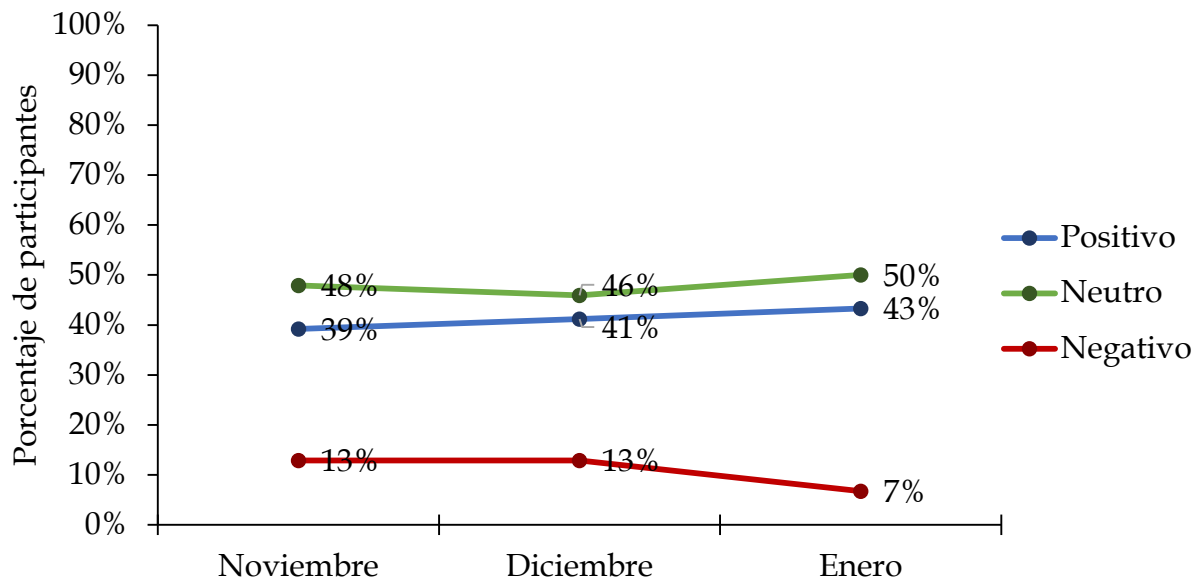


Figura 39. Porcentajes de la percepción de Liderazgo de directivos del personal de enfermería a lo largo de las tres evaluaciones.

Liderazgo percibido por los estudiantes de enfermería

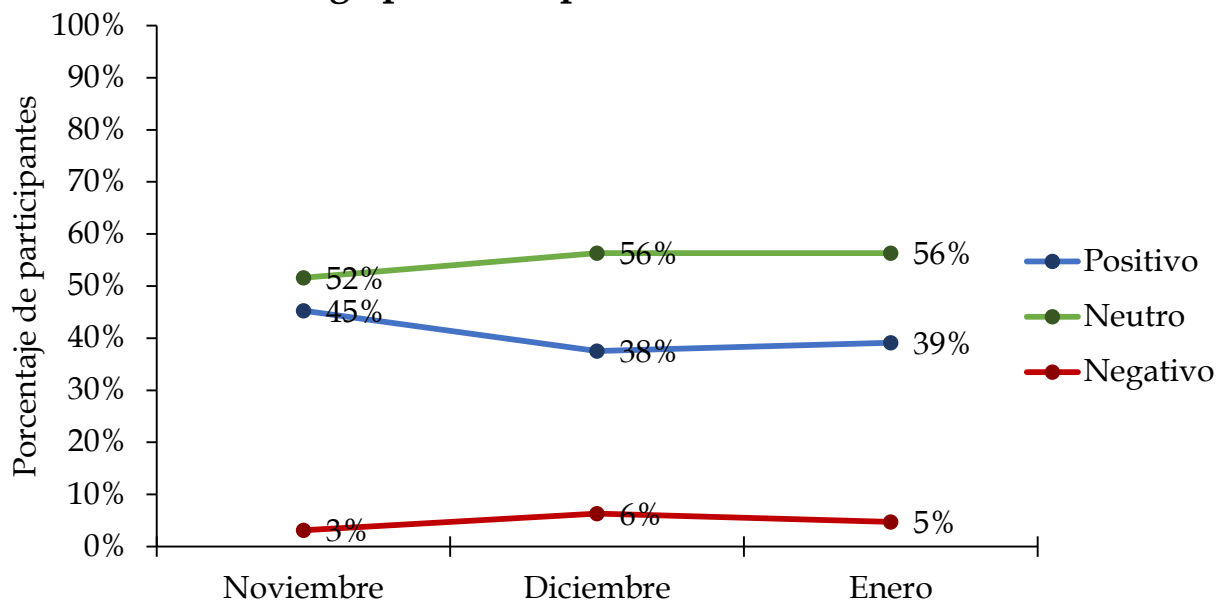


Figura 40. Porcentajes de la percepción de Liderazgo de directivos de los estudiantes de enfermería a lo largo de las tres evaluaciones.

La Figura 40 muestra que poco más de la mayoría de los estudiantes refiere una *percepción neutra* del liderazgo, mientras que menos de la mitad tienen una *percepción positiva*. Asimismo, se observa que mientras la percepción neutra tiene a subir y mantenerse, la percepción positiva tiende a bajar; mientras que el menor porcentaje de los estudiantes perciben el liderazgo como *negativo*, sin embargo este porcentaje aumenta en las evaluaciones de diciembre y enero.

Análisis comparativos en el tiempo

Para explorar si las diferencias observadas en los análisis descriptivos de cada una de las variables a lo largo de las evaluaciones eran significativas en sentido estadístico, se computó un análisis de varianza de Friedman para cada grupo estudiado. Los resultados se muestran en dos tablas, una para el grupo de personal de enfermería y otra para el grupo de estudiantes de enfermería.

En el caso del personal, los resultados arrojaron diferencias estadísticamente significativas en las mediciones de *agotamiento emocional*, *sintomatología ansiosa*, en la percepción general del clima organizacional y los componentes de *Relaciones sociales* y *Unión y apoyo*.

Las mediciones de los estudiantes de enfermería no mostraron diferencias significativas a lo largo de las evaluaciones en ninguna de las variables o sus componentes. Sin embargo, se observan tendencias a aumentar en las variables de *burnout* y sus componentes; así como una tendencia a disminuir en clima organizacional positivo en cuanto a *consideración con directivos*. El resto de las variables mostró aumentos o disminuciones en la medición de diciembre que recuperaron valores similares a los iniciales en la última evaluación.

Tabla 4. Análisis de varianza de Friedman en las mediciones del personal de enfermería sobre burnout, sintomatología ansiosa y depresiva, percepción del clima organizacional y sus elementos a lo largo de las tres evaluaciones. En negritas las estadísticamente significativas.

Variable	Variación ("rango") promedio			X ²	p
	Noviembre	Diciembre	Enero		
Burnout	2.12	1.99	1.89	5.215	.074
Agotamiento emocional	2.25	2.00	1.75	28.019	.000
Despersonalización	2.06	1.94	1.99	1.519	.468
Insatisfacción de logro	1.95	2.05	2.01	1.227	.542
S. Ansiosa	2.28	1.97	1.75	31.979	.000
S. Depresiva	2.13	1.93	1.95	5.569	.062
Clima organizacional	1.86	1.96	2.18	10.925	.004
Satisfacción	1.85	2.04	2.11	8.119	.017
Autonomía	1.95	2.03	2.02	.986	.611
Relaciones sociales	1.77	2.04	2.19	21.613	.000
Unión y apoyo	1.80	2.04	2.15	14.864	.001
Consideración de directivos	2.01	2.00	1.99	.027	.987
Beneficios y recompensas	1.90	2.02	2.08	3.521	.172
Motivación y esfuerzo	1.95	2.01	2.04	1.188	.552
Liderazgo	1.96	1.94	2.11	4.186	.123

Tabla 5. Análisis de varianza de Friedman en las mediciones de los estudiantes de enfermería sobre burnout, sintomatología ansiosa y depresiva, percepción del clima organizacional y sus elementos a lo largo de las tres evaluaciones.

Variable	Rango promedio			X ²	p
	Noviembre	Diciembre	Enero		
Burnout	1.81	2.14	2.05	3.945	.139
Agotamiento emocional	1.95	2.08	1.98	.645	.724
Despersonalización	1.89	1.99	2.12	1.803	.406
Insatisfacción de logro	1.78	2.12	2.10	4.808	.090
S. Ansiosa	2.12	1.87	2.02	2.387	.303
S. Depresiva	2.11	1.93	1.96	1.425	.491
Clima organizacional	1.97	2.08	1.95	.603	.740
Satisfacción	2.03	1.93	2.04	.578	.749
Autonomía	2.00	1.98	2.02	0.94	.954
Relaciones sociales	1.95	2.07	1.98	.673	.714
Unión y apoyo	1.96	1.88	2.16	3.081	.214
Consideración de directivos	2.02	2.13	1.85	2.872	.238
Beneficios y recompensas	2.07	1.91	2.02	.916	.633
Motivación y esfuerzo	1.97	2.03	2.00	.171	.918
Liderazgo	2.00	1.97	2.03	.147	.929

Adicionalmente se computó una prueba de rangos de Wilcoxon para identificar en qué comparaciones estaría la diferencia arrojada por la prueba de Friedman, acompañada de la *corrección de Bonferroni* con el objetivo de disminuir la probabilidad de cometer el error tipo 1 debido a la tasa de error acumulada en comparaciones múltiples (Streiner & Norman, 2011).

La Tabla 6 se observan los resultados de la prueba de Wilcoxon para las variables individuales, existen diferencias significativas entre las tres mediciones de agotamiento emocional, las cuales muestran una disminución en los promedios de puntuación en cada evaluación, siendo más grande la diferencia entre la evaluación de noviembre y enero.

En cuanto a los síntomas de ansiedad se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones de noviembre y diciembre y entre las evaluaciones de noviembre y enero, mostrando una disminución en cada comparación, siendo mayor la diferencia entre la primera y la tercera evaluación.

Tabla 6. Prueba de rangos de Wilcoxon en las mediciones del personal de enfermería sobre las variables individuales donde se encontraron diferencias significativas en la prueba de Friedman.

Comparaciones	Media		Z	p
	Medición 1	Medición 2		
Agotamiento emocional Noviembre-Diciembre	26.14	24.80	-3.091	.005
Agotamiento emocional Diciembre-Enero	24.80	23.47	-3.541	.001
Agotamiento emocional Noviembre-Enero	26.14	23.47	-5.538	.000
Sintomatología Ansiosa Noviembre-Diciembre	5.82	5.19	-3.042	.007
Sintomatología Ansiosa Diciembre-Enero	5.19	4.91	-1.863	.187
Sintomatología Ansiosa Noviembre-Enero	5.82	4.91	-5.021	.000

Tabla 7. Prueba de rangos de Wilcoxon en las mediciones del personal de enfermería sobre las puntuaciones obtenidas en las variables organizacionales donde se encontraron diferencias significativas en la prueba de Friedman.

Comparaciones	Media		Z	p
	Medición 1	Medición 2		
Clima organizacional Noviembre-Diciembre	105.30	106.65	-1.454	.437
Clima organizacional Diciembre-Enero	106.65	107.75	-1.808	.211
Clima organizacional Noviembre-Enero	105.30	107.75	-3.076	.006
Satisfacción Noviembre-Diciembre	15.60	15.82	-1.735	.248
Satisfacción Diciembre-Enero	15.82	16.01	-.832	1.216
Satisfacción Noviembre-Enero	15.60	16.01	-1.982	.048
Relaciones sociales Noviembre-Diciembre	10.61	10.95	-3.076	.006
Relaciones sociales Diciembre-Enero	10.95	11.15	-1.561	.355
Relaciones sociales Noviembre-Enero	10.61	11.15	-3.765	.000
Unión y apoyo Noviembre-Diciembre	15.09	15.43	-2.177	.088
Unión y apoyo Diciembre-Enero	15.43	15.74	-1.528	.379
Unión y apoyo Noviembre-Enero	15.09	15.74	-3.881	.000

La Tabla 7 muestra los resultados de la prueba de Wilcoxon en las variables organizacionales. Sobre la percepción de clima organizacional sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la

primera y la última evaluación, siendo mayor el promedio de la evaluación de enero.

En cuanto al factor de satisfacción se documentó una diferencia estadísticamente significativa entre la evaluación de noviembre y la de enero, siendo mayor el promedio de la última. En el factor de relaciones sociales se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación de noviembre y diciembre, y entre la de noviembre y enero, siendo mayores los promedios de diciembre y enero.

Finalmente, en el factor de unión y apoyo se observan diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones de noviembre y enero, mostrando un aumento en el promedio.

Discusión

El objetivo de la presente investigación fue explorar la posible asociación de la sintomatología ansiosa, depresiva y la percepción del clima organizacional con el desarrollo de burnout a lo largo del tiempo en el personal y estudiantes de enfermería de todos los turnos y servicios de un hospital general, público de la Ciudad de México.

Los resultados sobre la relación entre el síndrome de burnout y la presencia de sintomatología ansiosa indicaron la existencia de correlaciones modestas, positivas y estadísticamente significativas a lo largo de las tres evaluaciones; es decir, a mayor nivel de burnout percibido, mayores las manifestaciones de ansiedad.

