

00961



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**“EL SINDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE ENFERMERÍA
DE ÁREAS CRÍTICAS EN CUATRO HOSPITALES DE LA CIUDAD
DE MEXICO”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRA EN ENFERMERÍA
(ORIENTACIÓN EN EDUCACIÓN)

PRESENTA

ANA GUADALUPE BALLINAS AGUILAR

COMITÉ TUTORAL: MAESTRA CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO.
MAESTRA ANA MARÍA LARA BARRÓN.
DOCTOR VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ.

vs. Bc.

MÉXICO D. F.

AGOSTO DEL 2005

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES

m349122



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.

DIRECTOR DE TESIS:

Maestra Carmen L. Balseiro Almario.

COMITÉ TUTORAL:

Maestra Ana María Lara Barón.

Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez.

JURADO DE EXÁMEN DE GRADO:

Presidente: Maestra Elena Hernández Mendoza.

Vocal: Maestra Carmen L. Balseiro Almario.

Secretario: Doctor Víctor Manuel Mendoza Núñez.

Suplente: Maestra Ma. Cristina Muggenburg Rodríguez y Vigil.

Suplente: Candidato a Doctor Laura Morán Peña.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: ANA LOPE BALSERO ALMARIO
FECHA: 27 09 05
FIRMA: 

Agradecimientos.

A la maestra Carmen L. Balseiro Almario, directora de tesis por su guía y apoyo en el desarrollo de la misma.

Al Dr. Arturo Juárez García, experto en investigaciones psicológicas quien orientó el desarrollo de este trabajo.

Al Dr. Jorge A. Villatoro Velásquez por su valiosa asesoría para la utilización de la estadística como elemento de apoyo en el desarrollo de la tesis.

Al comité tutorial formado por la maestra Ana María Lara Barrón y el Dr. Víctor Manuel Mendoza, quienes con su amplia experiencia y suma responsabilidad profesional dirigieron los ajustes pertinentes que enriquecieron la experiencia generada por la elaboración del trabajo de tesis.

A los integrantes del jurado que con su participación y aportaciones contribuyen al avance del conocimiento y el quehacer investigativo en las profesiones.

Al Fondo de Fomento a la Investigación (FOFOI) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por el apoyo financiero otorgado para el desarrollo de este trabajo.

A la Lic. Claudia Alarcón Morales por su valiosa y desinteresada participación en la realización del proyecto.

A mis colegas y compañeros que colaboraron con sus respuestas para dar forma al desarrollo de esta tesis.

A mis hijos David, Daniela y Liliana por estar tan cerca y compartir cada una de mis experiencias.

A Nicolás, mi esposo por apoyar y contribuir a la consecución de mis objetivos.

Para Agus, mi madre, porque desde donde se encuentra motiva e impulsa la realización de este trabajo.

A mi padre y hermanos por su incondicional cariño y apoyo en todas las metas de mi vida.

INDICE.	Página.
1. RESUMEN.....	7
2. INTRODUCCIÓN.....	8
3. MARCO TEÓRICO.....	10
3.1 El síndrome de Burnout.....	10
3.1.1 Evolución y definición conceptual.....	10
3.1.2 Desarrollo y operacionalización del constructo.....	15
3.1.4 El síndrome de burnout en enfermeras.....	19
3.1.5 Aproximaciones teóricas del desarrollo del síndrome en profesionales de enfermería.....	20
3.1.6 Caracterización de las áreas críticas.....	22
3.1.7 Antecedentes.....	23
3.1.8 Evaluación del síndrome de burnout.....	26
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	27
5. HIPÓTESIS.....	28
6.- OBJETIVOS.....	29
7.- MATERIAL Y MÉTODOS.....	30
7.1 Tipo de estudio.....	30
7.2 Universo de estudio.....	30
7.3 Variables.....	32
7.4 Instrumento.....	32
7.5 Análisis de resultados.....	34
8. RESULTADOS.....	36
8.1- Cuadros.....	40
9. DISCUSIÓN.....	49
10.- CONCLUSIONES.....	57
11.- PERSPECTIVAS.....	58
12.- REFERENCIAS.....	59
13.- ANEXOS.....	63

1. RESUMEN.

El síndrome de burnout es una respuesta al estrés laboral crónico, se presenta principalmente en trabajadores de servicios humanos como el personal de enfermería, sobre todo en servicios hospitalarios de mayor exigencia como urgencias, terapia intensiva y cuidados coronarios a las cuales se denomina áreas críticas.

Este estudio analizó la presencia del síndrome de burnout en relación con las variables sociodemográficas y laborales, se comparó la presencia del mismo entre personal que labora en áreas críticas contra no críticas, se calcularon proporciones por hospital y servicio clínico, se identificó los principales estresores para desarrollarlo y se elaboró un perfil de riesgo en enfermeras de cuatro hospitales en la ciudad de México.

Para ello se utilizó el inventario sobre Burnout de Maslach en español y una pregunta agregada sobre las principales fuentes de estrés en el trabajo.

La presencia del síndrome de burnout fue mayor en las áreas críticas de tres de los cuatro hospitales estudiados. La situación se invierte en uno de ellos, donde se concentra casi la mitad de los casos detectados y representa un riesgo cinco veces mayor de presentar este síndrome. Las enfermeras afectadas refieren estresores como la falta de recursos para trabajar, falta de reconocimiento y relaciones conflictivas entre compañeras.

Según estos resultados, este problema se relaciona con excesivas demandas tanto cualitativas como cuantitativas cuando no se disponen de los recursos personales y organizacionales para afrontarlas y sugieren desmitificar la idea de que las áreas críticas de un hospital son por sí mismas productoras de burnout.

2. INTRODUCCIÓN.

El síndrome de Burnout, es un fenómeno que ha cobrado gran importancia en las últimas décadas, ya que ha sido detectado en infinidad de centros laborales, en varios países. Este síndrome fue descrito por primera vez por el estadounidense Freudemberger (1974) en trabajadores de la salud y operativizado por Maslach y Jackson (1981) como un constructo delimitado en tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal¹.

Así, el término síndrome de burnout describe la vivencia de los trabajadores, quienes desarrollan la sensación de encontrarse *emocionalmente agotado*, una idea de falta de *realización personal*, y *despersonalización* con actitudes negativas hacia las personas receptoras de sus servicios. Aparece en el ámbito laboral, tiene componentes o dimensiones de tipo fisiológico, psicosocial y conductual, además presenta consecuencias importantes para la salud de los trabajadores, para la calidad del trabajo que desarrollan y aumento de costos para las organizaciones como el ausentismo, la disminución de la productividad y de la calidad de sus servicios.

Los profesionales de servicios humanos son los más expuestos a sufrir estrés laboral y consecuentemente síndrome de burnout. De hecho, actualmente existe amplio consenso en considerar a las enfermeras como un grupo altamente vulnerable por las características del trabajo que desarrollan y que implica trato directo y constante con personas en situaciones de enfermedad, dolor o pérdida.

Los datos epidemiológicos en diferentes países muestran una frecuencia del síndrome de burnout en enfermeras de entre el 20-35% por arriba de grupos como profesores y policías y solo por debajo del porcentaje detectado en médicos y estudiantes de enfermería.

Según estudios del IMSS, más del 20% de los trabajadores en México sufren algún tipo de estrés laboral y cada año se pagan 9 millones de días de ausencia

por riesgos de trabajo. Así, un estudio desarrollado en enfermeras mexicanas en 1998 muestra que el ausentismo causado por este problema implica 36.5% de todas las inasistencias en un año. También se le relaciona con el 28% de los accidentes y el 27.7% de enfermedades generales.

Uno de los principales hallazgos respecto al síndrome de burnout es el estudio de investigación realizado en 168 hospitales del estado de Pensilvania en los Estados Unidos por Aiken et al, entre 1998 y 1999. Se reporta que el 40% de las enfermeras de esos hospitales tienen burnout. Los autores de este estudio describen una clara relación entre el índice enfermera-paciente, síndrome de burnout, y la mortalidad registrada en los servicios en que estos profesionales laboran.

Tanto los autores mencionados como otros han vinculado la presencia de mayores niveles del síndrome de burnout con áreas hospitalarias específicas como: urgencias, cuidados intensivos, cuidados coronarios, áreas donde, las demandas físicas, mentales y emocionales son cuantitativa y cualitativamente mayores, por esta razón, dichas áreas han sido denominadas "áreas críticas".

En general se ha detectado un nivel medio del síndrome en este tipo de profesionales. Sin embargo, existen también resultados contradictorios en cuanto a las posibles causas de aparición y en la definición de los riesgos de padecerlo. Por esta razón, se diseñó un estudio encaminado a detectar la presencia del síndrome en el personal de cuatro hospitales del Centro Médico La Raza para comparar los hallazgos en personal de áreas críticas en relación con otras áreas que no se consideran como tales, así como hacer estimación del riesgo entre los diferentes hospitales y servicios estudiados e identificar las principales fuentes de estrés en el trabajo percibidas por el personal de enfermería que participa en el estudio.

3. MARCO TEÓRICO.

3.1 El síndrome de Burnout.

El síndrome de burnout es un trastorno de alta incidencia en el personal de salud, específicamente en enfermeras. Este conlleva elevados costos para la persona, el grupo de trabajo y la institución, ya que deteriora la calidad de vida del trabajador y la calidad del servicio que ofrece. Algunos hallazgos en investigación revelan que las unidades que generan mayor estrés son aquellas que reúnen pacientes en estado crítico como las unidades de terapia intensiva, cuidados coronarios o áreas que requieren cuidado pronto y continuado como urgencias. A estos servicios se ha denominado áreas críticas del hospital.

La relevancia de estudiar este síndrome en enfermeras radica no sólo en la importancia del cuidado de la salud laboral, sino que trasciende en la calidad del servicio que se proporciona a los usuarios en las instituciones hospitalarias. Por esta razón, se requiere identificar las características del problema así como los factores que se relacionan con el mismo en este grupo para prevenir sus consecuencias en un marco del cuidado de la salud como pleno estado de bienestar físico, mental y social.