Estos hallazgos coinciden con lo documentado en estudios mexicanos (Landa et al., 2017) y extranjeros (Koutsimani, Montgomery & Georganta, 2019; Turnipseed, 1998) en cuanto al tipo de asociación que se encuentra entre estas dos variables, a la vez que el presente estudio contribuye con información adicional sobre su consistencia a lo largo del tiempo.

En cuanto a la asociación entre el burnout y la sintomatología depresiva, los resultados mostraron una asociación modesta, positiva y estadísticamente significativa, lo que implica que con mayores niveles de burnout hay mayores manifestaciones de sintomatología depresiva.

La significancia y dirección de las correlaciones son similares a las encontradas en la literatura de investigación nacional e internacional en investigaciones transversales, mayores que las encontradas con ansiedad, aunque ligeramente menores en magnitud en comparación con las documentadas en otros estudios (Koutsimani, 2019; Landa et al., 2017).

Es probable que esta diferencia esté dada por los instrumentos empleados para evaluar burnout, pues se ha visto que el *Maslach Burnout Inventory* (el instrumento más usado en la literatura de investigación) suele arrojar correlaciones más altas con alteraciones emocionales (Koutsimani, 2019).

La correlación entre burnout y sintomatología ansiosa mostró un aumento en cuanto a magnitud en la evaluación de diciembre del personal, no así la de los estudiantes. Aunque no hay investigaciones que indaguen de forma longitudinal estas asociaciones, varios autores han propuesto que las diferencias pueden deberse a las condiciones diferentes entre el personal adscrito como la antigüedad, el tipo de servicio e incluso el sexo (De la Fuente-Solana et al., 2019; Gómez-Urquiza et al., 2016; Gómez-Urquiza, et al., 2017c; López-López, 2019; Monsalve-Reyes et al., 2018; Pradas-Hernández et al., 2018; Ramirez-Baena et al., 2019)

Es posible que la diferencia de tareas, responsabilidades e incluso objetivos para funcionar en un hospital entre el personal y los estudiantes sean variables moderadoras que afecten la relación del burnout con alteraciones emocionales (Labrague et al., 2017; Suárez-García et al., 2018).

Por otro lado, las correlaciones de la sintomatología depresiva no muestran diferencias notorias en cuanto a sus magnitudes a lo largo de las tres evaluaciones en ninguno de los grupos; sin embargo, los cambios más notorios ocurren en las evaluaciones de diciembre, similar a las diferencias en las asociaciones entre burnout y sintomatología ansiosa.

Es posible que exista un efecto de variables moderadoras que se presenta también de manera diferencial a lo largo del tiempo y las cuales se piensa pueden estar asociadas con factores organizacionales (Duan-Porter et al., 2018). En el periodo de evaluación, el personal adscrito comenzó sus periodos vacacionales de forma escalonada, lo cual pudo tener un efecto en la distribución del trabajo y por consiguiente en la

carga y sobrecarga de éste, así como en las interacciones profesionales entre el personal y los estudiantes.

En efecto se ha señalado el papel moderador de variables como el control percibido, el apoyo social laboral, el apoyo de supervisores, la autonomía, la supervisión y la claridad en el trabajo en la relación entre el burnout y alteraciones emocionales como la ansiedad (Turnipseed, 1998).

Por su parte, la correlación entre burnout y percepción del clima organizacional coincide con lo señalado en varios estudios extranjeros (Bronkhorst et al., 2015) y nacionales (Landa et al., 2015) donde se ha visto que una percepción negativa del clima organizacional se asocia con la presencia de burnout, probablemente debido al efecto del propio clima como fuente de estrés (Bronkhorst et al., 2015).

Por otro lado, las asociaciones observadas en el grupo del personal adscrito son mayores en magnitud en comparación con las encontradas en el grupo de estudiantes, y al analizar las asociaciones de cada elemento del clima con los niveles de burnout, estas diferencias se hacen más notorias.

En el caso del personal, se observaron asociaciones significativas y en el mismo sentido con todos los elementos del clima evaluados, donde los elementos con asociaciones más fuertes y consistentes en el tiempo fueron las percepciones de *satisfacción y unión y apoyo*.

Datos similares se han documentado en la literatura de investigación internacional, donde se resalta el papel de la percepción de unión y apoyo como un elemento principal en el desarrollo de burnout (Bronkhorst et al., 2015).

Se ha visto que la satisfacción en el trabajo derivada del reconocimiento del desempeño y del cumplimiento de metas, así como la calidad de las relaciones interpersonales dentro del equipo de trabajo y el compañerismo, son elementos que benefician de manera notoria la

salud mental de los trabajadores (Lamy et al., 2013) y por ende interfiere con el desarrollo de estrés laboral (Friganović, Selić, Ilić & Sedic, 2019; Bronkhorst et al., 2015), mientras que un bajo control en el trabajo, altas demandas y bajo apoyo social dentro del lugar de trabajo se asocia con niveles altos de agotamiento emocional (Aronsson et al., 2017)

Resalta el caso de los elementos de *motivación y esfuerzo* y *liderazgo* percibidos por el personal y estudiantes de enfermería que también se correlacionaron con magnitudes modestas, pero sólo en las primeras dos evaluaciones.

Se ha propuesto que, si bien el liderazgo es un elemento frecuentemente estudiado en asociación con resultados en salud mental, no siempre demuestra correlaciones significativas (Bronkhorst et al., 2015). Esto podría deberse a los componentes que se contemplan cuando se evalúa el liderazgo, ya que se suele tomar en cuenta tanto sus características como aspectos sobre el apoyo que puede brindar el líder a sus subalternos (Bronkhorst et al., 2015).

Es probable que el apoyo de los colaboradores cercanos sea más significativo por su inmediatez y fácil acceso, en comparación con el apoyo que puede brindar el supervisor (Jenkins & Elliot, 2004), afectando la asociación del factor de liderazgo con resultados en salud mental. De hecho, se ha documentado que el personal de enfermería suele buscar apoyo de su equipo con más frecuencia que la de su supervisor (Dallender, Nolan, Soares, Thomsen & Arnetz, 1999).

Esto implicaría que a pesar de la importancia de componentes como el liderazgo, otros elementos del clima pueden resultar también relevantes para una población específica, lo que señalaría la oportunidad de dirigir las intervenciones a estos individuos para generar mayores beneficios, e incluso ser opciones en caso de que no sea posible modificar algunos elementos del clima mismo.

Por su parte en el grupo de estudiantes, si bien se observan asociaciones significativas con todos los elementos del clima evaluados, éstas variaron a lo largo del tiempo en los elementos de *autonomía, relaciones sociales, consideración con directivos, motivación y esfuerzo y liderazgo*; lo que nuevamente podría señalar la presencia de variables moderadoras que se muestran de forma diferencial a lo largo del tiempo y que probablemente se relacione con aspectos estructurales del trabajo (ej. distribución de la carga de trabajo) (Duan-Porter et al., 2018).

Por otro lado, ningunas de las asociaciones con el elemento de *beneficios y recompensas* fueron significativas. Una posible explicación podría ser que al ser estudiantes, no tienen acceso a los beneficios y recompensas laborales como lo son los incrementos de salarios, vacaciones, incentivos, bonos y demás premios; por lo que este elemento no resultaría una fuente de estrés específica para esta población, o al menos no de la forma en que se evaluó.

Sin embargo, a pesar de la ausencia de significancia estadística en las asociaciones, es necesario puntualizar que para efectos de interacción y obstáculos al funcionamiento adecuado de los estudiantes, en general todos los elementos evaluados sobre el clima organizacional se señalaron como relevantes en diversas reuniones con los directivos del hospital y con el propio personal.

Finalmente, los elementos más importantes en este grupo fueron la *satisfacción, la unión y apoyo* y las *relaciones sociales*, similar a lo observado en la literatura de investigación internacional (Bronkhorst et al., 2015). En efecto se ha descrito que los estudiantes están expuestos constantemente al error y a la preocupación por dañar debido a su etapa de entrenamiento, lo que logra impactar su satisfacción profesional en general; promover la satisfacción como profesionista probablemente ayude a afrontar de forma positiva dicho proceso (Dyrbye et al., 2014).

Asimismo, tener apoyo por parte de los compañeros y del personal del servicio puede funcionar como amortiguador de las fuentes de estrés

asociadas a las características de su rotación como personal en formación, funcionando como una fuente de ayuda que facilite un afrontamiento funcional y desarrollo de resiliencia. (Velasco, et al. 2015).

Las diferencias entre estos grupos no se habían documentado hasta el momento, pero coincide con la información disponible sobre las mayores prevalencias de burnout en el personal adscrito y su aumento en los estudiantes cuando ingresan al ámbito laboral (Rudman & Gistavsson, 2011).

Es posible que en los estudiantes, el clima laboral tenga implicaciones relativamente diferentes debido a sus condiciones más de índole académica dentro del hospital. Las fuentes de estrés asociadas con tareas predominantemente académicas podrían representar un papel igual de importante que las fuentes de estrés propias de la organización (Arribas-Marín, 2013).

Sin embargo, el hecho de que en los estudiantes resalten elementos del clima organizacional similares a los del personal adscrito señala la relevancia de la satisfacción y la unión y apoyo sobre el desarrollo de síntomas de estrés crónico y burnout en el ámbito de la enfermería hospitalaria a cualquier nivel o con cualquier responsabilidad.

Estos elementos podrían subsanar las principales fuentes de estrés en el estudiante como el desconocimiento, impotencia e incertidumbre ante una determinada situación clínica y el riesgo de dañar al paciente (López y López, 2011; Moya et al., 2013) al generar ambientes de colaboración, apoyo y retroalimentación positiva para el personal en formación.

Las diferencias observadas a lo largo del tiempo, aunque relativamente pequeñas, dan cuenta de la susceptibilidad de estas variables a cambiar en el tiempo, probablemente dado por el cambio en la percepción en cuanto a algunos de los elementos que conforman el

clima organizacional como consecuencia de cambios en la organización (Arnetz y Blomkvist, 2007; Eriksen, Tambs & Knardahl, 2006).

Según numerosos expertos en clima organizacional, al implicar éste la percepción de las condiciones laborales vistas por el individuo, los cambios contextuales tienen el potencial de impactar directamente dicha percepción y por consiguiente su relación con el desarrollo de burnout (Patlán-Pérez y Flores-Herrera, 2013).

Niveles de burnout y diferencias en el tiempo

En cuanto a los niveles de burnout, en promedio cuatro de cada 10 miembros del personal de enfermería presentan niveles altos, con peligro de presentar burnout, con predominio de agotamiento emocional.

Estas prevalencias coinciden con las señaladas en estudios mexicanos (Juárez-García, Idrovo, Camácho-Ávila y Placencia-Reyes, 2014) y en instituciones del mismo nivel de atención que las del presente estudio (Cabrera-Gutiérrez, 2015); así como similar a lo reportado en diferentes revisiones sistemáticas de la literatura de investigación internacional (De la Fuente-Solana et al., 2019; Gómez-Urquiza et al., 2016; Gómez-Urquiza, et al., 2017c; López-López, 2019; Monsalve-Reyes et al., 2018; Pradas-Hernández et al., 2018; Ramirez-Baena et al., 2019).

Con respecto a los factores que componen el burnout, las prevalencias documentadas en el presente estudio también son similares a lo encontrado en otras investigaciones hechas en México (Aldrete-Rodríguez et al., 2015; Landa et al., 2017), donde el factor predominante es el agotamiento emocional, seguido del de despersonalización y finalmente la insatisfacción de logro.

Esto implica que un número importante del personal de enfermería presenta altos niveles de estrés laboral y ha desarrollado

conductas poco adaptativas para afrontarlo, lo que muy probablemente derivará en consecuencias negativas en el cuidado los pacientes, para la institución y para el propio personal.

Por su parte, en los estudiantes se documentó que en promedio seis de cada 10 refieren niveles altos de burnout, predominando también el agotamiento emocional; sin embargo, la proporción de estudiantes con agotamiento emocional y con insatisfacción de logro es el doble que para el personal adscrito.

Las prevalencias encontradas en los estudiantes también son mayores a las descritas en investigaciones extranjeras (Ayaz-Alkaya, Yaman-Sözbir and Bayrak-Kahraman, 2018). Asimismo, son mayores que lo documentado a nivel nacional con estudiantes que se encuentran realizando su servicio social (Flores-Grimaldo y Padilla-Loredo, 2015) y casi el doble que las observadas en estudiantes de los semestres avanzados de la carrera (Narváez-Estrada y Barrientos-Durán, 2015).

Esto coincide con las investigaciones que sugieren un aumento del síndrome cuando los estudiantes entran al campo laboral, alcanzando las prevalencias en el personal adscrito (Rudman & Gustavsson, 2011); sin embargo, en el caso de los estudiantes evaluados en el presente estudio, las prevalencias superaron a lo reportado por el personal.

Esto podría deberse a la combinación de factores estresantes de la organización con factores estresantes individuales propios de los estudiantes del área de la salud (como la carga académica, síntomas de alteraciones emocionales, dificultades en el desarrollo de la práctica clínica por ser principiantes, antecedentes familiares de poco apoyo o reconocimiento, etc.) que les dificulta ajustarse al ambiente del entrenamiento intrahospitalario y que aunado a la poca autonomía que suele tener un practicante, hace más probable el desarrollo de desgaste y bajo sentido de logro personal (Dyrbye et al., 2014).

Otra posible explicación podrá tener que ver con el acoso laboral dentro de las profesiones de salud. Todo parece indicar que es común la presencia de conductas negativas en el área de trabajo dentro de la profesión de la enfermería (ej. acoso, ataques profesionales o personales, abuso de poder, imposición de sanciones injustas, etc.) y que suele ser comúnmente dirigida al personal recién graduado (Hawkins, Jeong, & Smith, 2019).

Asimismo, se ha visto que este tipo de conductas es más común en servicios quirúrgicos, de cuidados intensivos y de medicina interna (Hawkins et al., 2019; Molero Jurado et al., 2016), servicios donde suelen rotar los estudiantes de posgrado incluidos en el presente estudio.

En cuanto a las diferencias observadas entre las mediciones, los resultados mostraron que los niveles altos de burnout parecen mantenerse a lo largo del tiempo tanto en el personal adscrito como en los estudiantes, similar a lo observado por Rudman y Gustavsson (2018).

A pesar de no encontrar un efecto muy notorio con el paso del tiempo en los niveles de burnout, en el personal adscrito se identificaron diferencias estadísticamente significativas en las mediciones del componente de agotamiento emocional, el cual mostró una tendencia a disminuir, contrario a lo observado en el factor de despersonalización e insatisfacción de logro, donde en el personal adscrito éstos se sostienen en el tiempo. Por su parte en los estudiantes se observa que los tres factores se mantienen relativamente estables entre las mediciones.

Estos resultados coinciden con lo documentado por Rudman y Gustavsson (2018) quienes encuentran ocho trayectorias de cambio en evaluaciones longitudinales de burnout pero sin cambios significativos en las puntuaciones grupales del síndrome. Estos autores sugieren que las diferencias en el tiempo pueden estar mediadas tanto por variables individuales (ej. alteraciones emocionales) como por aspectos contextuales, generando así variaciones intra-individuos.

En efecto, se ha visto que los cambios en las mediciones de burnout se asocian de manera importante con cambios ocurridos en alteraciones emocionales como la sintomatología depresiva y con cambios en la percepción del clima laboral (Fong et al., 2016).

Es posible que, al ser el agotamiento emocional el componente inicial del burnout (Gill-Monte, 2006), alteraciones en variables contextuales e individuales modifique en el corto plazo sólo a este componente, mientras que la despersonalización y la insatisfacción de logro que surgen cuando ya está presente el agotamiento, no son susceptibles de modificación en el corto plazo, lo que resalta la necesidad de cambios sostenidos para mejorar los niveles de burnout.

Esto nuevamente señala que a pesar de no encontrarse diferencias significativas en sentido estadístico, la variable resulta relevante en cuanto a las alteraciones e impacto que puede generar en el desempeño del personal y los estudiantes de enfermería, y que este impacto puede variar entre los individuos y a lo largo del tiempo.

Alteraciones emocionales y cambios temporales

En cuanto a las afectaciones emocionales, se observó que en promedio dos de cada 10 miembros del personal presentan síntomas de ansiedad y/o sintomatología depresiva. Esto coincide con lo documentado en algunos estudios mexicanos sobre sintomatología depresiva (Lerma-Martínez, Rosales-Arellanos y Gallegos-Alvarado, 2009), pero es menor a lo reportado en cuanto a ansiedad (Flores-Villavicencio et al., 2010; Lerma-Martínez et al., 2009).

Esto puede deberse al instrumento de evaluación empleado como se había sugerido anteriormente (Koutsimani, 2019) o al hecho de que se incluyeron participantes de distintos servicios, la cual es una variable que se ha visto influye en la presencia de alteraciones psicológicas (De la Fuente-Solana et al., 2019; Gómez-Urquiza et al., 2016; Gómez-

Urquiza, et al., 2017c). Es probable que si se examinan los servicios por separado, se encuentren coincidencias con otros resultados.

Al analizar los cambios en el tiempo sobre la presencia de la sintomatología ansiosa y depresiva en el personal adscrito, se identificó que esta última fue relativamente estable, mientras que la sintomatología ansiosa mostró diferencias significativas entre las mediciones siendo más notorias entre las evaluaciones de noviembre y diciembre y las de noviembre y enero.

Esto podría estar asociado con el periodo vacacional a final de año que tiene el personal adscrito, lo que implica que no sólo los síntomas de burnout se reducen por alteraciones en aspectos contextuales del trabajo. En la literatura de investigación se ha documentado que trabajar en largas jornadas laborales se asocia con alteraciones en salud mental (Prieto-Miranda et al., 2015), por lo que es de esperarse que los niveles de alteraciones emocionales y burnout disminuyan en periodos vacacionales.

Por su parte, en los estudiantes se documentó que en promedio entre tres y cuatro de los 64 estudiantes evaluados, presentan síntomas de ansiedad y/o sintomatología depresiva; similar a lo encontrado en la literatura de investigación internacional sobre sintomatología depresiva (Galaz-Sánchez et al., 2006; Olmedo-Buenrostro et al., 2016), pero mayor a lo reportado con respecto a los síntomas de ansiedad (Brandi-Rivas, 2019; Tejada-Rangel, 2016).

Esto podría deberse a las características de los estudiantes participantes, ya que mientras realizan el servicio social o estudian un posgrado, deben cubrir horas clínicas además de las clases obligatorias, condiciones que podrían incrementar la presencia de sintomatología ansiosa asociada al desempeño académico (Castillo Pimienta et al., 2016)

En efecto, se suelen encontrar mayores afectaciones emocionales en los estudiantes del área de la salud que en otras y se ha sugerido que

es debido a que estas carreras suelen ser altamente demandantes e implicar la necesidad de adquirir una gran cantidad de conocimientos complejos en poco tiempo (Ahola et al., 2014; Castillo Pimienta et al., 2016; Silva et al., 2017)

Estas características pueden sumarse a las afectaciones emocionales referidas por la labor clínica, como la preocupación por hacer daño al ser novato (Suarez-Garcia et al., 2018) o la referida por el ambiente laboral y la presencia de acoso (Hawkins et al., 2019; Molero Jurado et al., 2016).

En el presente estudio no se investigó la variable de acoso, sin embargo, las prevalencias en burnout y afectaciones emocionales sugieren la necesidad de incorporar esta variable a las evaluaciones siempre que se trabaje con estudiantes o practicantes de cualquier gremio.

Asimismo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones longitudinales de ansiedad y las de sintomatología depresiva, sin embargo, se observa un aumento de sintomatología ansiosa y una disminución de la sintomatología depresiva en la evaluación intermedia (de diciembre), lo cual podría también estar asociado con los cambios dentro del hospital que incluyeron el periodo vacacional del personal con mayor antigüedad, cambios de personal y rotación a otros servicios, así como los cierres de periodo en sus respectivas clases.

Esto resalta la importancia de monitorear los síntomas de las principales alteraciones emocionales dentro de los profesionales de la salud a lo largo del tiempo, siendo los estudiantes un grupo vulnerable.

Percepción del clima organizacional y diferencias en el tiempo

Finalmente, con respecto a la percepción del clima organizacional y sus elementos, la mitad del personal y los estudiantes refieren percibir un clima positivo, mientras que practicante la otra mitad lo percibe de forma neutra. Esto coincide con algunos estudios mexicanos (Juárez-Aduata, 2012; Rojas-Russell, et al., 2011; Vidal, 2015) y extranjeros (Roch, Dubois & Clarke, 2014; Van Bogaert, 2013; von Treuer, et al., 2014), donde se ha encontrado esa tendencia hacia la valoración positiva.

Por su parte, los elementos peor valorados difirieron entre el personal y los estudiantes. Para el personal adscrito los elementos peor valorados fueron los de *beneficios y recompensas, liderazgo y relaciones sociales*; mientras que para los estudiantes calificaron peor los elementos de *beneficios y recompensas, consideración de directivos y liderazgo*, mientras que los elementos de *satisfacción y unión y apoyo* representaron una oportunidad de mejoría.

Estos resultados son similares a los documentados en otro estudio mexicano (Vidal, 2015) y en una revisión sistemática internacional (Bronkhorst et al., 2015), donde también se encontraron afectaciones en cuanto al liderazgo y reconocimiento, relaciones con el equipo y satisfacción laboral.

Se ha visto que la satisfacción laboral también está asociada con la antigüedad (Ortega, 2018), lo que podría explicar las diferencias percibidas por el personal adscrito y por los estudiantes. Los estudiantes de las áreas de la salud al estar más expuestos a cometer errores por su escasa experiencia, serían susceptibles de desarrollar bajo sentido de logro personal (Dyrbye et al., 2014), mientras que el personal, con mayor antigüedad, va accediendo a mayores ventajas o privilegios laborales como prestaciones, periodos vacacionales más extensos y reconocimiento dentro del hospital, lo que podría mejorar sus condiciones dentro del trabajo y por ende su satisfacción (Ortega, 2018).

Por su parte, las afectaciones en beneficios y recompensas, consideración por parte de directivos, liderazgo, relaciones sociales, unión y apoyo; podrían estar asociadas con las características propias de los hospitales como organización que tiende a ser rígida (Carrieri, et al., 2018; Gallagher & Gormley, 2009; Starc, 2018) y tener un estilo autoritario en cuanto la toma de decisiones, empleando las recompensas y los castigos como principales motivadores, y toma de decisiones escalonadas por jerarquía. Estudios han documentado que estas condiciones suelen impactar negativamente la percepción que se tiene de la organización (Aldana-González et al., 2009) y que tiene consecuencias en resultados de salud mental para el personal (Bronkhorst et al., 2015).

Las investigaciones en el campo de la salud mental en los centros de trabajo han insistido en notar estas afectaciones y su relación con las características de las organizaciones (Pino & Rossini, 2012), resaltando los cambios estructurales dentro de las mismas como necesarios para generar beneficios perdurables para los trabajadores (Aldana-González et al., 2009; Bronkhorst et al., 2015). Sin estos cambios, los efectos de las intervenciones sobre problemas que suelen ser graves y prevalentes como el síndrome de burnout generan tan sólo algunos éxitos modestos (Nowrouzi et al., 2015; Panagioti et al., 2017)

Finalmente, está la diferencia estadísticamente significativa en la percepción de un clima organizacional positivo por parte del personal adscrito a lo largo del tiempo, que aumentó significativamente entre noviembre y enero; mientras que en los estudiantes disminuyó, aunque con una diferencia no significativa en sentido estadístico.

Como se ha descrito, el periodo de evaluación coincidió con periodos vacacionales del personal, por lo que posibles cambios en la dinámica de trabajo pudieron afectar la percepción del clima de forma positiva en los adscritos.

En el caso del personal adscrito, la satisfacción, las relaciones interpersonales, la unión y apoyo mejoran hacia el final de las evaluaciones de forma significativa. La percepción del liderazgo también mostró una pequeña mejoría aunque no significativa en sentido estadístico; mientras que el resto de los componentes percibidos del clima se mantienen prácticamente iguales.

Algunos de los cambios podrían atribuirse a rotación de personal entre servicios y redistribución de las cargas de trabajo, lo que pudo modificar la interacción dentro de los equipos de trabajo y por consiguiente la percepción de sus miembros del ambiente laboral, principalmente en el logro de metas, interacción social, compañerismo y trato de los jefes, como han señalado algunos estudios (Arnetz & Blomkvist, 2007; Bronkhorst, 2015).

Otra posible explicación es que los cambios ocurridos en este periodo pudieron alterar la presencia de alguna de las principales fuentes de estrés en el personal como lo son los conflictos en el trabajo (principalmente con superiores y compañeros), percepción de bajo reconocimiento profesional, necesidad de actualización en conocimientos y el cuidado del paciente como ha sugerido Hernández (2003).

Sin embargo, estas hipótesis requieren corroborarse con datos empíricos, ya que hasta el momento no se han identificado estudios que identifiquen los efectos de las fuentes de estrés en la salud laboral del personal de enfermería a lo largo del tiempo.

En el caso de los estudiantes, los elementos de autonomía y relaciones sociales mejoran hacia el final de las evaluaciones, mientras que la consideración por parte de directivos y el liderazgo empeoran.

Estos resultados apoyan la hipótesis de que los estudiantes en ámbitos hospitalarios resultan más afectados o valoran con más atención

otros aspectos del clima organizacional que el personal adscrito y están expuestos a dinámicas diferentes por su condición de estudiantes.

Así, los cambios en la percepción de la autonomía y relaciones sociales puede estar asociada con el personal que tomó su periodo vacacional, ya que en esas fechas se retira primero el personal de mayor antigüedad. En la literatura de investigación internacional se ha mostrado que una fuente de estrés importante para los estudiantes de enfermería es la interacción hostil con el personal más experimentado (Labrague et al., 2017), al no estar presente ese estresor, la percepción de factores como la autonomía y las relaciones sociales pudo mejorar.

Conclusiones

Existe una prevalencia importante de burnout y afectaciones emocionales en el personal de enfermería evaluado en el presente estudio, así como una percepción del clima organizacional tendiente a lo positivo sólo en lo general, sin embargo resalta una percepción negativa de los beneficios y recompensas, así como del liderazgo, la interacción entre el personal y la satisfacción laboral y por tanto estas constituyen un áreas de oportunidad.

Los cambios observados de las mediciones en el factor de agotamiento emocional, la sintomatología ansiosa y la percepción del clima organizacional permite notar la variabilidad que existe en estas variables y la probable influencia conjunta de variables individuales y organizacionales en el desarrollo de burnout, lo que da cuenta de la necesidad de intervenciones bien diseñadas y con base en evidencia, dirigidas a las variables relevantes.