3.1.1 Evolución y definición conceptual.

El concepto de síndrome de burnout surgió en los Estados Unidos a mediados de los años 70, cuando Freudenberger trató de explicar el proceso de deterioro de los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios sanitarios y educativos.¹ A lo largo de los años, el síndrome de burnout ha quedado establecido como una respuesta al estrés laboral crónico que ocurre con frecuencia en los profesionales de las organizaciones de servicios humanos (médicos, profesionales de enfermería, maestros, policías, trabajadores y asistentes sociales, etc.) que trabajan en contacto directo con los usuarios de tales organizaciones (pacientes, alumnos, indigentes, presos, etc.).^{1-3.}

Según Gil Monte y Peiró⁴, el síndrome de burnout puede estudiarse desde dos perspectivas: la clínica y la psicosocial. La perspectiva clínica asume al burnout como un estado patológico al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral y la psicosocial lo define como un proceso con una serie de etapas que se generan por interacción de las características personales y del entorno laboral.⁵ Además, actualmente se considera una perspectiva organizacional en el desarrollo del síndrome ya que existe acuerdo en la gran importancia que tiene el contexto de trabajo en el desarrollo del mismo.⁶⁻⁹

Desde la *perspectiva clínica*, la definición inicial dada por Freudenberger contemplaba una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales y fuerza espiritual del trabajador¹⁰, esto lleva a un conjunto de síntomas de carácter psiquiátrico, psicossomático, somático y social sufridos por el personal sanitario como resultado de las condiciones de trabajo.^{11,12}

Las investigadoras estadounidenses Cristina Maslach y Susana Jackson abordan la *perspectiva psicosocial* en 1981, lo consideran como una respuesta principalmente emocional, situando los factores laborales y los organizacionales como condicionantes y antecedentes. De hecho, una reciente revisión del constructo basado inicialmente en el concepto “persona-trabajo”, incluye también el de “contexto”, con lo cual el marco conceptual queda como “persona situada en su contexto de trabajo”. En esta misma revisión queda delimitados los principales estresores que condicionan la aparición del síndrome; éstos hacen referencia a las siguientes seis áreas de dominio: sobrecarga, control, recompensa, equipo, justicia y valores.⁷

1. *Sobrecarga*. Una inadaptación por sobrecarga es generalmente entendida como excesivas demandas tanto cualitativas como cuantitativas. Una inadaptación por sobrecarga cualitativa puede resultar de un inadecuado tipo de trabajo como cuando las personas carecen de habilidades o inclinación por un cierto tipo de trabajo. El aspecto emocional es especialmente agotador

cuando las personas requieren reprimir o manejar emociones contradictoriamente con sus sentimientos. Sobrecarga cuantitativa se refiere a número de pacientes atendidos por persona o número de horas trabajadas. Generalmente la sobrecarga está más directamente relacionada con la dimensión de agotamiento del burnout.

2. *Control*. Una inadaptación en control indica que los individuos tienen gran sentido de responsabilidad pero enfrentan carencias en tiempo, recursos o capacidad para tomar decisiones y realizar su trabajo. Una inadaptación en control está directamente relacionada a la dimensión de ineficacia o pobre realización personal del burnout.
3. *Recompensa*. Un tercer tipo de inadaptación involucra una falta de recompensa apropiada para el trabajo que las personas realizan. Puede ser pago insuficiente, aunque lo más importante es la falta de recompensa social como cuando un trabajo difícil es ignorado y no apreciado por otros. Esta falta de reconocimiento devalúa a ambos, al trabajo y al trabajador. La falta de reconocimiento está fuertemente relacionado con sentimientos de ineficacia.
4. *Equipo*. La cuarta inadaptación ocurre cuando las personas pierden el sentido de conexión positiva con otros en el lugar de trabajo. las personas se desarrollan en comunidad y funcionan mejor cuando comparten experiencias agradables al interior del grupo. Los conflictos producen constantes sentimientos negativos de frustración y hostilidad y reducen la probabilidad de soporte social.
5. *Justicia (equidad)*. Una seria inadaptación entre la persona y el trabajo ocurre cuando no se percibe justicia en el lugar de trabajo. la equidad comunica respeto y reafirma los méritos propios. Un desequilibrio en este sentido ocurre cuando existe inequidad de carga de trabajo o pago, cuando hay fraude o las evaluaciones y promociones son manejadas inapropiadamente. Esto exagera el burnout en dos formas: primero, la experiencia de un trato injusto

es emocionalmente perturbador y agotador y, segundo, la injusticia enciende un profundo sentido de cinismo que lleva a la despersonalización en el trabajo.

6. *Valores*. Una inadaptación en esta área implica un conflicto entre los valores personales o profesionales y los de la organización. Este conflicto entre valores puede tener lugar cuando el personal de servicios está conciente de que se debe proporcionar un servicio de alta calidad a los usuarios y al mismo tiempo tener que economizar recursos para contener los costos. Evidencias preliminares sugieren que el área de valores puede jugar un papel central y rol mediador para las otras áreas.

Según Christina Maslach, el burnout es un síndrome psicológico que evoluciona como una respuesta prolongada a los estresores interpersonales crónicos en el trabajo. De acuerdo con la concepción de esta autora, este síndrome se compone de tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal, se establece al paso del tiempo, está relacionado principalmente con el ambiente organizacional en que las personas desarrollan su trabajo y sólo escasamente a características personales.¹³ Con base en esta operativización se crea el MBI (Maslach Burnout Inventory) que hasta ahora es el instrumento más usado para medir el síndrome.¹

Sin embargo, desde los estudios de Lazarus y Folkman en que definen el concepto de afrontamiento como los esfuerzos cognitivo-conductuales del sujeto para manejar las demandas internas y externas, las cuales considera desbordantes de sus recursos personales,¹⁴ algunos autores se han interesado por las diferentes estrategias como la evitación y el control empleadas para afrontar el estrés laboral en estudios con enfermeras españolas, donde los resultados reportan correlaciones significantes.¹⁵

En este mismo sentido, estudios sobre el tema realizados en trabajadores mexicanos recientemente proponen el modelo psicosocial de control "personal/laboral" donde el control personal incluye características personales y el

control laboral, las del contexto. El modelo resalta la importancia de las variables personales como el control emocional y autoeficacia laboral en el desarrollo del síndrome de burnout y su papel mediador con el estado de salud.¹⁶ Este y otros autores sugieren que las dos dimensiones clave de este síndrome son agotamiento emocional y despersonalización y que la dimensión de falta de realización personal es sinónimo y análogo del sentimiento de eficacia, el cual es una variable psicológica relativa a la "personalidad": donde el burnout correspondería a una crisis de autoeficacia. Así, actualmente se afirma que el burnout está claramente relacionada a la personalidad.¹⁶⁻¹⁹

Debe señalarse que la gran mayoría de estudios de investigación sobre síndrome de burnout han abordado la perspectiva psicosocial.¹⁰⁻¹¹

La perspectiva organizacional nos induce a recordar que cuando Freudemberger en 1974 formula el constructo de síndrome de burnout, lo hace como una crítica a la sociedad Estadounidense de eficientismo, competencia e individualismo desmedido de los ambientes laborales en esa época.⁹ En este sentido, Rojas Soriano, asumiendo esta visión social, afirma que las modernas formas que adoptan los procesos de trabajo generan no solamente enfermedades orgánicas y psicosomáticas, sino también psíquicas.²⁰

Asimismo, la situación de instituciones que prestan servicios de salud es descrita por Laurell (1997) cuando afirma: en un mundo globalizado, y debido a las reformas y recortes presupuestales hechos a las mismas, éstas buscan el máximo de eficacia al menor costo posible, de manera que la ideología de dichas instituciones cede ante un modelo económico que determina su funcionamiento; con graves consecuencias para los usuarios y trabajadores⁶.

Desde esta misma perspectiva, los psicólogos sociales Aubert y De Gaulejac⁸ definen el síndrome de Burnout como la enfermedad de la excelencia, ya que es producto de las demandas económicas de las organizaciones. Desde su

concepto, este síndrome afecta principalmente a personas que alimentan un ideal elevado y que han puesto todo su empeño en alcanzar ese ideal.⁹

Así, en la delimitación conceptual existe amplio consenso en afirmar que el síndrome de burnout es una respuesta al estrés crónico en el trabajo, emerge de la inadaptación entre las personas y su contexto laboral. Está basada en sentimientos de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal cuando fallan los mecanismos de afrontamiento empleados por el individuo frente al estrés percibido.^{1,3, 7,21-22.}

3.1.2 Desarrollo y operacionalización del constructo.

Cabe mencionar que la evolución conceptual de este constructo ha sido ambigua ya que se han usado diferentes términos para identificar el síndrome de burnout como: desgaste profesional, cansancio emocional, cansancio mental, síndrome del quemado o estrés laboral asistencial. Actualmente se afirma que existen 17 denominaciones diferentes en el idioma español para referirse al síndrome de burnout.¹ Esto ha generado cierta confusión y el uso inadecuado del término.^{23-24.}

Una de las principales confusiones es la que surge al denominar al mismo fenómeno estrés laboral o síndrome de burnout. Al respecto Maslach⁷ explica que el síndrome de burnout corresponde a la última fase del estrés laboral, donde surge el agotamiento debido a la excesiva demanda de recursos personales. Sin embargo, y a pesar de que no se han podido establecer inferencias consistentes entre el estrés y burnout, y dado que se parte de una situación estresante, existe acuerdo en llamarlo estrés laboral.^{7,25-28.} Algunos otros sugieren el término fenómeno del burnout, ya que lo identifican como un suceso sociológico y no como una entidad clínica patológica.⁹ Por su parte Gil Monte utiliza el término síndrome de quemarse por el trabajo para dar una denominación en español que responda al concepto inglés *burnout syndrome* y que además enfoque la atención al contexto de trabajo y no solamente al individuo.¹

En México, se ha estudiado el burnout como parte de los efectos negativos de tipo psicológico del trabajo, y se ha comparado al *hastío psíquico*, constructo que nació en Alemania, considerado como equivalente al concepto de Burnout de Maslach en Norteamérica.¹⁷

Para fines de este trabajo y desde la visión del cuidado de la salud laboral, se aborda la perspectiva psicosocial. Con este enfoque, el fenómeno ha sido conceptualizado como un síndrome de baja realización personal en el trabajo, altos niveles de agotamiento emocional y de despersonalización.⁴

Por *baja realización personal* en el trabajo se entiende la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismos e insatisfechos con sus resultados laborales.

El *agotamiento emocional* alude a la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo y físico. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto "diario" y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.

La *despersonalización* se define como el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y conductas de cinismo y frialdad hacia las personas destinatarias del trabajo (pacientes, alumnos, clientes, etc).²⁹

El agotamiento es la cualidad central del burnout y la manifestación más obvia de este complejo síndrome, refleja la dimensión de estrés del burnout, ya que captura los aspectos críticos de las relaciones que la gente tiene con su trabajo. La despersonalización es un intento de poner distancia entre uno mismo y los receptores del servicio ya que distanciarse es como una reacción inmediata que lleva del agotamiento a la despersonalización. La baja realización personal, en

relación a los otros dos componentes del burnout es más complejo. En algunas instancias parece ser una disfunción consecuencia del agotamiento, de la despersonalización o una combinación de los dos. Una situación de trabajo con demandas intensas crónicas contribuye al agotamiento o despersonalización y es probable que desgaste el sentido de realización ya que es difícil conservar un sentido de efectividad cuando se siente agotado o se ha perdido el interés en el propio trabajo. La falta de realización personal en el trabajo parece emerger más claramente de una falta de recursos relevantes, mientras agotamiento emocional y despersonalización emergen de la presencia de sobrecargas y conflicto social.
7.30.