Si bien, las mejoras en el agotamiento emocional y la sintomatología ansiosa coinciden con una mejora de la percepción del clima organizacional y de algunos de sus elementos, sería conveniente replicar las asociaciones en diferentes momentos del año laboral para

identificar factores que pudieron contribuir en mayor medida en este fenómeno.

Sin embargo, los presentes hallazgos llaman la atención hacia el potencial que tienen las intervenciones dirigidas al mejoramiento de variables organizacionales e individuales en conjunto. Es muy probable que los síntomas de burnout y sus múltiples efectos mejoren si dichas intervenciones contemplan por un lado los elementos relevantes para el personal y los estudiantes, y por otro la necesidad del mantenimiento de los cambios a largo plazo.

En la literatura internacional ya se ha reportado que implementar intervenciones de este tipo resulta benéfico en términos de costo-beneficio, ya que las intervenciones psicológicas pueden ser un medio efectivo y de bajo costo para mejorar tanto los niveles de estrés y burnout como de las alteraciones emocionales en el personal de enfermería dentro de la propia dinámica laboral de los hospitales, además de ser bien recibido por el personal. (Montanari, Bowe, Chesak & Cutshall, 2018).

Es decir, no solo estas intervenciones tiene el potencial para mejorar la salud del personal en el corto y largo plazo, sino que también resultan métodos efectivos para disminuir los gastos ocasionados por la rotación del personal, la baja productividad, indemnizaciones de ausencias por enfermedad y errores médicos.

Sugerencias para estudios posteriores

Dado el momento del año en el que se realizaron las evaluaciones, los cambios ocurridos a final de año pudieron modificar los resultados, por lo que se sugiere replicar el estudio en distintos momentos del año, de tal manera que se puedan identificar aquellos factores propios de la dinámica del hospital y su efecto en las variables de interés (Fong et al., 2016); así como aumentar el número de mediciones, de tal manera que

la línea base sea más estable y las comparaciones intra-sujeto adquiera mayor validez (Kazdin, 2011).

También se requeriría replicar el estudio en otros hospitales para asegurar la generalidad de los resultados, contemplando que las condiciones de cada hospital pueden variar en función de su nivel de especialidad, tipo de servicios, estructura e incluso área geográfica (Gómez-Urquiza et al., 2016; Gómez-Urquiza, et al., 2017c; Medeiros-Costa et al., 2017; Polanco et al., 2013).

El presente estudio empleó instrumentos de autoinforme a partir de su valor práctico y viabilidad de las evaluaciones; sin embargo, tipo de herramientas son sumamente vulnerables al efecto de la deseabilidad social, por lo que se sugiere incorporar mediciones con mayor confiabilidad que añadan solidez metodológica a los resultados obtenidos, como mediciones de observación conductual directa o biomarcadores como los empleados para evaluar la activación del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal (Gómez, Montero, Demarzo, Pereira y Gacía, 2013).

El caso de la variable de clima organizacional es de destacarse, ya que el instrumento empleado recaba la percepción que se tiene sobre aspectos organizacionales. Si bien se ha visto que es una buena medida para estimar la percepción del clima organizacional (Bronkhorst et al., 2015), ésta podría estar sesgada por factores como temor a represalias laborales o académicas e incluso por niveles altos de burnout con sus afectaciones emocionales, por lo que el empleo de métodos de observación directa proveerán de datos más certeros.

Las asociaciones observadas en el presente trabajo indican un probable efecto tanto de variables individuales como organizacionales sobre el burnout, sin embargo los análisis empleados no permiten comprobar con absoluta certeza dicha propuesta. Se sugiere emplear análisis más específicos para determinar dicho efecto (Fong et al., 2016) y explorar el análisis del efecto de variables sociodemográficas, pues

pueden influir en las interacciones entre las variables estudiadas (Duan-Porter et al., 2018).

Asimismo, se ha recomendado complementar las investigaciones que analicen los cambios en estas variables con análisis orientados a los cambios intra-individuos, como los de trayectorias de cambio. Éstos permiten detectar la heterogeneidad de la experiencia del burnout incluyendo variables individuales críticas (Mäkikangasa & Kinnunen, 2016), lo que mejorará la comprensión del dinamismo de estas variables con vistas al diseño de intervenciones.

Finalmente, el presente estudio sólo contempló variables individuales consideradas factores de riesgo, lo que podría limitar posibles explicaciones de los resultados. Se sugiere para futuras investigaciones incluir las variables consideradas en la literatura de investigación como factores protectores ante el burnout, tales como la resiliencia (Deldar, Froutan, Dalvand, Gheshlagh, Mazloum, 2018), la empatía y compasión (Salvarani et al., 2019) y diversas habilidades de regulación emocional (Molero-Jurado, Pérez-Fuentes, Gázquez-Linares, Simón-Márquez & Martos-Martínez, 2018) y quizá incluso algunas "características de personalidad" (Castañeda-De la Fuente et al., 2015) entre otros.

Análisis de la evaluación y una propuesta inicial de intervención

Los resultados de este trabajo coinciden, en lo general, con lo documentado en la literatura de investigación científica sobre la interacción de variables individuales y organizacionales en el desarrollo de burnout en personal de salud.

Múltiples investigaciones han identificado el efecto de las estrategias de intervención dirigidas a una y otra, principalmente en el equipo de medicina, donde se ha visto que existe un efecto diferencial dependiendo el tipo de profesional en el que se intervenga (ej. Personal

adscrito, personal en formación, etc.). Aún no se puede asegurar si intervenciones dirigidas a variables individuales o intervenciones dirigidas a la organización sean más efectivas (Kalani et al., 2018). Se ha reiterado la necesidad de contemplar ambos tipos de intervención, de tal modo que se generen efectos considerables y duraderos (Panagioti et al., 2017). En el caso específico del personal de enfermería también se observa una necesidad similar (de Oliveira, de Alcantara, Vieir & do Nascimento, 2019; Fernández-García et al., 2012; Nowrouzi et al., 2015).

En efecto, los resultados de la presente investigación muestran problemas psicológicos e interpersonales en el personal y en los estudiantes de enfermería, relacionados con manejo del estrés y burnout (principalmente agotamiento emocional), sintomatología ansiosa y depresiva, una percepción negativa del liderazgo y pocos beneficios y recompensas, lo cual reitera el peso crítico de los elementos de la satisfacción laboral, unión y apoyo dentro del equipo.

Estos datos indican que la intervención dirigida a variables individuales requiere incluir *módulos de manejo del estrés* para el afrontamiento de los aspectos de la profesión que generan agotamiento emocional y desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas que sustituyan aquellas asociadas con el componente de despersonalización e insatisfacción de logro. Aunado a esto requiere contemplarse un *módulo de estrategias de regulación emocional* que incluyan las principales afectaciones como lo son la ansiedad y la sintomatología depresiva.

La literatura de investigación incluye intervenciones basadas en atención plena como la *Reducción del Estrés Basada en Atención Plena* y *Atención Plena Compasiva* como eficaces para trabajar ambas áreas en el personal de enfermería, implementados como talleres grupales (Orellana-Rios et al., 2018; van der Riet, Levett-Jones & Aquino-Russell, 2018).

Se considera que una intervención de este tipo puede ser de beneficio debido a que éstas buscan modificar la experiencia subjetiva

que se tiene de ella. Las técnicas cognitivo-conductuales de tercera generación se conocieron inicialmente como: análisis de conducta clínica, por enfatizar su carácter conductual asentado en el análisis funcional y el conductismo radical (específicamente en la conducta verbal). Más adelante se identificaron como una ciencia contextual funcional, es decir, que surgen de la psicología del comportamiento, pero se expanden y se basan en las suposiciones contextuales sobre la centralidad de la acción de interés (Hayes, 2004).

De manera específica las terapias basadas en atención plena se consideran una práctica o proceso de investigación activa, que involucra dimensiones cognitivas, actitudinales, emocionales, sociales y éticas. En éstas se busca dirigir la atención deliberadamente de forma no analítica, sin dejar de lado una actitud libre de juicio, con paciencia, tolerancia y bondad. Por lo general involucran los siguientes procesos (Pérez y Botella, 2006; Vásquez-Dextre, 2016):

1. Centrarse en el momento presente, en lugar de estar pendiente del pasado (rumiaciones) o del futuro (expectativas, temores y deseos),
2. Apertura a la experiencia (“cómo si fuera la primera vez”),
3. Aceptación y no juicio,
4. Dejar pasar los eventos mentales,
5. Contempla la intención de la acción, comprende valores éticos y que las acciones sean de beneficio y ayude a las personas a terminar con la insatisfacción.

Estas intervenciones incluyen la práctica de diversas técnicas de meditación y atención plena-compasiva para desarrollar habilidades de afrontamiento no evitativo, regulación emocional y compasión (actitud y conducta real orientada a ayudar a liberarse de la insatisfacción) en todos los ámbitos de su experiencia, lo cual incluye el trato con pacientes y colaboradores (van der Riet, Levett-Jones & Aquino-Russell, 2018). Su

objetivo incluye generar estados de bienestar asociados con una percepción de satisfacción en la vida que puede impactar la percepción de logro profesional (Nowrouzi et al., 2015).

Finalmente, resulta evidente la necesidad de generar sistemas de atención psicológica especializada para tratamiento y seguimiento de los casos agravados que no cedan con estrategias educativas, ya sea por comorbilidad con otras patologías o en los casos agudos por la intensidad y consecuencia de los síntomas, si se busca garantizar una atención de calidad y oportuna.

Se han descrito algunos proyectos institucionales orientados a la evaluación e intervención en personal de salud, generalmente enfocados al personal médico (Mayo Clinic, 2019). De igual forma, en la institución evaluada en el presente estudio, si bien se cuenta con un servicio psicológico dirigido a los estudiantes de pregrado y posgrado de medicina, aún se requiere su evaluación sistemática en dos sentidos: que haya una mejoría relevante y que dicha mejoría dure y no se extinga poco tiempo después de la intervención; así, se subrayaría la utilidad y viabilidad de este tipo de programas.

En cuanto a intervenciones en aspectos organizacionales, se han descrito efectos benéficos de la modificación de horarios laborales, redistribución de cargas de trabajo y tareas externas al trabajo clínico, espacios para la promoción de conductas de autocuidado y entrenamiento en habilidades profesionales como liderazgo, colaboración y trabajo en equipo (Kalani et al., 2018; Panagioti et al., 2017).

A partir del examen de los componentes del clima organizacional con mayores afectaciones en el personal aquí evaluado, se proponen entrenamientos grupales dirigidos a mejorar y potenciar las habilidades profesionales asociadas con la interacción social en el ámbito laboral mediante *entrenamientos en liderazgo, comunicación, resolución de conflictos y trabajo en equipo*.

Estas intervenciones requieren dirigirse a desarrollar estilos de liderazgo de autoridades, jefes y encargados de servicio que promuevan la autoeficacia, apoyo y motivación tanto en el personal como en los estudiantes (Boamah et al., 2018; Bobbio, Bellan & Manganelli, 2012). También hace falta mejorar estilos de comunicación efectiva, asertiva y compasiva, toma de decisiones transparentes y colaborativas dentro de los equipos de trabajo y habilidades de supervisión a los estudiantes orientada a proveer de retroalimentación descriptiva y respetuosa de su desempeño (Mitchell & Flin, 2008; Ting, Peng, Lin & Hsiao, 2017; Panagioti et al., 2017).

Asimismo, se puede modificar la dinámica de trabajo dentro de los servicios como la redistribución de cargas de trabajo y cambios en algunos horarios (Carvalho et al., 2019; de Oliveira et al., 2019), intervenciones estructurales más empleadas en el equipo de medicina que ha mostrado buenos resultados en la reducción de síntomas de burnout (Panagioti et al., 2017; Olson, et al., 2019).

Otras intervenciones efectivas son las reuniones de conversación para mejorar el trabajo en equipo (West et al., 2014) donde además se resuelvan conflictos, se llega a acuerdos y se reconoce el trabajo de los miembros del servicio. Esto ha mejorado la percepción de unión y apoyo, las relaciones dentro del equipo de trabajo y la satisfacción laboral; factores importantes para el personal y los estudiantes de enfermería.

Aunado a esto, es necesario resaltar el papel del sistema de salud y la cultura organizacional del mismo, que puede promover y reforzar factores psicosociales de riesgo para el desarrollo de psicopatología (Olson, et al., 2019). Múltiples autores han señalado la importancia de cambios estructurales a nivel general del sistema de salud, ya que los cambios localizados derivados de las intervenciones resultan momentáneos y difíciles de mantener en el tiempo (Awa, Plaumann & Walter, 2010).

Otras intervenciones para prevenir el desarrollo de burnout se dirigen al profesional de salud en formación (Awa et al., 2010), donde se han implementado intervenciones educativas sobre la salud mental y el autocuidado (Olson, et al., 2019; Walsh et al., 2019).

También se ha mostrado la eficacia de talleres psicoeducativos e intervenciones breves en diversas variables de salud mental y habilidades profesionales en personal en formación (Bird, Martinchek & Pincavage, 2017; Riess, Kelley, Bailey, Dunn, & Phillips, 2012; Saravo, Netzel & Kiesewetter, 2017; Shahid, Stirling, & Adams, 2018). Estas intervenciones resultan útiles como parte de la formación clínica e incluso son pertinentes dentro de los planes de estudio escolar en la carrera de enfermería y otras carreras del área de la salud.

Incorporar al currículo de formación en enfermería habilidades de manejo del estrés, regulación emocional y la generación de relaciones profesionales sanas dentro del gremio y apoyo social serían estrategias de promoción y prevención en salud mental.

Referencias

- Aldana-González, O. L., Hernández-González, M. del S., Aguirre-Bautista, D. E., & Hernández-Solórzano, S. (2009). Clima organizacional en una unidad de segundo nivel de atención. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 17(2), 91-96. Recuperado el 19 de octubre de 2019 de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=24969>
- Aldrete-Rodríguez, M., G., Navarro-Meza, C., González-Baltazar, R., Contreras-Estrada, M., I., y Pérez-Aldrete, J. (2015). Psychosocial factors and burnout syndrome in nurses of a unit of tertiary health care. *Ciencia & trabajo*, 17(52), 32-36. doi: 10.4067/S0718-24492015000100007
- American Psychiatric Association [APA]. (2013) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 5ta ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ardekani, Z., Z., Kakooei, H., Ayattollahi, S., M., Choobineh, A., Seraji, G., N. (2008) Prevalence of mental disorders among shift work hospital nurses in Shiraz, Iran. *Pakistan Journal of Biological Sciences: PJBS*. 11(12), 1605-1609.
- Arnetz, B., & Blomkvist, V. (2007). Leadership, mental health, and organizational efficacy in health care organizations: Psychosocial predictors of healthy organizational development based on prospective data from four different organizations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 242-248. doi: 10.1159/000101503
- Aronsson, G., Theorell, T., Grape, T., Hammarström, A., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., ... Hall, C. (2017). A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC public health*, 17(1), 264. doi:10.1186/s12889-017-4153-7
- Arora, M., Asha, S., Chinnappa, J. & Diwan, A., D (2013). Review article: burnout in emergency medicine physicians. *Emergency Medicine Australasia: EMA*, 25(6), 491-495. doi: 10.1111/1742-6723.121335
- Arribas-Marín, J., M. (2013). Hacia un modelo causal de las dimensiones del estrés académico en estudiantes de Enfermería. *Revista de Educación*, 360, 533-556. doi: 10.4438/1988-592X-RE-2011-360-126
- Aton, M., López, J., J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059.

Recuperado el 30 de julio de 2019 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16728244043>

- Ayaz-Alkaya, S., Yaman-Sözbir, S. & Bayrak-Kahraman, B. (2018). The effect of nursing internship program on burnout and professional commitment. *Nurse Education Today*, 68: 19–22. doi: 10.1016/j.nedt.2018.05.020.
- Awa, W., L., Plaumann, M. & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 184-190. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.04.008>
- Azam, K., Khan, A. & Alam, M., T. (2017). Causes and adverse impact of physician burnout: A systematic review. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 27(7), 1-9. doi:
- Blackwelder, R., Watson, H., K. & Freedy, J., R. (2016). Physician Wellness Across the Professional Spectrum. *Clinics in office practice*, 43(2), 355-61. doi: 10.1016/j.pop.2016.01.004.
- Boamah, S. A., Spence Laschinger, H. K., Wong, C., & Clarke, S. (2018). Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Nursing Outlook*, 66(2), 180–189. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.10.004>
- Bobbio, A., Bellan, M., & Manganelli, A. M. (2012). Empowering leadership, perceived organizational support, trust, and job burnout for nurses. *Health Care Management Review*, 37(1), 77–87. doi:10.1097/hmr.0b013e31822242b2
- Bocanegra Rivera JC. Sobrecarga laboral en los profesionales de la salud y su relación con la seguridad del paciente. *Revista Médico Legal*, 8(1), 6-13. Recuperado el 19 de abril de 2019 de <http://www.medicolegal.com.co/articulo/subtema/898>
- Bodenheimer, T., & Sinsky C. (2014). From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *Annals of family medicine*, 12(6), 573-576. doi: 10.1370/afm.1713
- Brandi-Rivas, J. (2019). Prevalencia de ansiedad en estudiantes de enfermería de una Universidad privada de la ciudad de Coatzacoalcos Veracruz (Tesis de licenciatura). Universidad de Sotavento A. C. Facultad de Enfermería, México
- Bronkhorst, B., Tummers, L., Steijn, B., Vijverberg, D. (2015). Organizational climate and employee mental health outcomes: A systematic review of studies in

- health care organizations. *Health Care Management Review*, 40(3), 254-271. doi: 10.1097 / HMR.0000000000000026.
- Buchbinder, S., B., Wilson. M., Melick, C., F. & Powe, N., R. (2001). Primary care physician job satisfaction and turnover. *The American Journal of Managed Care*, 7, 701-713
- Carrieri, D., Briscoe, S., Jackson, M., Mattick, K., Papoutsis, C., Pearson, M. & Wong, G. (2018). 'Care Under Pressure': a realist review of interventions to tackle doctors' mental ill-health and its impacts on the clinical workforce and patient care. *BMJ Open*, 8, e021273. doi:10.1136/bmjopen-2017-021273
- Cañadas-De la Fuente, G., A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G., R., De la Fuente, E., I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 240-249. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Ortega, E., Ramirez-Baena, L., De la Fuente-Solana, E. I., Vargas, C., & Gómez-Urquiza, J. L. (2018). Gender, Marital Status, and Children as Risk Factors for Burnout in Nurses: A Meta-Analytic Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), 2102. doi:10.3390/ijerph15102102
- Cañadas-De la Fuente, G. A., San Luis, C., Lozano, L., M., Vargas, C., García, I., De la Fuente, E., I. (2014). Evidencia de validéz factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(1), 44-52. doi: 10.1016/S0120-0534(14)70005-6
- Carvalho, D. P. de, Rocha, L. P., Pinho, E. C. de, Tomaschewski-Barlem, J. G., Barlem, E. L. D., & Goulart, L. S. (2019). Workloads and burnout of nursing workers. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 72(6), 1435-1441. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0659>
- Castillo-Pimienta, C., Chacón-de la Cruz, T. y Díaz-Véliz, G. (2016). Ansiedad y fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud. *Investigación en Educación Médica*, 5(20), 230-237. Recuperado el 23 de julio de 2019 de www.scielo.org.mx/pdf/iem/v5n20/2007-5057-iem-5-20-00230.pdf
- Chang, Y. (2017). Benefits of Being a Healthy Perfectionist: Examining Profiles in Relation to Nurses' Well-Being. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 55(4), 22-28. doi: 10.3928/02793695-20170330-04

- Chen, Y., P., Tsai, J., M., Lu, M., H., Lin, L., M., Lu, C., H. & Wang, K., K. (2018). The influence of personality traits and socio-demographic characteristics on paediatric nurses' compassion satisfaction and fatigue. *Journal of Advanced Nursing*, 74(5), 1180-1188. doi: 10.1111/jan.13516
- Cheung, T., Wong, S. Y., Wong, K. Y., Law, L. Y., Ng, K., Tong, M. T., ... Yip, P. S. (2016). Depression, Anxiety and Symptoms of Stress among Baccalaureate Nursing Students in Hong Kong: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(8), 779. doi:10.3390/ijerph13080779
- Cheung, T., & Yip, P. S. (2015). Depression, Anxiety and Symptoms of Stress among Hong Kong Nurses: A Cross-sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(9), 11072-11100. doi:10.3390/ijerph120911072
- Colville, G., A., Smith, J., G., Brierley, J., Citron, K., Nguru, N., M. ...Perkins-Porras, L. (2017). Coping With Staff Burnout and Work-Related Posttraumatic Stress in Intensive Care. *Pediatric Critical Care Medicine*, 18(7), e267-e273. doi: 10.1097/PCC.0000000000001179
- Contreras-Gutiérrez, L., S., López-Rojas, P., Salinas-Tovar, S., Ochoa-Tirado, J., G., Marín-Cotoñieto, I., A. y Haro-García, L. (2015). Burnout syndrome among Mexican hospital nursery staff. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 43(1), 11-15. Recuperado el 22 de julio de 2019 de https://www.researchgate.net/publication/7746797_Burnout_syndrome_among_Mexican_hospital_nursery_staff
- Contreras-Palacios, S., C., Ávalos-García, M., I., Priego-Álvarez, H., R., Morales-García, M., H., y Córdova-Hernández, J., A. (2013). Síndrome de Burnout, funcionalidad familiar y factores relacionados en personal médico y de enfermería de un hospital de Villahermosa, Tabasco, México. *Horizonte Sanitario*, 12(2), 45-57. Recuperado el 13 de julio de 2019 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457845144001>
- Dallender J., Nolan P., Soares J., Thomsen S. & Arnetz B. (1999) A comparative study of the perceptions of British mental health nurses and psychiatrists of their work environment. *Journal of Advanced Nursing* 29(1), 36-43. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.00858.x

- Deldar, K., Froutan, R., Dalvand, S., Gheshlagh, R., G., Mazloun, S., R. (2018). The Relationship between Resiliency and Burnout in Iranian Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 6(11), 2250-2256. doi: 10.3889 / oamjms.2018.428.
- De la Fuente-Solana, E. I., Suleiman-Martos, N., Pradas-Hernández, L., Gómez-Urquiza, J. L., Castañeda-de la Fuente, G., A. y Albedín-García, L. (2019). Prevalence, Related Factors, and Levels of Burnout Syndrome Among Nurses Working in Gynecology and Obstetrics Services: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(14), 2585. Doi: 10.3390/ijerph16142585
- De Oliveira, S. M., de Alcantara Sousa, L. V., Vieira Gadelha, M. do S., & do Nascimento, V. B. (2019). Prevention Actions of Burnout Syndrome in Nurses: An Integrating Literature Review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, 15, 64–73. <https://doi.org/10.2174/1745017901915010064>
- Duan-Porter, W., Hatch, D., Pendergast, J. F., Freude, G., Rose, U., Burr, H., ... Potter, G. (2018). 12-month trajectories of depressive symptoms among nurses- Contribution of personality, job characteristics, coping, and burnout. *Journal of Affective Disorders*, 234, 67–73. doi:10.1016/j.jad.2018.02.090
- Dyrbye, L., N., West, C., P., Satele, D., Boone, S., Tan, L., Sloan, J., & Shanafelt, T., D. (2014). Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 89(3), 443–451. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000134>
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980). *Burnout-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Science Press.
- Eriksen, W., Tambs, K., & Knardahl, S. (2006). Work factors and psychological distress in nurses' aides: A prospective cohort study. *BMC Public Health*, 6, 290
- Fahrenkopf, A. M., Sectish, T. C., Barger, L. K., Sharek, P. J., Lewin, D., Chiang, V. W., ... Landrigan, C. P. (2008). Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 336(7642), 488-491. <https://doi.org/10.1136/bmj.39469.763218.BE>

- Fernández-García, M., V., Zárate-Grajales, R., A., Bautista-Paredes, L., Domínguez-Sánchez, P., Ortega-Vargas, C., Cruz-Corchado, M., Montesinos-Jiménez, G. (2012). Síndrome de burnout y enfermería. Evidencia para la práctica. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 20 (1), 45-51. Recuperado el 22 de octubre de 2019 de https://www.academia.edu/28520627/S%C3%ADndrome_de_burnout_y_enfermer%C3%ADa._Evidencia_para_la_pr%C3%A1ctica
- Flores-Grimaldo, A., C. y Padilla-Loredo, S. (2015). *El síndrome de Burnout en el personal de enfermería y su influencia en el trato diario al paciente hospitalizado en el servicio de medicina interna en el hospital "Dr. Gustavo Baz Prada"*. Nuevas Perspectivas en la Investigación Transdisciplinaria. México: UAEMex. ISBN: 978-607-422-605-8.
- Flores-Villavicencio, M., E., Troyo-Sanromán, R., Valle-Barbosa, M., A. y Vega-López, M., G. (2010). Ansiedad y estrés en la práctica del personal de enfermería en un hospital de tercer nivel en Guadalajara. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(1), 1-17. Recuperado el 23 de julio de 2019 de www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol13num1/Art1Vol13No1.pdf
- Freudenberger, H., J. (1975). The staff-burnout syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 12, 73-83.
- Friganović, A., Selić, P., Ilić, B. & Sedic, B. (2019). Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: a literature review. *Psychiatria Danubina*, 31 (Supl. 1): 21-31
- Fong, T., C., T., Ho, R., T., H., Au-Yeung, F., S., W., Sing, C., Y., Law, K., Y., Lee, L., F., Ng, S., M. (2016). The relationships of change in work climate with changes in burnout and depression: a 2-year longitudinal study of Chinese mental health care workers. *Psychology, Health & Medicine*, 21(4), 401-412. doi: 10.1080/13548506.2015.1080849.
- Forehand, G., A. & Gilmer, B. (1964). Environmental variation in studies of organizational behavior. *Psychological Bulletin*, 62(6), 361-382. doi.org/10.1037/h0045960
- Gallagher, R., Gormley, D., K. (2009). Perceptions of stress, burnout, and support systems in pediatric bone marrow transplantation nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(6), 681-5. doi: 10.1188/09.CJON.681-685 PMID:19948465