3.1.3 Desencadenantes y facilitadores del burnout.

El desarrollo del burnout puede ser entendido como el resultado de un proceso de interacción mediante el cual el sujeto busca ajustarse a su entorno laboral, y en el que los factores ambientales (laborales) son elementos desencadenantes de importancia fundamental y las variables personales actúan como facilitadoras o moduladoras.²⁷

1) *Desencadenantes:*

- 1.1 Ambiente físico y contenido del puesto como iluminación, temperatura, condiciones higiénicas y espacio físico; además de las demandas estresantes del puesto como los turnos rotatorios, el trabajo nocturno, sobrecarga laboral, la variedad e identidad de tareas a realizar y la retroinformación.
- 1.2 Desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera. Con relación a esta categoría de desencadenantes, debe considerarse que el denominado estrés de rol está integrado básicamente por dos disfunciones de rol: ambigüedad y conflicto de rol. La ambigüedad de rol es el grado de incertidumbre que el sujeto que desempeña un rol tiene respecto al mismo y puede estar producido por un déficit de información. El conflicto de rol ocurre cuando no se pueden satisfacer simultáneamente expectativas de rol contradictorias.

- 1.3 Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales como la falta de participación en la toma de decisiones y la falta de apoyo social percibido.
- 1.4 Fuentes extraorganizacionales trabajo-familia. En este sentido, el profesional es el nexo entre ambos elementos, por tanto repercutirán las vivencias, sentimientos, actitudes o conductas que se den en estos medios, como la excesiva dedicación al trabajo, tensiones y agotamiento, frustraciones y conflictos familiares y laborales, afectos y desafectos, etc.

2) *Facilitadores.*

- 2.1 Variables de carácter demográfico. Dentro de este grupo de variables se encuentran: el sexo, el estado civil, la existencia o no de hijos, la antigüedad en el puesto y en la profesión, aunque según Gil Monte y Peiró, las variables sociodemográficas, en total, explican sólo un porcentaje mínimo de la varianza del síndrome.⁵
- 2.2 Variables de personalidad. La mayoría de los investigadores entienden que el síndrome de burnout se da más en sujetos empáticos, sensibles, humanos, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles de identificarse con los demás. Por otro lado, los sujetos con un patrón tipo A, baja autoconfianza y locus de control externos experimentan con mayor frecuencia el síndrome, mientras que los sujetos con personalidad resistente lo experimentan menos.³¹
- 2.3 Estrategias de afrontamiento. Las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales también presentan efectos facilitadores del burnout. Los resultados de los trabajos experimentales muestran que los sujetos que emplean habitualmente estrategias de carácter activo o centrados en el problema reflejan menos sentimientos de burnout que los sujetos que emplean estrategias de evitación/escape o centrados en la emoción.⁴

2.4 Apoyo social en el trabajo. La falta de apoyo social en el trabajo es una variable del contexto laboral que puede facilitar los efectos del estrés laboral sobre el burnout, tal como se ha observado en colectivos profesionales de enfermería y trabajadores sociales, sobre todo como moduladores en los sentimientos de agotamiento emocional y actitudes de despersonalización⁴.

3.1.4 El síndrome de burnout en enfermeras.

Varios autores coinciden en afirmar que el colectivo de enfermería es uno de los más expuestos al estrés laboral por encima de otros grupos profesionales, ya que la actividad que desarrollan implica un compromiso personal y una interacción directa con las personas a las que están atendiendo.²⁷ Las causas del elevado nivel de síndrome de burnout en el personal de enfermería se ha asociado con bajo reconocimiento social, trabajar bajo presión de tiempo, falta de autonomía, relaciones conflictivas entre el equipo de trabajo, trabajar en contacto con el sufrimiento y la muerte. También se afirma que las enfermeras pasan más tiempo con sus pacientes y sus familiares que los propios médicos, están sometidas a demandas físicas y emocionales sin precedentes al involucrarse en cuidados del enfermo con un nivel no comparable con el de otro profesional.^{24,26-27,30,32-35.}

Además, en la profesión de enfermería inciden especialmente estresores como la escasez de personal que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con personas afligidas, etc. Asimismo, se trata de una profesión que responde a una burocracia profesionalizada donde se generan problemas de coordinación entre los miembros, problemas de libertad de acción, incorporación de innovaciones tecnológicas y respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales.^{1,4,30.}

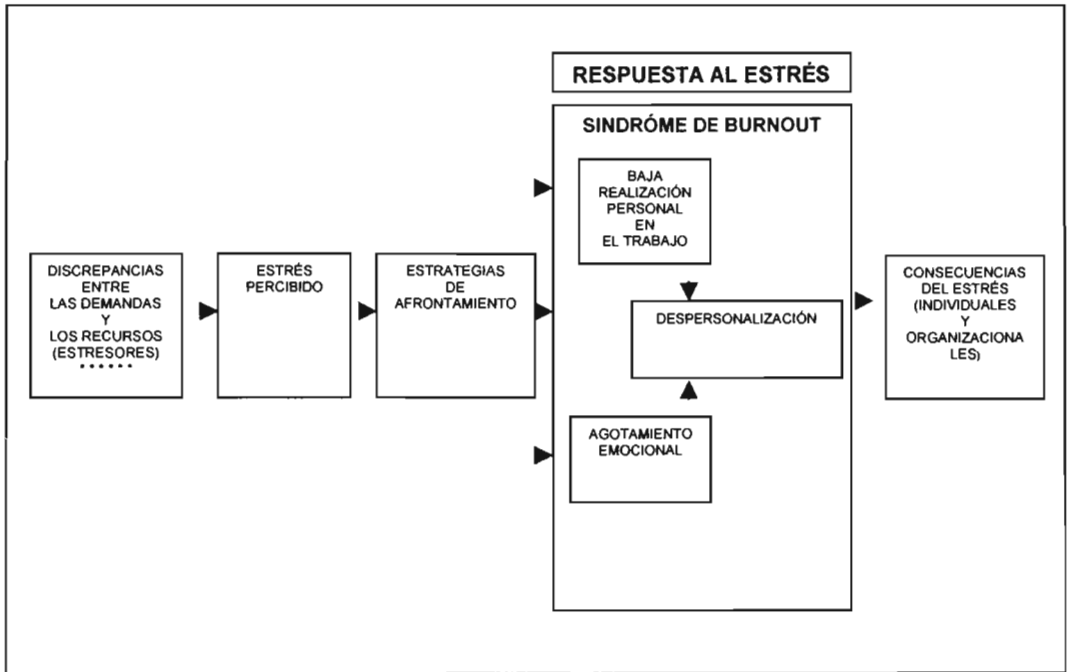
3.1.5 Aproximaciones teóricas del desarrollo del síndrome en profesionales de enfermería.

En los modelos de estrés laboral las respuestas se sitúan como variables mediadoras entre los estresores y sus consecuencias y efectos a más largo plazo. Así, el síndrome de burnout es considerado un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias del estrés, de forma que si permanece a lo largo del tiempo, el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para el individuo en forma de enfermedad o falta de salud con alteraciones psicosomáticas (alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis y úlcera, dificultad para dormir, mareos y vértigos, etc.), y para la organización (deterioro del rendimiento o de la calidad asistencial o de servicio, ausentismo, rotación no deseada, abandono, etc).

El esquema No. 1 representa el modelo elaborado por Gil Monte 2003 para explicar el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo, esto es, cómo progresan sus síntomas en profesionales de enfermería. Se elaboró en base a evidencias empíricas de varios estudios con enfermeras y de enfermeras contrastado con otros colectivos.¹

Esquema No. 1

Modelo para integrar el síndrome de burnout dentro del proceso de estrés laboral. Tomado de Gil Monte 2003.



Según este esquema, los estresores laborales estimularán una serie de estrategias de afrontamiento que, en el caso de los profesionales de enfermería deben ser efectivas para manejar las respuestas al estrés, pero también han de ser eficaces para eliminar los estresores, dado que los sujetos deben tratar diariamente con ellos. Cuando las estrategias de afrontamiento empleadas inicialmente no resultan exitosas, conllevan fracaso profesional y en las relaciones interpersonales con los pacientes, sus familiares y los compañeros de trabajo. La respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal y agotamiento emocional. Ante esos sentimientos, el sujeto desarrolla actitudes de despersonalización como nueva forma de afrontamiento.³

3.1.6 Caracterización de las áreas críticas.

Las áreas críticas de un hospital se han caracterizado tradicionalmente en base a la importancia de la continuidad y calidad del contacto diario con los pacientes, debido a que las demandas emocionales para los profesionales son muy fuertes, de modo que cuanto más tiempo se le dedica, existe mayor riesgo de desgaste emocional. En estas áreas se requiere una atención pronta y continuada con alto grado de eficiencia y especificidad, por esta razón tiene gran importancia la naturaleza de la enfermedad y la gravedad del pronóstico, además, se viven experiencias de alta carga emocional en los procesos de duelo y sufrimiento.^{7,9, 35.} En este sentido, actualmente también existen estudios en enfermeras de servicios como oncología, y enfermos infectados de Vih-Sida que demuestran que atender a este tipo de pacientes aumenta considerablemente las demandas tanto físicas como emocionales.^{27,33.}

Sin embargo, y para fines institucionales y laborales actualmente se catalogan como áreas críticas las **unidades de cuidado intensivo, urgencias y cuidados coronarios**. Esto significa mayor prioridad en la asignación de recursos tanto materiales como humanos y mayor control en lo que a resultados cuantificables se refiere.

3.1.7 Antecedentes.

En base a los fundamentos teóricos revisados en párrafos anteriores, se considera que el personal que labora en las áreas críticas tiene mayor riesgo de presentar el síndrome de burnout. Al respecto, varios autores han realizado estudios para comparar la presencia de este síndrome en diferentes áreas como son urgencias, unidades de cuidado intensivo, unidades de cuidados coronarios, etc, donde se presume, las demandas son mucho mayores en relación a otro tipo de servicios clínicos. Así, algunos trabajos han abordado la importancia de considerar las áreas críticas como “altamente estresantes”.

El estudio de Laverde en enfermeras colombianas del servicio de urgencias concluye que las cargas de trabajo son siempre mayores a las esperadas³⁶. el de Carmona en España subraya la importancia de atender los riesgos de sufrir el síndrome en trabajadores sanitarios de áreas críticas³⁷, en ese mismo país, Atance²⁸ comparó los niveles de síndrome de burnout que presentaba el personal de enfermería de atención primaria de la salud en relación al personal de atención especializada. Se reportan niveles del síndrome más elevados en personal de atención especializada donde se atienden pacientes graves y se tiene más contacto con tecnología específica. El estudio de Ibáñez, a su vez reporta mayor nivel del síndrome en personal de áreas críticas que en otras áreas hospitalarias.⁹ Aiken en Estados Unidos encuentra una fuerte relación entre personal de enfermería que sufre síndrome de burnout y la mortalidad de los pacientes quirúrgicos graves³⁸.