- Galaz-Sánchez, M., G., Olivas-Peñuñuri, M., R. y Luzania-Soto, M., J. (2012). Factores de Riesgo y Niveles de Sintomatología depresiva en Estudiantes de Enfermería de la Universidad de Sonora. *Boletín clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 29(2), 46-52. Recuperado el 23 de julio de 2019 de <https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2012/bis122b.pdf>
- Gao, Y., Q., Pan, B., C., Sun, W., Wu, H., Wang, J., N., & Wang, L. (2012a). Depressive symptoms among Chinese nurses: prevalence and the associated factors. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5), 1166-1175. doi: 10.1111 / j.1365-2648.2011.05832.x
- Gao, Y., Q., Pan, B., C., Sun, W., Wu, H., Wang, J., N., & Wang, L. (2012b). Anxiety symptoms among Chinese nurses and the associated factors: a cross sectional study. *BMC Psychiatry*, 12, 141. doi: 10.1186 / 1471-244X-12-141
- Garelick, A., I. (2012). Doctors' health: stigma and the professional discomfort in seeking help. *The Psychiatrist*, 36, Issue 3, pp. 81-84. doi: 10.1192/pb.bp.111.037903
- Gil-Monte, P., R. (2006). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gil-Monte, P., R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1(1), 19-33.
- Gómez, A., B., Montero, M., J., Demarzo, M., M., P., Pereira, J., P. y García, C., J. (2013). Utilidad de los marcadores biológicos en la detección precoz y prevención del síndrome de burnout. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 245-253. Recuperado el 11 de noviembre de 2019 de <http://www.aepcp.net/rppc.php?id=763>
- Gómez, M., A. y Vicario, O., M. (2008) Clima organizacional: Conceptualización y propuesta de una escala. (Tesis de Licenciatura). México: UNAM.
- Gómez-Urquiza, J. L., Aneas-López, A. B., de la Fuente-Solana, E. I., Albendín-García, L., Díaz-Rodríguez, L., & Fuente, G. A. (2016). Prevalence, Risk Factors, and Levels of Burnout Among Oncology Nurses: A Systematic Review. *Oncology Nursing Forum*, 43(3), E104-120. doi: 10.1188/16.ONF.E104-E120

- Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C., S., San Luis-Costas, C., Fernández-Castillo, R., Aguayo-Estremera, R y Cañadas-de la Fuente, G. A. (2017a). Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Atención Primaria*, 49(2), 77-85. Doi: 10.1016/j.aprim.2016.05.004
- Gómez-Urquiza, J., L., Vargas, C., de la Fuente, E., I., Fernández-Castillo, R., Cañadas-de la Fuente, G., A. (2017b). Age as a Risk Factor for Burnout Syndrome in Nursing Professionals: A Meta-Analytic Study. *Research in Nursing & Health*, 40(2), 99-110. doi: 10.1002/nur.21774.
- Gómez-Urquiza, J., L., de la Fuente, E., I., Albendín-García, L., Vargas, C., Ortega-Campos E., M., Cañadas-de la Fuente, G. A. (2017c). Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis. *Critical care Nurse*, 37(5), e1-e9. doi: 10.4037/ccn2017508
- Hasselhorn, H., M., Tackenberg, P., Mueller, B., H., (Ed.). (2003) Working conditions and intent to leave the profession among nursingstaff in Europe. Stockholm: National Institute for Working Life. Working life research report n.º7.
- Hayes, B., Prihodova, L., Walsh, G., Doyle, F., Doherty, S. (2017). What's up doc? A national cross-sectional study of psychological wellbeing of hospital doctors in Ireland. *BMJ open*, 7(10), e018023. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018023.
- Hawkins, N., Jeong, S., & Smith, T. (2019). New graduate registered nurses' exposure to negative workplace behaviour in the acute care setting: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 93, 41-54. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.09.020>
- Hernández, J. R. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(2), 103-110. Recuperado en 19 de octubre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000200002&lng=es&tlng=en
- Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C. (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Ciudad de México, México: Editorial McGraw Hill Education
- Jenkins, R., & Elliot, P. (2004). Stressors, burnout and social support: Nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 48(6), 622-631. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03240.x

- Juárez, A. (2004). Factores Psicosociales Relacionados con la Salud Mental en Profesionales de Servicios Humanos en México. *Ciencia y Trabajo*, 6 (14):189-196
- Juárez-Aduata, S. (2012). Clima organizacional y satisfacción laboral. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 50(3), 307-314
- Juárez-Elizalde, M., G., Haros-Juárez, Y., H., Ávalos-Gaspar, J., G., Guerra-Juárez, R. y Chacón, S., Y. (2015). Factores de riesgo relacionados con el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un Hospital de Ciudad Juárez, Chihuahua, México. *CULCyT*, 57(12), 289-296. Recuperado del 13 de julio de 2019 de <http://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/culcyt/article/view/855>
- Kalani, S., D., Azadfallah, P., Oreyzi, H. & Adibi, P. (2018). Interventions for Physician Burnout: A Systematic Review of Systematic Reviews. *International Journal of Preventive Medicine*, 9, 81. doi:10.4103/ijpvm.IJPVM_255_18
- Kazdin, A., E. (2011). Background and key measurement considerations. *Single-Case Research Designs. II* (pags. 49-72). New York: Oxford University Press.
- Kim, Y., H., Kim, S., R., Kim, Y., O., Kim, J., Y., Kim, H., K. & Kim, H., Y. (2017). Influence of type D personality on job stress and job satisfaction in clinical nurses: the mediating effects of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction. *Journal of Advance Nursing*, 73(4), 905-916. doi: 10.1111/jan.13177
- Koutsimani, P., Montgomery, A., & Georganta, K. (2019). The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in psychology*, 10, 284. doi:10.3389/fpsyg.2019.00284
- Labrague, L., J., McEnroe-Petitte, D., M., Gloe, D., Thomas, L., Papathanasiou, I., V. & Tsaras, K. (2017). A literature review on stress and coping strategies in nursing students. *Journal of Mental Health*, 26(5), 471-480. Doi: 10.1080/09638237.2016.1244721
- Lamont, S., Brunero, S., Perry, L., Duffield, C., Sibbritt, D., Gallagher, R. & Nicholls R. (2017). 'Mental health day' sickness absence amongst nurses and midwives: workplace, workforce, psychosocial and health characteristics. *Journal of advanced nursing*, 73(5), 1172-1181. doi: 10.1111/jan.13212
- Lamy, S., De Gaudemaris, R., Lepage, B., Sobaszek, A., Caroly, S., Kelly-Irving, M., Lang, T. (2013). The organizational work factors effect on mental health

among hospital workers is mediated by perceived effort-reward imbalance: result of a longitudinal study. *Journal of Occupational Environment Medicine*, 55(7), 809-816. doi: 10.1097/JOM.0b013e31828acb19

Landa-Ramírez, E., Rangel-Domínguez, N., E., Villavicencio-Carranza, M., A., Weingerz-Mehl, S., Reyes-Saavedra, M., I, González-Álvarez, V., R., ... Jiménez-Escobar, I. (2017). Clima organizacional y factores relacionados con el burnout en urgencias médicas: un estudio correlacional. *Psicología y Salud*, 27(2), 245-254.

Lerma-Martínez, V., L., Rosales-Arellanos, G., V. y Gallegos-Alvarado, M. (2009). Prevalencia de ansiedad y sintomatología depresiva en enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado. *CONAMED, Suplemento de Enfermería*, 14(extra 1), 5-10. Recuperado el 23 de julio de 2019 de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3632361>

Letvak, S., Ruhm, C., J. & McCoy, T. (2012). Depression in hospital-employed nurses. *Clinical nurse specialist CNS*, 26(3), 177-182. doi: 10.1097 / NUR.0b013e3182503ef0

López-Albarenga, J., C., Vázquez-Velázquez, V., Arcila-Martínez, D., Sierra-Ovando, Á., E., González-Barranco, J. y Salín-Pascual, R., J. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*, 54(5), 403-409. Recuperado el 10 de julio de 2019 de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=5869&id_seccion=6&id_ejemplar=635&id_revista=2

López-López, I., M., Gómez-Urquiza, J., L., Cañadas, G., R., De la Fuente, E., I., Albendín-García, L., Cañadas-De la Fuente, G., A. (2019). Prevalence of burnout in mental health nurses and related factors: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*. doi: 10.1111/inm.12606

Lorenz, V. R., Cardoso, B., M., C. & Olivera, S., M. (2010). Burnout y estrés en enfermeros de un hospital universitario de alta complejidad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6), 1084-1091. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000600007>

- López, V., F. y López, M., M., J. (2011). Situaciones generadoras de estrés en los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Ciencia y enfermería*, 17(2), 47-54. doi:10.4067/S0717-95532011000200006
- Maharaj, S., Lees, T., & Lal, S. (2018). Prevalence and Risk Factors of Depression, Anxiety, and Stress in a Cohort of Australian Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(1), 61. doi:10.3390/ijerph16010061
- Mathias, C., T., & Wentzel, D., L. (2017). Descriptive study of burnout, compassion fatigue and compassion satisfaction in undergraduate nursing students at a tertiary education institution in KwaZulu-Natal. *Curationis*, 40(1), e1-e6. doi:10.4102/curationis.v40i1.1784
- Maslach, C. (2011). Burnout. Encyclopedia of Occupational Health & Safety. Recuperado el 27 de junio de 2019 de <http://www.iloencyclopaedia.org/part-v-77965/psychosocial-and-organizational-factors/chronic-health-effects/66-chronic-health-effects/burnout>
- Maslach, C. & Jackson, S., E. (1979). Burned-out cops and their families. *Psychology Today*, 12 (12), 59-62.
- Maslach, C. & Jackson, S., E. (1981). *Maslach Burnout Inventory. Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W., B. & Leiter, M., P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Mayo Clinic. (2019). Program on Physician Well-Being. Recuperado el 28 de octubre de 2019 de <https://www.mayo.edu/research/centers-programs/program-physician-well-being>
- Mäkikangasa, A. & Kinnunen, U. (2016). The person-oriented approach to burnout: A systematic review. *Burnout Research*, 3(1), 11-23. doi: 10.1016/j.burn.2015.12.002
- Medeiros-Costa, M. E., Maciel, R. H., Rêgo, D. P. do, Lima, L. L. de, Silva, M. E. P. da, & Freitas, J. G. (2017). Occupational Burnout Syndrome in the nursing context: an integrative literature review. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 51(0), e03235. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016023403235>
- Medina-Mora, M., E., Borges, G., Benjet, C., Lara, C. & Berglund, P. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally

- representative sample. *British Journal of Psychiatry*, 190(6), 521-528. doi: 10.1192 / bjp.bp.106.025841
- Miranda-Lara, V., R., Monzalvo-Herrera, G., M., Hernández-Caballero, B. y Ocampo-Torres, M. (2016). Prevalencia del síndrome de burnout en personal de enfermería de dos instituciones de salud. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 24(2), 115-122.
- Mitchell, L., & Flin, R. (2008). Non-technical skills of the operating theatre scrub nurse: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 63(1), 15-24. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04695.x
- Molero-Jurado, M. M., Pérez-Fuentes, M. C., Gázquez Linares, J. J., & Gázquez Linares, J. J. (2016). Acoso laboral entre personal de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 13(2), 114-123. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.001>
- Molero-Jurado, M., Pérez-Fuentes, M., Gázquez-Linares, J., Simón-Márquez, M., & Martos-Martínez, Á. (2018). Burnout Risk and Protection Factors in Certified Nursing Aides. *International journal of environmental research and public health*, 15(6), 1116. doi:10.3390/ijerph15061116
- Molina-Praena, J., Ramirez-Baena, L., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas, G. R., De la Fuente, E. I., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Levels of Burnout and Risk Factors in Medical Area Nurses: A Meta-Analytic Study. *International journal of environmental research and public health*, 15(12), 2800. doi:10.3390/ijerph15122800
- Montanari, K., M., Bowe, C., L., Chesak, S., S., & Cutshall, S., M. (2018). Mindfulness: Assessing the Feasibility of a Pilot Intervention to Reduce Stress and Burnout. *Journal of Holistic Nursing*, 37(2), 175-188 doi: 10.1177/0898010118793465
- Moya, N., M., Larrosa, S., S., López, M., C., López, R., I., Morales, R., L., Simón, G., Á. Percepción del estrés en los estudiantes de Enfermería ante sus prácticas clínicas. *Enfermería Global*, 31, 232-243
- Narváez-Estrada, R. y Barrientos-Duran, C. (2015). Evaluación del síndrome de Burnout en estudiantes de la carrera de Enfermería. *Revista de Investigación Educativa*, 9, 43-56. Recuperado el 22 de julio de 2019 de <http://www.lasallep.edu.mx/xihmai/index.php/huella/article/view/374/347>