En México, Cortéz del Toro encontró nivel medio del síndrome de burnout en personal asignado a las áreas críticas de un hospital público⁴⁰ y el estudio de Hernández revisa la importante presencia del estrés laboral en personal asignado a éstas áreas así como la gravedad de sus consecuencias. También propone medidas de intervención encaminadas a atender este problema.⁴¹

Sin embargo, dos estudios realizados en enfermeras españolas en el año 2000, coinciden en sus hallazgos de niveles de burnout más elevados en personal de servicios de hospitalización como medicina interna que en cuidados críticos como cuidados intensivos y urgencias.^{12,26,42} En ese mismo país y considerando a las enfermeras que laboran en unidades de cuidado intensivo como un grupo de alto riesgo, se estudió al personal en un hospital de Alicante, donde los resultados mostraron un nivel bajo del síndrome en este personal.⁴³

Otras variables que se han estudiado frecuentemente en relación a la presencia del síndrome son las variables sociodemográficas y laborales como: turno, tipo de contratación, vida en pareja, horas trabajadas a la semana, horas de esparcimiento, escolaridad, su deseo de cambiar de trabajo y número de pacientes que atiende. Con base en el estudio de estas variables se han elaborado el perfil de riesgo en los estudios que a continuación se describen.

A este respecto, el estudio de Solano encontró relación entre mayores niveles de cansancio emocional con un número excesivo de pacientes por atender, personas mayores de 44 años, antigüedad mayor a 15 años y en personas de contrato fijo⁴³. Ibañez a su vez construye un perfil de riesgo con las siguientes variables: mujer casada, con pocas horas de esparcimiento a la semana y que desea cambiar su horario de trabajo⁹. Atance, por su parte afirma de acuerdo con sus hallazgos que los riesgos para síndrome de burnout son: mujer de más de 44 años, sin pareja estable, con más de 19 años de antigüedad, que trabaja en atención especializada con número excesivo de pacientes a su cargo y que trabaja entre 36 y 40 horas a la semana.²⁸ De igual manera, el estudio de Pera y Serra-Prat reporta como principales variables asociadas al síndrome el sexo y la categoría profesional.⁴⁴

Por su parte, los estudios de Carmona, Ramos y Moreno coinciden en que las variables sociodemográficas tienen solo un efecto modulador pequeño sobre el síndrome de burnout.^{37,45-46.}

También se ha buscado identificar estresores que se asocian al desarrollo del síndrome en personal de enfermería, definidos éstos como las “principales fuentes de estrés en el trabajo”. Al respecto, la literatura ha reportado entre los mas importantes: sobrecarga laboral,³⁵⁻³⁶ falta de reconocimiento social a la profesión, contacto con el sufrimiento, y el escaso soporte social para el desarrollo del trabajo los cuales coinciden en estudios mexicanos y de otros países.^{1,5,9,19,36,42,47-48.}

Como se puede apreciar en estos reportes, los hallazgos no muestran una definición clara en el perfil de riesgo para padecer síndrome de burnout en el personal de enfermería, así como la definición de los principales estresores en el trabajo, de hecho, estos autores recomiendan investigar en este sentido con el fin de redefinir otras variables de índole personal, familiar e institucional lo cual permita planear intervenciones específicas al respecto.

3.1.8 Evaluación del síndrome de burnout.

El instrumento usado con mayor frecuencia para medir el síndrome de burnout, independientemente de las características ocupacionales de la muestra y de su origen, es el "Maslach Burnout Inventory" (MBI) (Maslach y Jackson 1981/1986). Es también uno de los instrumentos que mayor volumen de investigación ha generado. Casi se podría afirmar que a partir de su elaboración se normaliza el constructo, pues su definición más aceptada es el resultado de la factorización del MBI, que en las versiones iniciales se conceptualiza como un síndrome caracterizado por baja realización personal en el trabajo, altos niveles de agotamiento emocional y de despersonalización.

Desde la perspectiva del diagnóstico, tanto el constructo de síndrome de burnout como cada una de sus dimensiones son consideradas como variables continuas y las puntuaciones de los individuos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala. Los individuos por encima del percentil 66 se incluyen en la categoría "alto", entre el percentil 33 y 66 en la categoría "medio" y, por debajo del percentil 33 en la categoría "bajo". De este modo, un individuo que se encuentra en la categoría "alto" en las dimensiones de agotamiento emocional y cinismo, y "bajo" para eficacia profesional puede ser categorizado como un individuo con altos sentimientos de síndrome de burnout.¹

Aunque actualmente se acepta que este instrumento es útil para medir el síndrome en diferentes contextos, también se han encontrado críticas a su aplicación en escenarios e idiomas diferentes al de su origen, inclusive, se han elaborado instrumentos locales para la medición del síndrome.^{2,5,11,17,48-49} De esta manera, actualmente hay reportes de trabajos que han utilizado metodología cualitativa para investigar la forma en que se desarrolla el síndrome en contextos específicos, así como para la identificación de estresores en grupos de enfermeras.^{1,5}

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La construcción teórica sobre el síndrome demuestra que la gravedad del problema se ve reflejada cuando el personal de salud utiliza a manera de evasión una alta rotación laboral, la falta de asistencia al servicio o la necesidad de buscar incapacidades injustificadamente. Este síndrome también ha sido señalado como un riesgo a la salud laboral, además se le considera una de las principales causas de deterioro de las condiciones de trabajo y fuente de accidentabilidad y ausentismo. Lo antes mencionado lleva a grandes pérdidas económicas para las organizaciones, se compromete la calidad de los servicios que ofrece y con ello la seguridad y satisfacción de sus usuarios, así como la salud y la vida de los trabajadores, ya que un proceso agudo puede llevar hasta el suicidio.

Por otro lado, el cuidado a la salud laboral constituye un importante apartado al evaluar la eficacia de una organización según los indicadores del Premio Nacional de Calidad que es el parámetro con el cual se certifican instituciones de servicio como el Instituto Mexicano del Seguro Social. Así, y aunque se conocen los resultados de estudios en poblaciones de enfermeras de diferentes contextos, se desconoce cuál es la situación que vive el personal de enfermería en los hospitales del Centro Médico La Raza. Por esta razón se formularon las siguientes presuntas de investigación:

1. ¿Cuál es la diferencia del nivel y la frecuencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería que labora en áreas críticas contra áreas no críticas en hospitales del Centro Médico La Raza?
2. ¿Cuáles son los servicios y hospitales que presentan el mayor número de casos de síndrome de burnout en enfermeras del Centro Médico La Raza?
- 3.- ¿Cuáles son las características principales observadas en las personas afectadas con el síndrome de burnout?
- 4.- ¿Cuáles son los principales estresores percibidos por los sujetos afectados con el síndrome de burnout?

5. HIPÓTESIS.

1. De acuerdo con algunos reportes de investigación sobre el tema, cabe esperar la presencia de un mayor nivel y frecuencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería que labora en áreas hospitalarias críticas que en el personal que labora en áreas no consideradas como críticas de cuatro hospitales del Centro Médico La Raza.
2. De acuerdo a los reportes de la literatura se espera mayor presencia del síndrome de burnout en las áreas de urgencias, cuidados intensivos y cuidados coronarios dada la gravedad de los pacientes que se atienden y el contacto con la tecnología en hospitales de mayor complejidad como el hospital general y especialidades, los cuales manejan mayor movilidad de pacientes graves y mayor diversidad en los padecimientos que el hospital de gineco obstetricia y el de infectología.
3. Con fundamento en los resultados de algunas investigaciones sobre el síndrome de burnout, suponemos que la edad, el estado civil, escolaridad, turno laboral, categoría, tipo de contratación, así como número de pacientes atendidos, antigüedad en el puesto y tiempo de recorrido de la casa al trabajo se relacionan con la presencia de dicha alteración en la población de estudio.
4. Aunque se sabe que los factores facilitadores y desencadenantes para desarrollar el síndrome de burnout son ampliamente variados entre personas, profesiones y contextos, se espera encontrar la presencia de algunos estresores percibidos por las enfermeras afectadas con el síndrome de burnout como: cargas de trabajo, falta de apoyo social en el trabajo, trabajar bajo presión del tiempo, la gravedad de los pacientes y la falta de autonomía del trabajo de enfermería.

6.- OBJETIVOS.

1. Comparar el nivel y proporción del síndrome de burnout entre personal que labora en áreas críticas contra no críticas en cuatro hospitales de la ciudad de México.
2. Ubicar los casos detectados con síndrome de burnout por área de servicio y hospital.
3. Elaborar perfil de riesgo para el síndrome de burnout en el personal de enfermería que labora en los hospitales estudiados.
4. Identificar los estresores percibidos por el personal afectado con el síndrome de burnout.

7.- MATERIAL Y MÉTODOS.

7.1 Tipo de estudio.

Se realizó un estudio observacional, prolectivo, transversal y comparativo entre febrero y noviembre del 2004 en enfermeras que laboran en hospitales del Centro Médico La Raza.

7.2 Universo de estudio.

Se aplicó una encuesta auto administrada a un total de 278 enfermeras, de las cuales 127 laboran en diferentes áreas del hospital no consideradas como críticas y 151 en áreas críticas de dichos hospitales. Los servicios incluidos en el estudio fueron en el Hospital General: urgencias, terapia intensiva postquirúrgica, y oncología pediátrica, en el Hospital de Gineco Obstetricia se incluyeron los servicios de: recuperación pediátrica, oncología señoras y terapia intensiva pediátrica. En el Hospital de Especialidades se incluyeron los servicios de terapia intensiva adultos, unidad coronaria y unidad de hemodiálisis. En el Hospital de Infectología se incluyeron los servicios de hospitalización adultos, hospitalización pediatría y terapia intensiva de adultos y pediátrica. El siguiente cuadro muestra cómo quedó conformado el grupo de enfermeras encuestadas de acuerdo al área en que labora.

Número de sujetos incluidos en el estudio sobre síndrome de burnout en enfermeras por hospital tipo de servicio y unidad de servicio.

HOSPITAL	ÁREA CRÍTICA	ÁREA NO CRÍTICA	N	%
Especialidades	Unidad de cuidados coronarios.		6	2
	Unidad de terapia intensiva.		16	6
		Unidad de hemodiálisis.	16	6
Gineco-obstetricia	Unidad de cuidados intensivos neonatales		35	12
		Oncología.	29	10
		Recuperación pediátrica	22	8
Infectología	Unidad de cuidados intensivos adultos.		11	4
	Unidad de cuidados intensivos adultos y pediatría.		13	5
		Hospitalización adultos infecciosos.	44	16
General	Urgencias		48	17
	Unidad de terapia postquirúrgica.		22	8
		Hematología.	16	6
Total	151	127		

N = 278 100%

Del total de 278 encuestados, sólo el 5% son varones y 95% mujeres, el 51% tarda entre 30 minutos y una hora de recorrido de su casa al trabajo, el 63% tiene una edad de 38 años y más, el 67% vive con pareja estable en unión libre o casados, el 56% tiene una antigüedad entre 11 y 20 años, el 38% labora en el turno matutino, el 54% labora en áreas críticas, el 39% atiende entre 1 y 2 pacientes, el 46% tiene categoría de enfermera especialista y escolaridad de curso postécnico en enfermería y el 96% tiene contrato fijo.

Se encuestó a enfermeras generales, especialistas y auxiliares sin importar el tipo de contratación, antigüedad o días de descanso, el criterio es que atiendan directamente a los pacientes en los diferentes turnos. Se incluyó a todo el personal con estas características que se encontraban presentes los días destinados al estudio según el cronograma de actividades y que tuvieran más de seis meses de trabajar en el área.

7.3 Variables.

Las variables estudiadas fueron: como variable independiente de tipo nominal el servicio al que está asignado el personal. Como variables dependientes, el nivel, frecuencia y grado del síndrome de burnout que presentan las enfermeras encuestadas. Como variables intervinientes se analizaron los datos sociodemográficos y laborales, de los cuales se consideraron variables cualitativas nominales el estado civil, tipo de contrato, categoría, turno y escolaridad y como variables cuantitativas discontinuas la antigüedad en número de años, el número de pacientes que se atienden, el tiempo de recorrido en minutos y la edad en número de años de las enfermeras. Cabe señalar que la variable género no se analizó en este sentido debido a que solo representó el 5% del total de los entrevistados.

También se comparó la presencia del síndrome por hospitales y unidades de servicio como variables cualitativas nominales. (Ver anexo 1 “operacionalización de variables”)

7.4 Instrumento.

Se aplicó el cuestionario (MBI), el cual explora el nivel del síndrome de burnout que presenta el personal. Éste se analizó como variable cuantitativa continua con siete opciones de respuesta y valores del 0 al 6. Se agregó una encuesta de datos sociodemográficos y una pregunta abierta sobre las principales fuentes de estrés percibidas en el trabajo.

El MBI en su versión en español validada por Seisdedos en 1997 en España y en México por Grajales en el 2000 está constituido originalmente por 22 ítems que valoran sus tres dimensiones: agotamiento emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y falta de realización personal (8 ítems). Sin embargo, para fines de este estudio se realizó análisis factorial con rotación oblicua, según el cual y tomando sólo los ítems que mostraron un valor por arriba de .40, así se extrajeron los tres factores con las mayores cargas y el cuestionario aplicado quedó conformado como se muestra enseguida:

Validez factorial del instrumento aplicado. Se realizó análisis factorial del instrumento encontrándose buena agrupación de las tres dimensiones del burnout. La dimensión de agotamiento emocional es la que mejor agrupa con 6 ítems, y presenta alpha de Cronbach estandarizada de 0.7892. La dimensión de realización personal agrupa 4 ítems y presenta un alpha estandarizada de .5794. la dimensión de despersonalización agrupa solo 3 ítems y presenta un alpha estandarizada de .4993. Estas cifras son similares a las encontradas por otros autores en estudios del síndrome con enfermeras de otros países.^{4, 15-16, 34,18} . El anexo 2 presenta la estructura del cuestionario aplicado en este estudio con un total de 13 ítems. Debe puntualizarse que la diferencia en los puntajes promedio obtenidos por dimensión va en relación al número de ítems que la conforman. De esta manera la dimensión agotamiento emocional tiene un puntaje máximo posible de 36, la de realización personal de 24 y la de despersonalización de 18. La consistencia en general se considera aceptable a pesar de que no rebasa la cifra de 0.80 por tratarse de aspectos psicosociales.¹⁶ (Ver anexo 3 “análisis factorial”).

La dimensión de agotamiento emocional resulta ser la más consistente y el mejor predictor de las tres dimensiones para síndrome de burnout (mediante prueba de regresión para la variable dependiente nivel alto del síndrome con un valor de beta estandarizado de .301, y $p < 0.001$), es la que más se aproxima. Además, algunos autores han denominado a ésta la dimensión central, “core” ó corazón del síndrome.⁶

Por esta razón, el *grado* de burnout se analiza en base a esta dimensión como ya se especificó antes.

La dimensión de agotamiento emocional mide los sentimientos de sobrecarga física y emocional, despersonalización mide sentimientos de indiferencia y respuesta impersonal hacia los pacientes y la dimensión de realización personal mide los sentimientos de competencia y consecución de logros en el trabajo. Se considera que el grado de burnout es alto cuando aparecen puntuaciones altas en las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización y bajas en la de realización personal, de manera que para evaluar el nivel alto del síndrome se centrará la atención en los casos que cumplan con los tres criterios.

En este trabajo se investiga la frecuencia en porcentajes y nivel del síndrome de burnout. A fin de medirlo se ha adoptado el punto de corte usado en otros estudios en base al comportamiento de la curva normal en la población estudiada y que establece nivel bajo del síndrome a las puntuaciones encontradas por debajo del percentil 33, nivel medio a las que se ubican entre el percentil 33 y 66 y nivel alto a las que están por encima del percentil 66.

Así, para valorar *el nivel alto* del síndrome en la población estudiada se tomaron los valores altos en las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización y los más bajos en la de realización personal ya que los ítems están redactados en forma positiva y se está buscando "baja" realización personal.

El análisis sobre *el grado* de afectación del síndrome en esta población se hizo en base a los criterios percentilares ya descritos en una o varias de sus dimensiones.

7.5 Análisis de resultados.

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS V. 10. Se aplicó Chi cuadrada para explorar tanto la frecuencia, el nivel y grado del síndrome en áreas

críticas y no críticas, así como las proporciones sobre la presencia del síndrome en relación con variables cualitativas de tipo personal y laboral, regresión lineal para analizar el nivel alto del síndrome con variables cuantitativas discontinuas y t de student y análisis de varianza para comparar datos crudos obtenidos sobre el síndrome en cada dimensión por tipo de servicio, hospital y unidad de servicio. En el programa Epiinfo V 1 se calculó Razón de momios (RM) como estimador del riesgo para tipo de servicio y turno de las enfermeras con niveles altos del síndrome así como para comparar el riesgo entre los cuatro hospitales y 12 unidades de servicio. La regla de decisión aplicada comprende $p < 0.05$ para valorar significancia estadística en las diferentes pruebas siendo el intervalo de confianza del 95%. También se analizaron las respuestas obtenidas de la pregunta sobre las principales fuentes de estrés percibidas por las enfermeras y se tabularon de acuerdo al grado de acuerdo (número de menciones que presentaron).

8. RESULTADOS.

El número de sujetos estudiados fue de 278, de los cuales, según el tipo de servicio que prestan 151 laboran en áreas críticas y 127 en áreas no críticas.

Se analizaron como variables cualitativas la categoría, servicio al que está asignado, turno, estado civil, escolaridad y tipo de contrato. La única variable que presenta diferencias estadísticamente significativas ($p=0.008$) fue el turno matutino y el nocturno respecto al vespertino con una proporción casi cuatro veces mayor. (Cuadro 1).

Al analizar las variables cuantitativas discontinuas edad, antigüedad, tiempo de recorrido y número de pacientes en relación tanto con el nivel alto del síndrome así como con cada una de sus dimensiones por medio de regresión lineal no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$) ni en el análisis global ni en el análisis por hospital.

También mediante prueba de Pearson se encontró una correlación positiva moderada ($r= 0.433$, $p < 0.01$) entre las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización. Se encontró correlación negativa casi nula entre las dimensiones agotamiento emocional y realización personal ($r= -0.164$, $p < 0.01$) y entre las dimensiones realización personal y despersonalización ($r= -0.197$, $p < 0.01$).

Según se puede observar en el cuadro 2, el porcentaje de las enfermeras que presentan el síndrome de burnout en nivel alto de acuerdo al tipo de servicio al que están asignadas, y con afectación en las tres dimensiones del mismo (Altas puntuaciones en agotamiento emocional y despersonalización y bajas en realización personal), no se observan diferencias estadísticamente significativas, siendo incluso mayor el en las enfermeras de áreas no críticas que en áreas críticas (áreas no críticas 15.7%, áreas críticas 12.6%, $p > 0.05$). Asimismo, en el análisis por dimensión del síndrome y comparando áreas críticas y no críticas tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas (cuadro 3). Cabe señalar que la presencia

de las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización de manera simultánea presentan un valor de p limítrofe, siendo el valor que más se acerca a la significancia estadística.

La información presentada en estos tres primeros cuadros corresponde al análisis de los datos obtenidos de la población total, enseguida se presentan resultados de un análisis realizado por hospital y tipo de servicio para ubicar los casos de síndrome de burnout y sobre la identificación de estresores en cada uno de ellos.

En base a estos hallazgos, se muestran las proporciones sobre la presencia del síndrome de burnout de acuerdo al servicio y hospital al que están asignadas las enfermeras encuestadas (cuadro 4). Como se puede apreciar, existen mayores porcentajes del síndrome en personal de áreas críticas en los hospitales de especialidades y general, el porcentaje es significativamente mayor y alcanza una proporción dos veces superior, en relación a las áreas no críticas.

En lo que respecta al hospital de infectología, la diferencia también es ligeramente mayor en áreas críticas, sin embargo la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0.655$).

Por otro lado, llama la atención que al hacer esta comparación en el hospital de gineco obstetricia, se encontró un porcentaje mayor del síndrome en personal de áreas no críticas ($p<0.05$) que en áreas críticas, siendo una proporción cuatro veces superior (Cuadro 4).

Asimismo, al analizar de las puntuaciones promedio de cada unidad de servicio puede identificarse cuales son los grupos que presentan mayor puntaje, en agotamiento emocional y despersonalización y menores en realización personal (Cuadro No. 5). Así, las enfermeras que reúnen estos tres criterios, presentan nivel alto de síndrome de burnout, y corresponden en mayor proporción a las áreas no críticas del hospital de ginecobstetricia como recuperación pediátrica y oncología y los puntajes más

bajos para este síndrome los presenta el personal de áreas críticas del hospital de infectología correspondientes a la terapia intensiva de adultos y pediatría. Puede apreciarse también que los resultados más consistentes ($p < 0.05$) se presentan en la dimensión realización personal y despersonalización en el personal del hospital de gineco 3, así como la dimensión de agotamiento emocional del hospital de infectología, los cuales alcanzan significancia estadística y se aprecian valores de p limítrofes en la dimensión realización personal en el hospital general, la misma dimensión en el personal del hospital de especialidades y en la dimensión de agotamiento emocional del hospital de gineco 3.

Las puntuaciones obtenidas en el total de la población para cada ítem se muestran en el cuadro 6. Como puede apreciarse, para la dimensión agotamiento emocional el ítem con puntaje mayor fue: *me siento cansado al final de la jornada de trabajo*, para la dimensión realización personal lo fue el ítem: *me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes* y para la de despersonalización lo fue: *me siento quemado por mi trabajo*. en general, los puntajes promedio con opción de 0 a 6 para la dimensión agotamiento emocional se agruparon en una banda media, para la dimensión realización personal en una banda alta y para la dimensión despersonalización los puntajes fueron muy bajos.