- Navarro-González D, Ayechu-Díaz A, Huarte-Labiano I. (2015). Prevalencia del síndrome del burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de atención primaria. *Semergen*, 41:191-198. doi: 10.1016/j.semerg.2014.03.008
- National Institute of Mental Health [NIMH]. (s.f.). Mental health informations. Health topics. Consultado el 22 de junio de 2019 de <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/index.shtml>
- Nowrouzi, B., Lightfoot, N., Larivière, M., Carter, L., Rukholm, E., Schinke, R., Belanger-Gardner, D. (2015). Occupational Stress Management and Burnout Interventions in Nursing and Their Implications for Healthy Work Environments: A Literature Review. *Workplace Health Saff*, 63(7), 308-315. doi: 10.1177/2165079915576931.
- Nourry, N.; Luc, A.; Lefebvre, F.; Sultan-Taïeb, H.; Béjean, S. Psychosocial and organizational work environment of nurse managers and self-reported depressive symptoms: Cross-sectional analysis from a cohort of nurse managers. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health.*, 27(2) 252–269. doi: 10.2478/s13382-014-0264-x.
- Oehler, J., M., Davidson, M., G. (1992). Job stress and burnout in acute and nonacute pediatric nurses. *American Journal of Critical Care*, 1(2), 81-90.
- Oehler, J., M., Davidson, M., G., Starr, L., E. & Lee, D., A. (1991). Burnout, job stress, anxiety, and perceived social support in neonatal nurses. *Heart & Lung : The Journal of Critical Care*, 20(5 Pt 1, 500-505.
- Ohler, M., C., Kerr, M., S. & Forbes, D., A. (2010). Depression in Nurses. *Canadian Journal of Nursing Research*, 42(3) 66–82. Recuperado el 24 de julio de 2019 https://www.minurses.org/cms/.../CE_DepressionandNursing.pdf
- Olmedo-Buenrostro, B., A., Torres-Hernández, J., Velasco-Rodríguez, R., Mora-Brambila, A., B. y Blas-Vargas, L., A. (2006). Prevalencia y severidad de sintomatología depresiva en estudiantes severidad de sintomatología depresiva en estudiantes de enfermería de la Universidad de Colima de enfermería de la Universidad de Colima. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 14(1), 17-22. Recuperado el 24 de julio de 2019 de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=8577>

- Olson, K., Marchalik, D., Farley, H., Dean, S. M., Lawrence, E. C., Hamidi, M. S., ... Stewart, M. T. (2019). Organizational strategies to reduce physician burnout and improve professional fulfillment. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 4, 100664. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2019.100664>
- Orellana-Rios, C., L., Radbruch, L., Kern, M., Regel, Y., U., Anton, A., Sinclair, S., Schmidt, S. (2018). Mindfulness and compassion-oriented practices at work reduce distress and enhance self-care of palliative care teams: a mixed-method evaluation of an "on the job" program. *BMC Palliative Care*, 17(1):3. doi: 10.1186/s12904-017-0219-7.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Recuperado el 27 de junio de 2019 de http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. Sitio web mundial. Recuperado el 27 de junio de 2019 de https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2009). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas Relacionados con la Salud*. 8va ed. ver. Electrónica. España. Recuperado el 22 de junio de 2019 de https://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_10_2008.html
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Sitio web mundial. Recuperado el 22 de junio de 2019 de https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Ortega, G., V. (2018). Percepción del Clima Organizacional en el personal de Enfermería de un Hospital de Segundo Nivel: Un análisis de antigüedad laboral. XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Cuba. Recuperado el 19 de octubre de 2019 de <http://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/view/1017/470>
- Paine, W., S. (1982). The burnout syndrome in context. En Jones, J., W. (Ed). *The burnout síndrome: Current research, theory, interventions* (pp.1-29). Park Ridge, Illinois: London House Press

- Panagioti, M., Panagopoulou, E., Bower, P., Lewith, G., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C. ... Esmail, A. (2017). Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*, 177(2), 195-205. doi:10.1001/jamainternmed.2016.7674
- Patlán-Pérez, J. y Flores-Herrera, R. (2013). Desarrollo y Validación de la Escala Multidimensional de Clima Organizacional (EMCO): Un Estudio Empírico con Profesionales de la Salud. *Ciencia & Trabajo*, 15(48), 131-139. doi: 10.4067/S0718-24492013000300005
- Perlman, B. & Hartman, E., A. (1982). Burnout: summary and future research. *Human Relations*, 35(4), 283-305.
- Pines, A. & Kafry, D. (1982). Coping with burnout. In J. W. Jones (Ed.), *The burnout síndrome: Current research, theory, interventions* (pp. 139-150). Park Ridge, Illinois: London House Press.
- Polanco G., C., Castañón G., J., Buhse, T., Samaniego M., J., Arreguín N., R. y Villanueva M., S. (2013). Índice de saturación modificado en el servicio de urgencias médicas. *Gaceta Médica de México*, 149, 417-424
- Pradas-Hernández L, Ariza T, Gómez-Urquiza JL, Albendín-García L, De la Fuente EI, Cañadas-De la Fuente GA (2018) Prevalence of burnout in paediatric nurses: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 13(4): e0195039. doi:10.1371/journal.pone.0195039
- Prieto-Miranda, S., E., Jiménez-Bernardino, C., A., CázaresRamírez, G., Vera-Haro, M., J. y Esparza-Pérez, R., I. Jornadas laborales y sus repercusiones en médicos residentes en un hospital de segundo nivel. *Medicina Interna de México*, 31(6), 669-679. Recuperado el 19 de abril de 2019 de www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2015/mim156e.pdf
- Ramirez-Baena, L., Ortega-Campos, E., Gomez-Urquiza, J. L., Cañadas-De la Fuente, G. R., De la Fuente-Solana, E. I., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2019). A Multicentre Study of Burnout Prevalence and Related Psychological Variables in Medical Area Hospital Nurses. *Journal of clinical medicine*, 8(1), 92. doi:10.3390/jcm8010092
- Ramírez de la Roche, O., F., Hamui S., A., Reynaga O., J., Varela R., M., Ponce de León, M. E., Díaz, V., A., y Valverde L., I. (2012). Condiciones de trabajo de los médicos pasantes mexicanos durante el servicio social. *Perfiles educativos*, 34(138), 92-107. Recuperado en 19 de abril de 2019, de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982012000400007&lng=es&tlng=es

- Reith, T., P. (2018). Burnout in United States Healthcare Professionals: A Narrative Review. *Cureūs*, 10(12), e3681. doi: 10.7759/cureus.3681
- Renzi, C., Di Pietro, C., Tabolli, S. (2012). Psychiatric morbidity and emotional exhaustion among hospital physicians and nurses: association with perceived job-related factors. *Archives Of Environmental & Occupational Health*, 67(2), 117-123. doi: 10.1080/19338244.2011.578682
- Riveros, R., A., González, Q., E Y Manzón, R., J., J. (2012). Caracterización psicológica en alumnos de medicina de una macrouniversidad pública. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 5(1), 55-70
- Roch, G., Dubois, C., & Clarke, S., P. (2014). Organizational Climate and Hospital Nurses' Caring Practices: A Mixed-Methods Study. *Research in Nursing & Health*, 37(3), 229-240. doi.org/10.1002/nur.21596 |
- Rojas-Russell, M., Tirado-Gómez, L.L., Pacheco-Domínguez, R.L., Escamilla-Santiago, R., y López-Cervantes, M. (2011). El clima laboral en las unidades de hemodiálisis en México. Un estudio transversal. *Nefrología (Madrid)*, 31(1), 76-83. Recuperado el 30 de julio de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952011000100012&lng=es&tlng=en.
- Rudman, A. & Gustavsson, P., J. (2011). Early-career burnout among new graduate nurses: a prospective observational study of intra-individual change trajectories. *International Journal of Nursing Studies*, 48(3), 292-306. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.07.012
- Ruiz-Fernández, M. D., Ortiz-Amo, R., Ortega-Galán, Á. M., Ibáñez-Masero, O., Rodríguez-Salvador, M. D. M., & Ramos-Pichardo, J. D. (2019). Mindfulness therapies on health professionals. *International Journal of Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/inm.12652>
- Ryerson, D. & Marks, N. (1982). Carer burnout in the human services: Strategies for intervention. In J. W. Jones (Ed.), *The burnout síndrome: Current research, theory, interventions* (pp. 151-164). Park Ridge, Illinois: London House Press.
- Salvagioni, D., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational

- consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PloS one*, 12(10), e0185781. doi:10.1371/journal.pone.0185781
- Salvarani, V., Rampoldi, G., Ardenghi, S., Bani, M., Blasi, P... Strepparava M., G. (2019). Protecting emergency room nurses from burnout: The role of dispositional mindfulness, emotion regulation and empathy. *Journal of Nursing Management*, 27(4), 765-774. doi: 10.1111/jonm.12771.
- Sánchez-Jiménez B., Flores-Ramos M., Sámano R., RodríguezVentura A.L., Chinchilla Ochoa D. (2018) Factores relacionados a la presencia del síndrome de Burnout en una muestra de enfermeras del Sector Salud, Ciudad de México. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 17(3), 1-8.
- Schneider, B., Ehrhart, M., G. & Macey, W., H. (2013). Organizational climate and culture. *Annual Review of Psychology*, 64, 361-388. Recuperado el 30 de julio de 2019 de <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-psych-113011-143809>
- Schneider B. & Reichers, A., E. (1983). On the etiology of climates. *Personnel Psychology*, 36(Issue 1)19-39. doi: 10.1111/j.1744-6570.1983.tb00500.x |
- Shanafelt, T., D., Balch, C., M, Dyrbye, L., Bechamps, G., Russell, T., Satele, D., Rummans, T., Swartz, K., Novotny, P., J., Sloan, J. & Oreskovich, M., R. (2011). Special report: suicidal ideation among american surgeons. *Archives of surgery*, 146(1), 54-62. doi: 10.1001/archsurg.2010.292.
- Shanafelt, T., D., West, C., P., Sinsky, C., Trockel, M., Tutty, M., Satele, D., V., Carlasare, L., E. & Dyrbye, L., N. (2018). Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2017. *Mayo Clinic Proceedings*, 0 (0), 1-14. doi: 10.1016/j.mayocp.2018.10.023
- Silva, V., Costa, P., Pereira, I., Faria, R., Salgueira, A. P., Costa, M. J., ... Morgado, P. (2017). Depression in medical students: insights from a longitudinal study. *BMC Medical Education*, 17(1), 184. doi:10.1186/s12909-017-1006-0
- Suarez-Garcia, J., M., Maestro-Gonzalez, A., Zuazua-Rico, D., Sánchez-Zaballos, M. y Mosteiro-Diaz, M., P. (2018). Stressors for Spanish nursing students in clinical practice. *Nurse education today*, 64, 16-20. doi: 10.1016/j.nedt.2018.02.001

- Stanton, J. & Randal P. (2016). Developing a psychiatrist-patient relationship when both people are doctors: a qualitative study. *BMJ Open*, 6(5):e010216. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010216.
- Starc J. (2018). Stress Factors among Nurses at the Primary and Secondary Level of Public Sector Health Care: The Case of Slovenia. Open access Macedonian journal of medical sciences, 6(2), 416–422. doi:10.3889/oamjms.2018.100
- Stavroula, L. & Aditya, J. (2010). Health impact of psychosocial hazards at work: an overview. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/occupational_health/publications/hazardpsychosocial/en/
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2011). Correction for Multiple Testing: Is There a Resolution? *Chest*, 140(1), 16–18. <https://doi.org/10.1378/chest.11-0523>
- Tabrizi, K., N. & Kavari, S., H. (2011). A study of depression prevalence in nurses and it's effective factors in shiraz namazi hospital. *European Psychiatry*, 26(Supp 1), 640. doi:10.1016/S0924-9338(11)72346-X
- Tagiuri, R. & Litwin, G., H. (1968). Organizational climate: explorations of a concept. Boston: Harvard University.
- Tejada-Rangel, E. (2016). Asociación entre consume de alcohol, tabaco, depression y ansiedad en estudiantes de enfermería en Sinaloa (Tesis de Maestria). Univerddad Nacional Autónoma de México. México.
- Ting, W.-H., Peng, F.-S., Lin, H.-H., & Hsiao, S.-M. (2017). The impact of situation-background-assessment-recommendation (SBAR) on safety attitudes in the obstetrics department. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 56(2), 171–174. doi:10.1016/j.tjog.2016.06.021
- Tomás-Sábado, J., Maynegré-Santaularia, M., Pérez-Bartolomé, M., Alsina-Rodríguez, M., Quinta-Barbero, R. y Granell-Navas, S. (2010). Síndrome de burnout y riesgo suicida en enfermeras de atención primaria. *Enfermería Clínica*, 20(3), 173-178. Recuperado el 01 de Agosto de 2019 de <https://medes.com/publication/59221>
- Turnipseed, D., L. (1998). Anxiety and burnout in the health care work environment. *Psychological Reports*, 82, 627-642. doi: 10.2466/pr0.1998.82.2.627
- Uribe-Prado, J., F. (2007). Estudio confirmatorio de la Escala Mexicana de desgaste ocupacional (EMEDO): Un instrumento de burnout para mexicanos. *Revista*

de Psicología Organizacional, 26(1), 7-21. Recuperado el 10 de junio de 2019 de <http://revista.cinzel.com.co/index.php/RPO/article/view/73>

Uribe-Prado, J., F. (2010). Escala de Desgaste Ocupacional (EDO). México: Editorial Manual Moderno.

Uribe-Prado, J. F. (2016). Estudio confirmatorio de la escala mexicana de desgaste ocupacional (EMEDO): un instrumento de burnout para mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 26(1), 7-21. Recuperado el 30 de octubre de 2019 de <http://revista.cinzel.com.co/index.php/RPO/article/view/73>

Valero-Chillerón, M., J., González-Chordá, V., M., López-Peña, N., Cervera-Gasch, Á., Suárez-Alcázar, M., P., Mena-Tudela, D. (2019). Burnout syndrome in nursing students: An observational study. *Nurse Education Today*, 76, 38-43. doi: 10.1016 / j.nedt.2019.01.014

Van Bogaert, P., Clarke, S., Wouters, K., Franck, E., Willems, R. & Mondelaers, M. (2013). Impacts of unit-level nurse practice environment, workload and burnout on nurse-reported outcomes in psychiatric hospitals: a multilevel modelling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), 357-365. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.05.006

Van den Broeck, A., Elst, T., V., Baillien, E., Sercu, M., Schouteden, M., De Witte, H. & Godderis, L. Job Demands, Job Resources, Burnout, Work Engagement, and Their Relationships: An Analysis Across Sectors. *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*, 59(4):369-376. doi: 10.1097/JOM.0000000000000964.

Van der Riet, P., Levett-Jones, T. & Aquino-Russell, C. The effectiveness of mindfulness meditation for nurses and nursing students: An integrated literature review. *Nurse Education Today*, 65, 201-211. doi: 10.1016/j.nedt.2018.03.018.

Velasco, V., Suárez, G., Córdova, S., Luna, L. y Mireles, S. (2015). Niveles de resiliencia en una población de estudiantes de licenciatura y su asociación con variables familiares y académicas. *Revista Electrónica sobre Cuerpos Académicos y Grupos de Investigación en Iberoamérica*, 1(2). Recuperado de www.pag.org.mx/index.php/PAG/article/viewFile/490/529

- Veloso, L.U.P.; Laurindo, L.M.B. Prevalance of anxiety in nursing professionals of urgency medicine. *Journal of Nursing*, 10(11), 3969–3976. doi: 10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201619
- Vidal-Velazco, E., A. (2015). Relación entre el clima organizacional y el desarrollo de burnout en personal hospitalario de urgencias (Tesis de licenciatura). México: Universidad Nacional Autónoma de México
- von Treuer, K., Fuller-Tyszkiewicz, M., & Little, G. (2014). The impact of shift work and organizational work climate on health outcomes in nurses. *Journal of Occupational Health Psychology*, 19(4), 453-461. doi: 10.1037/a0037680
- Wallace, J., E., Lemaire, J., B. & Ghali, W., A. (2009). Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*, 374(9702),1714-21. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61424-0.
- Welsh, D. (2009). Predictors of Depressive Symptoms in Female Medical-Surgical Hospital Nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(5), 320–326. doi: 10.1080 / 01612840902754537.
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Rabatin, J. T., Call, T. G., Davidson, J. H., Multari, A., ... Shanafelt, T. D. (2014). Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: a randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 174(4), 527–533. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.14387>
- World Health Organisation (WHO). (2016a). National health workforce accounts: a handbook. Recuperado de http://www.who.int/hrh/documents/brief_nhwfa_handbook/en/
- World Health Organisation (WHO). (2016b). Health workforce – data and statistics. Recuperado de <http://www.who.int/hrh/statistics/en/>
- Włodarczyk, D. & Pawliszewska, A. (2015). Type A behaviour as a predictor of burnout and job satisfaction in intensive care units nurses. *Medycyna pracy*, 66(2), 213-224. doi:10.13075/mp.5893.00117
- Yoon, S., L. & Kim, J. (2013). Estrés relacionado con el trabajo, trabajo emocional y síntomas depresivos entre las enfermeras coreanas. *Journal of Nursing Scholarship* 45 (2), 169–176. doi: 10.1111 / jnu.12018

Anexo A

Datos sociodemográficos del personal y estudiantes de enfermería.

Variable	M	D.E.	Mínimo	Máximo
Edad	37.23	11.9	17	83
Número de hijos (n=135)	1.89	0.76	1	4
	n	%		
Sexo				
Mujer	215	83.3%		
Hombre	43	16.7%		
Estado civil				
Soltero	124	48.1%		
Casado	86	33.3%		
Divorciado	13	5%		
Viudo	1	0.4%		
Unión libre	34	13.2%		
Escolaridad				
Bachillerato	4	1.6%		
Carrera técnica	74	28.7%		
Licenciatura	136	52.7%		
Especialidad	18	7%		
Posgrado	26	10.1%		
Servicio *				
Áreas críticas	70	27.1%		
Áreas quirúrgicas	46	17.9%		
Hospitalización	60	23.4%		
Consulta externa	9	3.1%		
Supervisión	8	2.5%		
Suplentes	1	0.4%		

*Datos sociodemográficos del personal y estudiantes de enfermería.
(Continuación).*

Variable	n	%
Antigüedad		
< 6 meses	58	22.5%
6 meses - 1 años	1	0.4%
1-5 años	54	20.9%
5-10 años	19	7.4%
10-20 años	43	16.7%
20-30 años	60	23.3%
30> años	23	8.9%
Puesto		
Jefa/e de servicio	24	9.3%
Encargada/o de servicio	6	2.3%
Enfermera/o	164	63.6%
Servicio social o pasante	37	14.3%
Estudiante de posgrado	27	10.5%
Turno		
Matutino	134	51.9%
Vespertino	83	32.2%
Velada A	19	7.8%
Velada B	20	7.8%
Especial**	2	0.8%
Empleo extra (adicional)		
Si	40	15.5%
No	218	84.5%

*Datos sociodemográficos del personal y estudiantes de enfermería.
(Continuación).*

Variable	n	%
Tipo de empleo extra	(n=40)	
Práctica privada	12	34.2%
Institución de salud pública	12	34.2%
No relacionado con la enfermería	11	31.4%
Tiene hijos		
Si	135	52.3%
No	123	47.7%
Vive con		
Familia	200	77.5%
Pareja	32	12.4%
Amigos	2	0.8%
Compañeros	6	2.3%
Solo	18	7%
Padece alguna enfermedad		
Si	56	21.7%
No	202	78.3%
Toma algún medicamento		
Si	60	23.3%
No	197	76.7%
Lugar de procedencia		
CDMX	194	75.2%
Estado de México	34	13.2%
Interior de la república	30	11.6%

Anexo B

Cuestionarios empleados en la batería de evaluación. Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional

Instrucciones: A continuación se le presenta una serie de enunciados a los cuales debe responder en una escala con seis opciones de respuesta, que indican qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las afirmaciones. Leálas cuidadosamente y conteste rellenando el óvalo correspondiente a la opción de respuesta con la que más se identifique considerando su sentir "en estas últimas tres semanas incluyendo el día de hoy".

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

23	Aunque un usuario de mi trabajo sea descortés conmigo lo trato bien.	1	2	3	4	5	6
24	Mi trabajo es tan poco interesante que me es difícil realizarlo bien.	1	2	3	4	5	6
25	Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme importantes.	1	2	3	4	5	6
26	Siento que la energía que ocupo en mi trabajo no la puedo reponer.	1	2	3	4	5	6
27	Mis horas de descanso son suficientes para reponer la energía que gasto al realizar mi trabajo.	1	2	3	4	5	6
28	No me siento contento con mi trabajo y eso me ha ocasionado problemas con mis compañeros.	1	2	3	4	5	6
29	Proporcionar un buen trato a los usuarios de mi trabajo es muy importante para mí.	1	2	3	4	5	6
30	En mí trabajo he llegado a un momento en el que actúo únicamente por lo que me pagan o por cumplir un requisito académico.	1	2	3	4	5	6

Anexo B

Cuestionarios empleados en la batería de evaluación. Escala Multidimensional de Clima Organizacional.

Instrucciones: Para responder las siguientes preguntas, le solicitamos indique con qué frecuencia ocurren las siguientes afirmaciones en el servicio en el que labora actualmente.

		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1	Los trabajadores se sienten satisfechos con sus actividades.	1	2	3	4	5
2	Los trabajadores se sienten realizados en su trabajo.	1	2	3	4	5
3	Dentro del servicio los trabajadores disfrutan realizar sus actividades.	1	2	3	4	5
4	Los trabajadores realizan con desagrado sus actividades.	1	2	3	4	5
5	Los trabajadores gozan de libertad para elegir cómo hacer sus actividades.	1	2	3	4	5
6	Cada trabajador es libre respecto a la forma de solucionar los problemas relacionados con sus actividades.	1	2	3	4	5
7	A cada trabajador se le brinda la oportunidad de proponer la forma en que desea realizar sus actividades.	1	2	3	4	5
8	Los trabajadores se llevan bien entre ellos.	1	2	3	4	5
9	En el servicio hay compañerismo entre los trabajadores.	1	2	3	4	5
10	Existe confianza entre los compañeros para platicar cualquier tipo de problema.	1	2	3	4	5
11	Cuando se incorpora un nuevo empleado al servicio, los trabajadores de inmediato lo integran al grupo.	1	2	3	4	5
12	Los trabajadores dentro del servicio se sienten parte de un mismo equipo.	1	2	3	4	5
13	En mi trabajo se unen esfuerzos cuando surgen problemas laborales.	1	2	3	4	5
14	En el servicio la unión entre compañeros propicia un ambiente agradable.	1	2	3	4	5
15	El director del hospital trata a su personal de la manera más humana posible.	1	2	3	4	5
16	El trato de los superiores hacia sus trabajadores es con respeto.	1	2	3	4	5
17	Los directivos del hospital dan apoyo a su personal en la realización de sus actividades.	1	2	3	4	5
18	El jefe trata con indiferencia a su personal.	1	2	3	4	5
19	Dentro del servicio el jefe trata a los empleados de manera deshumanizada.	1	2	3	4	5
20	El hospital emplea incentivos para que los trabajadores realicen mejor sus actividades.	1	2	3	4	5
21	Todos los trabajadores dentro del servicio tienen posibilidades de ser beneficiados por su trabajo.	1	2	3	4	5
22	El hospital otorga estímulos a los trabajadores para mejorar su desempeño.	1	2	3	4	5
23	Existen distintas formas de recompensar a los trabajadores.	1	2	3	4	5
24	Cada trabajador realiza sus actividades con entusiasmo.	1	2	3	4	5
25	Los trabajadores muestran agrado al realizar sus tareas.	1	2	3	4	5
26	Los trabajadores brindan su mejor esfuerzo en la realización de su trabajo.	1	2	3	4	5
27	El jefe mantiene una actitud abierta para recibir propuestas relacionadas al trabajo.	1	2	3	4	5
28	En la organización todos los empleados reciben apoyo del jefe en la realización de las tareas.	1	2	3	4	5
29	Al jefe se le dificulta guiar a su personal para que cumplan con los objetivos de la organización.	1	2	3	4	5

Anexo B

Cuestionarios empleados en la batería de evaluación. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.

Instrucciones: Para las siguientes afirmaciones, elija la opción con la que más se identifique y márkela en la parte de debajo de dicha opción, "**considerando su sentir en las últimas tres semanas incluyendo el día de hoy**".

		Todo el día	Casi todo el día	De vez en cuando	Nunca
1	Me siento tensa/o o nerviosa/o.	1	2	3	4
2	Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre.	Casi siempre	Frecuentemente	Rara vez	No en absoluto
		1	2	3	4
3	Siento una especie de temor como si algo fuera a suceder.	Sí, muy intenso	Sí, pero no muy intenso	Sí, pero no me preocupa	No siento nada de eso
		1	2	3	4
4	Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas.	Casi siempre	Frecuentemente	Rara vez	No en absoluto
		1	2	3	4
5	Tengo la cabeza llena de preocupaciones.	Casi siempre	Frecuentemente	Rara vez	No en absoluto
		1	2	3	4
6	Me siento alegre.	Casi siempre	Frecuentemente	Rara vez	No en absoluto
		1	2	3	4
7	Soy capaz de permanecer sentada/o tranquila y relajadamente.	Casi siempre	Frecuentemente	Rara vez	No en absoluto
		1	2	3	4
8	Me siento lenta/o y torpe.	Todo el día	Casi todo el día	De vez en cuando	Nunca
		1	2	3	4
9	Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago.	Casi siempre	Frecuentemente	Rara vez	No en absoluto
		1	2	3	4
10	He perdido el interés por mi aspecto personal.	Casi siempre	Frecuentemente	Rara vez	No en absoluto
		1	2	3	4
11	Me siento inquieta/o, como si no pudiera dejar de moverme.	Casi siempre	Frecuentemente	Rara vez	No en absoluto
		1	2	3	4
12	Espero las cosas con ilusión.	Casi siempre	Frecuentemente	Rara vez	No en absoluto
		1	2	3	4
13	Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor.	Casi siempre	Frecuentemente	Rara vez	No en absoluto
		1	2	3	4
14	Soy capaz de disfrutar de un buen libro, programa de radio o televisión.	Casi siempre	Frecuentemente	Rara vez	No en absoluto
		1	2	3	4

Anexo C

Resultados de prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov

Variable	Población	Estadístico	gl	p
Burnout T1	Estudiante	0.069	53	.200*
	Personal	0.088	171	0.002
Burnout T2	Estudiante	0.072	53	.200*
	Personal	0.096	171	0.001
Burnout T3	Estudiante	0.088	53	.200*
	Personal	0.088	171	0.003
Ansiedad T1	Estudiante	0.104	52	.200*
	Personal	0.126	167	0.000
Ansiedad T2	Estudiante	0.097	52	.200*
	Personal	0.104	167	0.000
Ansiedad T3	Estudiante	0.124	52	0.045
	Personal	0.150	167	0.000
Síntomatología depresiva T1	Estudiante	0.151	52	0.005
	Personal	0.130	167	0.000
Síntomatología depresiva T2	Estudiante	0.115	52	0.081
	Personal	0.123	167	0.000
Síntomatología depresiva T3	Estudiante	0.170	52	0.001
	Personal	0.117	167	0.000
Clima Organizacional T1	Estudiante	0.095	52	.200*
	Personal	0.063	167	.200*
Clima Organizacional T2	Estudiante	0.068	52	.200*
	Personal	0.038	167	.200*
Clima Organizacional T3	Estudiante	0.076	52	.200*
	Personal	0.059	167	.200*