El cuadro No. 7 presenta los datos obtenidos del análisis de riesgo a sufrir el síndrome de burnout en nivel alto para las enfermeras. Se calculó la estimación del mismo mediante razón de momios en relación con variables sociodemográficas, de las cuales la única variable que presentó diferencia estadísticamente significativa fue el turno en el personal de los cuatro hospitales analizados de manera global, también se analizó el riesgo en relación al hospital y unidad de servicio en que trabajan las enfermeras. Sólo se reportan los resultados que presentaron significancia estadística con los resultados de los cuatro hospitales, ya que en el análisis de las variables sociodemográficas y laborales por cada hospital no se encontró ninguna. Según este cuadro, el mayor riesgo para síndrome de burnout lo presenta el personal del servicio de recuperación en el hospital de gineco 3 en relación al servicio de UCIN del mismo

hospital, aunque el intervalo de confianza es muy amplio, la diferencia es considerable.

Para conocer los principales estresores percibidos por las enfermeras que presentan altos niveles del síndrome de burnout se analizaron las respuestas de 40 participantes quienes presentaron el síndrome de burnout en nivel alto en los cuatro hospitales estudiados. Cabe mencionar que el 5% de estas personas decidió no contestar a la pregunta. En el cuadro No. 8 se concentran las respuestas por orden de importancia según el grado de acuerdo (número de menciones) con que fueron referidas. El cuadro No. 9 presenta los estresores percibidos por el personal afectado en cada hospital. Como puede observarse, algunos estresores son comunes para los diferentes hospitales, pero cambia la importancia que se les asigna en cada uno, lo cual modifica el orden en que aparecen.

8.1- Cuadros

Cuadro No. 1 Frecuencia del síndrome de burnout en enfermeras con relación al estado civil, turno, categoría, tipo de contratación y escolaridad.

	Nivel alto del síndrome de burnout					
	Presente		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
<i>Estado civil</i>						
Soltera	13	17%	63	83%	76	100%
Casada	26	14%	160	86%	186	100%
Viuda/divorciada	1	6%	15	93%	16	100%
<i>Turno*</i>						
Matutino	20	19%	86	81%	106	100%
Vespertino	3	4%	74	96%	77	100%
Nocturno	17	18%	78	82%	95	100%
<i>Categoría</i>						
Auxiliar de enfermera	5	11%	39	89%	44	100%
Enfermera general	15	14%	90	86%	105	100%
Enfermera especialista	20	16%	109	84%	129	100%
<i>Tipo de contratación</i>						
Base	38	14%	227	86%	265	100%
Contrato	2	15%	11	85%	13	100%
<i>Escolaridad</i>						
Curso de auxiliar	2	9%	20	91%	22	100%
Carrera técnica	13	12%	95	88%	108	100%
Curso postécnico	22	18%	102	82%	124	100%
Licenciatura	3	12%	21	88%	24	100%

N=278.

* Chi cuadrada. Valor de p = 0.008

Cuadro No. 2 Nivel y frecuencia del síndrome de burnout en enfermeras según el servicio al que están asignadas.

Nivel alto del síndrome	Servicio al que están asignadas			
	Áreas críticas		Áreas no críticas	
	N	%	N	%
Ausente	132	87.4%	107	84.3%
Presente	19	12.6%	20	15.7%
Total	151	100%	127	100%

Chi cuadrada. Valor de p = 0.573

Cuadro No. 3 Grado de afectación en una o más dimensiones del síndrome de burnout de acuerdo al área a la que están asignadas las enfermeras.

Grado del síndrome por dimensión	Servicio al que están asignadas				valor de p
	Áreas críticas		Áreas no críticas		
	N	%	N	%	
Agotamiento emocional	50	33.1%	54	42.5%	0.106
Baja realización personal	46	30.5%	32	25.2%	0.330
Despersonalización	54	35.8%	50	39.4%	0.536
Agotamiento y Despersonalización	18	11.9%	26	20.5%	0.052
Agotamiento y baja Realización personal	17	11.3%	19	15.0%	0.360
Baja realización y Despersonalización	23	15.2%	15	11.8%	0.408
Dos dimensiones Afectadas	38	25.2%	45	35.4%	0.123
Una dimensión Afectada	89	58.9%	70	55.1%	0.521

N=278.

Cuadro No. 4 Frecuencia del síndrome de burnout en enfermeras según el tipo de servicio y hospital al que están asignadas.

Nivel alto del síndrome	Servicio al que están asignadas				Valor de p
	Áreas críticas		Áreas no críticas		
	N	%	N	%	
Hospital de especialidades	4/22	18%	1/16	6%	0.374
Hospital de gineco-obstetricia	3/46	6%	16/51	31%	0.002
Hospital de infectología	1/13	7%	2/44	4%	0.655
Hospital general	12/70	17%	1/16	6%	0.272

Chi cuadrada.

Cuadro No. 5 Características de los datos crudos del MBI por dimensión según el tipo de servicio y hospital al que están asignadas las enfermeras (Medias y desviación estándar).

Datos por dimensión	Servicio al que están asignadas						Valor de p
	Áreas críticas			Áreas no críticas			
	Media	±	DE	Media	±	DE	
<i>Hospital de Especialidades</i>							
Agotamiento emocional	13.77	±	8.83	9.93	±	6.96	0.158
Realización personal	19.36	±	6.31	22.31	±	2.44	0.085
Despersonalización	1.54	±	2.61	1.25	±	2.11	0.712
<i>Hospital de Gineco 3</i>							
Agotamiento emocional	13.04	±	8.60	16.05	±	8.66	0.089
Realización personal	21.95	±	3.02	19.98	±	4.08	0.009
Despersonalización	1.50	±	3.16	3.05	±	4.08	0.040
<i>Hospital de Infectología</i>							
Agotamiento emocional	8.92	±	6.07	13.09	±	6.64	0.048
Realización personal	21.69	±	3.98	21.93	±	2.99	0.815
Despersonalización	1.69	±	3.09	1.97	±	2.87	0.759
<i>Hospital de General</i>							
Agotamiento emocional	11.37	±	8.37	13.06	±	8.03	0.465
Realización personal	19.51	±	5.28	22.06	±	3.95	0.073
Despersonalización	2.41	±	2.59	1.43	±	1.67	0.155

T de student para muestras independientes

Valor de p = 0.05 IC 95%

Cuadro No. 6 Puntajes promedio obtenidos por ítem en cada una de las dimensiones del instrumento.

Items por dimensión	Media	DE
Agotamiento emocional		
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	2.00 ±	1.77
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	3.50 ±	1.88
Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.	1.89 ±	1.85
Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.	1.98 ±	2.26
Creo que estoy trabajando demasiado.	2.11 ±	2.06
Trabajar directamente con mis pacientes me produce estrés.	1.32 ±	1.90
Realización Personal		
Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de otras personas.	4.80 ±	2.10
Facilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes.	5.26 ±	1.54
Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes.	5.55 ±	1.18
He conseguido cosas útiles en mi profesión.	5.17 ±	1.80
Despersonalización		
Me siento quemado por mi trabajo.	0.89 ±	1.60
Me siento acabado.	0.66 ±	1.39
Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas.	0.51 ±	1.23

Cuadro No. 7 Estimación del riesgo para síndrome de burnout en enfermeras de cuatro hospitales según el turno, hospital y unidad de servicio donde laboran.

Riesgo	RM	IC 95%	Valor de p.
Turno			
Matutino*	5.74	(1.53 - 25.33)	0.005
Nocturno*	5.38	(1.40 - 24.13)	0.009
Hospital			
Gineco-3**	6.02	(1.15 – 19.65)	0.026
Unidad de servicio			
Oncología ⁺	10.82	(1.18 – 250.50)	0.018
Recuperación ⁺	23.54	(2.54 – 547.42)	0.0001
Recuperación ⁺⁺	5.73	(1.04 – 41.39)	0.043
Postquirúrgica ⁺⁺	7.88	(1.23 – 63.80)	0.013

* Se consideró "no riesgo" el turno vespertino.

** Se consideró "no riesgo" el hospital de infectología.

⁺ Se consideró "no riesgo" el servicio de UCIN del hospital de gineco-obstetricia 3.

⁺⁺ Se consideró "no riesgo" el servicio de hospitalizados del hospital de infectología.

Cuadro No. 8 Principales estresores percibidos por enfermeras que presentan nivel alto del síndrome de burnout por orden de importancia según el grado de acuerdo con que fueron referidos por cada hospital.

Estresores.

Hospital de Especialidades:

1. Cargas de trabajo y presión de tiempo.
2. Falta de autonomía para la toma de decisiones.
3. Falta de material y equipo.

Hospital de Gineco-obstetricia:

1. Falta de material y equipo.
2. Falta de personal capacitado.
3. Mala comunicación con jefes, falta de apoyo por parte de las jefes y falta de equidad de las jefes.

Hospital de Infectología:

1. Falta de apoyo emocional.
2. Desconocimiento de técnicas especiales.
3. Exceso de trabajo.

Hospital General:

1. Relaciones conflictivas con compañeros y jefes.
2. Falta de equidad en los jefes.
3. Falta de reconocimientos y estímulos

Tabulación de las principales fuentes de estrés en base a respuestas sobre pregunta específica como parte del instrumento aplicado.

Cuadro No. 9 Principales estresores percibidos por enfermeras que presentan nivel alto del síndrome de burnout por orden de importancia según el grado de acuerdo con que fueron referidos.

Estresores.

1. Falta de recursos para el trabajo
2. Falta de reconocimiento para el trabajo de enfermería
3. Relaciones conflictivas en el equipo de trabajo
4. Cargas de trabajo
5. Gravedad de los pacientes
6. Presión de tiempo para el desarrollo del trabajo
7. Falta de personal
8. Poca disposición de autoridades para la solución de problemas
9. Falta de apoyo por parte de compañeros y autoridades para el trabajo
10. Interés de las autoridades sobre cantidad más que en la calidad del trabajo
11. Falta de equidad por parte de los jefes
12. Falta de actualización, educación continua e inducción al puesto.

Tabulación de las principales fuentes de estrés en base a respuestas sobre pregunta específica como parte del instrumento aplicado.

9. DISCUSIÓN.

La importancia de estudiar el síndrome de burnout viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral dado el interés de las organizaciones por la calidad de vida laboral de sus empleados.² el síndrome de burnout es un problema social y de salud pública. Se trata de un problema adaptativo crónico que daña la calidad de vida del profesional y de la calidad asistencial. Esto conlleva un gran aumento de costos económicos y sociales.^{50.}

Por otro lado, se asume que la salud integral de las personas comprende la prevención de problemas psicosociales en el contexto laboral, el cual es campo de acción de profesiones como la enfermería para la promoción de la salud física, mental y social en la búsqueda de un mejor equilibrio de las múltiples variables que inciden en la calidad de vida de cada individuo.^{51-53.}

Así, la investigación llevada a cabo tuvo como objetivos conocer las características del síndrome de burnout en áreas críticas y no críticas en hospitales del Centro Médico La Raza comparando la presencia del síndrome en estos dos grupos, ubicar los casos detectados del síndrome por servicio y hospital, elaborar un perfil de riesgo para presentarlo y conocer los principales estresores percibidos por el personal afectado.

En el desarrollo de este estudio se aborda la perspectiva psicosocial del síndrome de burnout, por lo cual el análisis gira en torno a proporciones y porcentajes sobre el nivel, y la frecuencia del síndrome en el personal estudiado y ubicar los casos por hospital y servicio. Sin embargo, también se tuvo la necesidad de hacer cálculos con los puntajes promedio a partir de los datos crudos para explorar el comportamiento de cada una de las dimensiones del síndrome en la población estudiada así como los puntajes obtenidos en cada servicio y por cada una de estas dimensiones.

En primer lugar, se analizaron los datos obtenidos sobre las variables sociodemográficas y laborales en relación a la presencia del síndrome de burnout de

los sujetos, como ya se mencionó, de todas las variables estudiadas, sólo el turno mostró relación con la presencia del mismo. Esta pobre relación entre las variables sociodemográficas y la presencia del síndrome se encuentra reportada en la literatura sobre el tema donde coinciden los resultados de varios estudios que concluyen que estas variables tienen poco o nulo efecto sobre el síndrome.^{28,37,46.}

En un análisis global de los datos obtenidos de la población estudiada, al comparar proporciones sobre la presencia del nivel alto del síndrome de burnout para el personal de áreas críticas y no críticas, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas, de hecho, la proporción es ligeramente mayor para el personal de áreas no críticas que para el de áreas críticas. Estos resultados son congruentes con los reportes de otras investigaciones en los que se obtuvieron niveles más altos del síndrome en áreas de hospitalización y medicina interna que en áreas de urgencias y cuidados intensivos.^{12,26,42} Laverde et al (2000) propone que el personal de áreas críticas puede acostumbrarse a las altas demandas físicas y emocionales del medio, disminuyendo las probabilidades de padecer el síndrome de burnout.³⁶ También cabe proponer que la complejidad del trabajo que se desarrollo en las áreas críticas se convierte en fuente de agotamiento pero también proporciona cierto grado de satisfacción al personal de las mismas.

Esto se evidencia en este estudio por el hecho de que el ítem con mayor puntaje en la dimensión de realización personal fue *Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes* y apoya la declaración de otros estudios que afirman que cuidar y comunicarse con los pacientes constituye un logro personal.⁵¹ Así, un gran número de sujetos en este estudio presentan altos niveles de agotamiento y despersonalización, posiblemente modulado por un nivel también alto en realización personal. Existe también coherencia entre este dato y lo reportado por Hernández, quien encontró alto nivel de autoeficacia percibida por las enfermeras en un contexto similar.^{54.} Vale la pena recordar también la importancia de las características de personalidad, autoeficacia y estrategias de afrontamiento de los sujetos propuesta por otros estudios realizados en trabajadores mexicanos y extranjeros^{16-17,31,48,54.}

Al explorar el comportamiento de cada una de las dimensiones del síndrome de burnout, se puede apreciar que, según la curva normal la dimensión de agotamiento emocional se agrupa en puntuaciones medias y altas, la dimensión realización personal se ubica en puntuaciones más bien altas y la dimensión despersonalización en puntuaciones bajas. Sin embargo, y de acuerdo con el modelo propuesto por Maslach y Jackson, se puede identificar el comportamiento típico de síndrome de burnout, a mayor agotamiento y despersonalización, menor realización personal y viceversa.

Con respecto al grado de afectación del síndrome de burnout en la población estudiada, el mayor porcentaje se ubica en grado alto y más de la mitad de los sujetos de estudio presentan al menos una dimensión afectada. Este dato se encuentra reportado en la literatura como resultado de estudios que valoran el grado de burnout con base en la dimensión de agotamiento emocional.²⁹ Los datos encontrados en este estudio muestran un grado mayor de afectación. Es importante resaltar también que las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización aparecen juntas en un porcentaje importante de la población estudiada, ya que algunos estudios sobre el tema en México consideran la presencia de estas dos dimensiones equivale a la presencia del síndrome.^{17,19,54.}

Al ubicar los casos detectados de nivel alto del síndrome de burnout por hospital, se aprecia que el hospital de gineco obstetricia concentra casi la mitad de ellos. El hospital de infecto es el que presenta la menor proporción. Cabe señalar que, acorde con los resultados antes descritos el servicio con el mayor número de casos corresponde a un área no considerada como crítica.

Así, la tesis central de este estudio se confirma en tres hospitales donde se encontró mayor proporción del nivel alto del síndrome en personal de áreas críticas que en personal de otras áreas hospitalarias, lo cual es congruente con los hallazgos de otros estudios en los que se alude a la gravedad de los pacientes que se atienden en estas

áreas, tiempo de contacto con ellos y manejo de alta tecnología, así como una gran diversidad de padecimientos por atender con alto grado de especialización.^{9,28,36-38}

Los resultados se invierten en el hospital de gineco obstetricia, donde la proporción de personal que presenta nivel alto del síndrome es menor para las áreas críticas, de esta manera, el cálculo de medias por dimensiones reporta puntajes más altos en áreas no críticas (recuperación pediátrica) que en áreas críticas (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales). Este dato es coherente con los reportes de otros estudios donde se encontraron niveles más bajos de síndrome de burnout en personal de áreas críticas y más elevados en el personal de otros servicios clínicos.^{12,26-27, 42,55.} Sin embargo, estos datos contradictorios sugieren que en el desarrollo del síndrome de burnout influyen factores tan diversos como: el ambiente físico, contenido del puesto, relaciones interpersonales, posibilidad de desarrollo personal, empleo de nuevas tecnologías, disponibilidad de recursos personales y organizacionales, situación familiar, variables de personalidad, autoeficacia percibida, estrategias de afrontamiento y el apoyo social en el trabajo, los cuales pueden actuar como facilitadores o desencadenantes en la aparición del mismo.^{4,31, 56-58.}

En este estudio, el personal afectado con el síndrome hace referencia a la falta de recursos tanto humanos como materiales y a relaciones humanas poco cordiales entre el equipo de trabajo. Esto sugiere que el desarrollo del síndrome se relaciona más con el aumento de las demandas cualitativas y cuantitativas en el trabajo, que con las características propias del mismo o el tipo de servicio que se preste. . A este respecto, los resultados de Aiken et al (2002) muestran un aumento del riesgo por cada paciente asignado a enfermeras que ya atienden a 5, en servicios de cirugía.³⁸ Esto aunado a características estructurales del servicio u hospital y la carencia de recursos para responder a dichas demandas contribuyen en las enfermeras al desarrollo de este problema de salud. Otros autores consideran que los extremos pueden contribuir al desarrollo del síndrome; de manera que Pines y Aronson (1979) introducen el concepto *tedio* al constructo, aludiendo a que pocas demandas también provocan

burnout. Así, los extremos: exageradas demandas y muy pocas demandas, repercuten también en el tipo de respuesta al estrés laboral.²³

Las relaciones conflictivas entre el personal de enfermería aluden a falta de recursos personales para el afrontamiento del estrés y/o a cargas emocionales agregadas. En este sentido, varios autores coinciden en afirmar que las características individuales influyen directamente para que algunas personas sean más vulnerables que otras a presentar el síndrome.^{29,31}

Al respecto de los estresores identificados en este estudio, cabe mencionar que, en general coinciden con los reportados en otros ^{1,5,9,36,47,51.} y encajan en las categorías que contempla el modelo propuesto por Maslach (trabajo en equipo, sobrecarga de trabajo, justicia y equidad, recompensa, control y valores).⁷ Sin embargo, dichos estresores cambian al analizarlos por servicio y por hospital, lo cual posiblemente tiene qué ver con el tipo de dirección, los recursos disponibles y las diferencias estructurales propias de cada uno, los cuales, como ya se acepta ampliamente, determinan el tipo de relaciones que se establecen entre trabajadores, trabajo y organización.⁵⁹⁻⁶¹

Así, respecto de los principales estresores percibidos por las enfermeras con alto grado de burnout de los cuatro hospitales, se listaron 12 declaraciones. Las tres principales son: a) *falta de recursos para desarrollar el trabajo de enfermería*; en esta declaración, las enfermeras hacen alusión a la falta de recursos en general, sin especificar si son humanos o materiales, técnicos ó físicos. Sin embargo se percibe una limitación en el sentido de carencias importantes que repercuten en el desarrollo de su trabajo pero escapan a su control, y que por lo tanto no le es posible solucionar, b) *falta de reconocimiento para el trabajo de enfermería*; ésta alude a la percepción de los sujetos de que su trabajo no es reconocido adecuadamente dado el grado de dificultad que implica y la trascendencia del mismo en la salud y la vida de las personas. No se trata de recompensas económicas sino de reconocimiento social hacia las actividades desarrolladas y la profesión de enfermería. c) *las relaciones*

conflictivas en el equipo de trabajo; ésta describe la importante influencia que ejerce la calidad de las relaciones humanas al interior de un equipo específico que debe responder a demandas urgentes con alto grado de eficiencia y precisión. Así, cuando estas relaciones humanas no son buenas, se percibe como fuente de estrés por el personal de enfermería.

Respecto al análisis el riesgo, la variable *turno*, al comparar proporciones, se encontró que el turno matutino y nocturno presentan una proporción muy superior al vespertino. Esta diferencia puede ser explicada debido a que en el turno matutino el personal de enfermería desarrolla mayor número de actividades y en algunos casos de mayor complejidad, así como la presencia del equipo multidisciplinario completo, por lo tanto, mayor presión de tiempo y, consecuentemente mayor agotamiento y menor realización personal. Con lo que respecta al turno nocturno, la diferencia podría estar dada por el mayor número de horas de trabajo continuo, así como poca oportunidad de tomar un periodo de descanso y la dificultad para conseguir recursos para el trabajo cuando hay carencias.

Al analizar la variable *hospital* se comparó el que presentó el mayor número de casos contra el que presentó el menor. Así, el hospital de ginecobstetricia representa un riesgo cinco veces mayor de presentar el síndrome que el hospital de infectología. Este resultado contradice una de las hipótesis de este estudio, ya que pudiera parecer el menos complejo de todos debido a que maneja menos especialidades. Sin embargo, posiblemente la alta prevalencia del síndrome en este hospital se deba más a características particulares y deficiencias estructurales del propio hospital, ya que en estas áreas, el personal afectado coincide en señalar como la principal fuente de estrés la *falta de apoyo de jefes y autoridades*, dicha declaración aparece en primer lugar en los servicios recuperación y oncología, seguida por *características del área física* en recuperación y *cargas de trabajo* en oncología. Cabe aclarar que aunque estos estresores aparecen en otros, en el hospital de gineco obstetricia son prioritarios.

Para la variable *unidad de servicio* se compararon también las unidades que reportaron mayor número de casos contra los que reportaron menos. Así, el personal del servicio de oncología del hospital de ginecobstetricia representa un riesgo casi diez veces mayor de presentar el síndrome en relación a la unidad de cuidados intensivos neonatales del mismo hospital. A este respecto, debe recordarse también que áreas no consideradas críticas como la de oncología han sido reportadas por otros estudios como productoras de altos niveles de estrés y burnout por la naturaleza de los padecimientos, las necesidades de los pacientes y por consiguiente, mayores demandas físicas, psicológicas y emocionales para el personal que los atiende.^{10,14,52,53.}

Por su parte, el servicio de recuperación pediátrica se encarga de atender a los recién nacidos al momento del nacimiento y hasta que éstos son enviados a otras unidades de servicio según su estado de salud. Ésta se comparó con la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) del mismo hospital, según la cual, la unidad de recuperación representa un riesgo veintidós veces mayor de sufrir el síndrome de burnout que la UCIN. Posiblemente esta situación se deba a que en la UCIN las actividades se pueden planear, el personal atiende a un número definido de pacientes, el personal es especializado y la dotación de material y equipo es regular, mientras que en recuperación no se puede saber el número de niños que nacerán ni su estado de salud. Por esta razón, las necesidades generalmente rebasan la disponibilidad de recursos tanto humanos como físicos.

También se comparó el riesgo entre el servicio de recuperación del hospital de ginecobstetricia y el de hospitalizados del hospital de infectología. La diferencia es casi cinco veces mayor riesgo para el servicio de recuperación. Por último, se comparó también el riesgo para sufrir el síndrome entre la unidad postquirúrgica del hospital general contra el servicio de hospitalizados infecciosos del hospital de Infectología. El resultado muestra un riesgo casi siete veces mayor de presentar el síndrome para el personal de la unidad postquirúrgica. Este hallazgo apoya la hipótesis formulada en base a las mayores demandas de las áreas críticas para el

personal de enfermería, aunque debe tomarse en cuenta que se trata de hospitales diferentes, lo cual puede influenciar el riesgo estimado en estas comparaciones.

De esta manera, y según la estimación del riesgo antes descrita, el síndrome de burnout en la población estudiada sugiere un perfil que incluye las siguientes características: trabajar en el hospital de ginecología y obstetricia, en el servicio de recuperación pediátrica, en el turno matutino y que además enfrenta problemas de falta de recursos para trabajar, percibe que su trabajo no es reconocido o que tiene relaciones conflictivas con sus compañeros de trabajo.

El análisis sobre el comportamiento del síndrome por dimensiones, tipo de servicio y hospital estudiado se encontró que la puntuación más alta en agotamiento emocional lo tiene el personal de ginecología y obstetricia 3 en áreas no críticas a expensas de la declaración *me siento cansado al final de la jornada de trabajo* y la más baja en áreas críticas del hospital de infectología. El mayor puntaje para la dimensión realización personal se encontró el personal de áreas no críticas del hospital de especialidades donde la mayor puntuación la obtuvo el ítem *fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes y compañeros*, aunque la menor la presenta el personal de áreas críticas de ese mismo hospital. Para la dimensión de despersonalización, se encontró el mayor puntaje en el hospital de ginecología y obstetricia en áreas no críticas siendo el ítem con mayor puntaje *me siento quemado por el trabajo* y el menor en las áreas no críticas del hospital de especialidades.

Sin duda, los hallazgos aquí expuestos evidencian las diversas relaciones que se establecen entre las variables del contexto, de la persona y el trabajo y la aparición del síndrome de burnout. Por otro lado desmitifican la idea de que las áreas críticas de un hospital son por sí mismas productoras de burnout y obligan a considerar todos los factores del contexto y al individuo o grupo en forma particular para valorar potenciales indicadores de salud o falta de ésta en el más amplio concepto del cuidado del bienestar humano.

10.- CONCLUSIONES.

1. En relación a la hipótesis de que el síndrome de burnout tiene mayor presencia en las áreas críticas de los cuatro hospitales estudiados, ésta se confirma en tres de ellos, (hospital de especialidades, hospital general y de infectología). En estos tres hospitales, las demandas son mayores en las áreas críticas. Sin embargo, en el hospital de gineco obstetricia los resultados se invierten. Aparentemente, en las áreas no críticas de este hospital, las demandas exceden los recursos personales y organizacionales para responder a ellas.
2. Al respecto de la ubicación de los casos de burnout por hospital y servicio, los resultados contradicen lo propuesto en la hipótesis, ya que el mayor número de casos se concentró en uno de los hospitales considerados de menor complejidad como el hospital de gineco obstetricia, en áreas no consideradas críticas como oncología y recuperación pediátrica.
3. Según este estudio, las variables sociodemográficas no tienen relación con el desarrollo del síndrome. Y sólo el turno como variable laboral es importante. Trabajar en áreas críticas no representa un riesgo para presentar el síndrome, más bien aparece como protector en el hospital de gineco obstetricia. De hecho, trabajar en este hospital en el servicio de recuperación pediátrica representa el mayor riesgo encontrado para el desarrollo del síndrome de burnout.
4. En la identificación de los principales estresores que se relacionan con el síndrome de burnout, y de acuerdo con lo esperado en este estudio, aparecen algunos de carácter cualitativo como *falta de reconocimiento para el trabajo de enfermería, relaciones conflictivas entre el equipo de trabajo y gravedad de los pacientes*, y otros de carácter cuantitativo, dentro de los más importantes están: *falta de recursos para el trabajo, cargas de trabajo y trabajar bajo presión de tiempo*. Dichos estresores son ampliamente reconocidos ya como característicos en profesionales de enfermería en México y otros países.

11.- PERSPECTIVAS.

En cuanto al desarrollo investigativo sobre el tema, se requiere del empleo de diversas metodologías para lograr un conocimiento más completo al respecto. En este caso, se puede partir de los resultados cuantitativos obtenidos para realizar estudios cualitativos en las áreas con mayor y menor presencia del síndrome en busca de la naturaleza del desarrollo del mismo con todas sus características particulares. Del mismo modo es necesario planear estudios longitudinales al respecto del tema, los cuales permitan conocer la evolución del problema, así como evaluar las acciones desarrolladas al respecto.

Por otro lado, este estudio puede replicarse en los diferentes hospitales comparando otros servicios o trabajadores de distintas profesiones, así como relacionar el fenómeno con otras variables como el ausentismo.

Los hallazgos aquí reportados, apoyados en otros de estudios anteriores, sugieren considerar los servicios de oncología como áreas de trabajo con altas demandas no sólo físicas sino psicológicas y emocionales para las enfermeras debido a la naturaleza de los padecimientos y estado de los pacientes que se atienden.

Los hallazgos reportados deben tomarse en consideración por los departamentos de fomento de la salud e higiene en el trabajo en la planeación de programas de educación y prevención, ya que es responsabilidad de la organización, procurar soporte asistencial para profesionales afectados, la educación continua tanto en competencia clínica como en formas de autocontrol emocional y la consideración de las condiciones laborales, todo ello como parte del autocuidado del personal sanitario.

En resumen, la búsqueda de la mejor atención a los pacientes no solo debería basarse en medidas económicas, técnicas o administrativas, sino también considerar al personal sanitario en las dimensiones física, mental y social con un enfoque más humano del cuidado de la salud y la calidad en los cuidados de enfermería.

12.- REFERENCIAS.

1. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista InterAcao-Psy* 2003; 1(1): 19-33.
2. Gil-Monte PR, Peiró JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología* 1999; 15(2):261-268.
3. Barria MJ. Síndrome de burnout en asistentes sociales del servicio nacional de menores de la región metropolitana de Chile. 2002. Disponible en: www.psiquiatria.com
4. Gil Monte PR, Peiró JM. A longitudinal study on burnout syndrome in nursing professionals. *Feelings work in Europe*, 407-414. 1997. Disponible en: www.cvu.rediris.es/pub/nj_bscw.cgi/d424697/QUEMADOS.%20BURNOUT
5. Gil Monte PR, Peiró JM. A study on significant sources of the burnout syndrome in workers at occupational centers for the mentally disabled. *Psychology in Spain* 1997; 1 (1): 55-62.
6. Laurell AC. Las características generales de las reformas. En: Laurell AC. La reforma contra la salud y la seguridad social. Distrito Federal: Fundación Friedrich Ebert Stiftung; 1997. p.176-97.
7. Maslach Ch, Schaufeli W, Leiter M. Job Burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001. disponible en: www.findarticles.com.
8. Aubert N, De Gaulejac V. Las enfermedades de la excelencia. En: Aubert N, De Gaulejac V. El coste de la excelencia. Madrid: Editorial Paidós; 1993. p. 141-162.
9. Ibáñez MN, Vilaregut PA, Abio RA. Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enfermería Clínica* 2004; 14(3):142-151.
10. Guerrero BE. Una investigación con docentes universitarios sobre el afrontamiento del estrés laboral y el síndrome del quemado. *OEI-Revista Iberoamericana de Educación*. 1997. Disponible en: www.cvu.rediris.es/pub/nj_bscw.cgi/d424697/QUEMADOS.%20BURNOUT
11. Gil Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach burnout inventory-General Survey. *Salud Pública de México* 2002; 44 (1): 33-40.
12. Orderes N. Prevalencia de burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. *Revista Chilena de Pediatría* 2004; 75 (5): 449-454.
13. Maslach Ch. The relationship between the work environment and burnout. Forum on "The way we work and its impact on our health" Scientific summaries paper; 2004 April 22-23; Los Angeles, California. Distrito Federal: México; 2005.
14. Lazarus RS, Folkman SA. The stress concept in the life sciences. En: Lazarus RS, Folkman SA. Stress appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984. p. 1-54.
15. Blanch PA, Aluja FA, Biscarri GJ. Burnout syndrome and coping strategies: a structural relations model. *Psychology in Spain* 2003; 7 (1): 46-55.
16. Juárez, GA.. Factores psicosociales y personalidad en relación a la salud laboral. Desarrollo de un modelo. Coloquio de doctorado 2004. Presentación II. UNAM campus Iztacala. México.
17. Juárez GA, Ramírez PJ, Rodríguez CM, Almirall HP. Estructura factorial de las escalas del BMS II en trabajadores mexicanos. *Revista Cubana de salud y trabajo* 2002; 3 (1-2):32-9.

18. Salanova M, Bresó E, Schaufeli WB, González-Romá V, Barker A. The measurement of burnout and engagement: a confirmatory factor analytic approach. *Journal of happiness studies* 2002; 3: 71-92.
19. Barragán GG, Factores psicosociales relacionados con el burnout en el personal de dos instituciones de asistencia social del Estado de México (tesis de licenciatura). Tlalneantla (Estado de México): UNAM campus Iztacala. ; 2004.
20. Rojas-Soriano R. El modo de producción capitalista: explotación y enfermedad de la clase obrera. En: Rojas-Soriano R. *Capitalismo y enfermedad*. Distrito Federal, México: editorial Plaza y Valdés; 1999. p. 47-66.
21. Mariné A. ¿Quién se quema en el trabajo y porqué?. Hospital Paré Tauli. Sabadel 2003. Disponible en: www.hospitalarias.org/publynoti/libros/art%c3%Adculos/172/art10htm
22. Mireles PA, Pando MM, Aranda BC. Factores psicosociales y síndrome de burnout en una empresa de la rama textil de Guadalajara, México. *Investigación en salud* 2002;5. Disponible en: www.cucs.udg.mx/invsalud/ago2002/art5.
23. Garcés de los Fayos RE. Tesis sobre el burnout. Publicado en www.infainstein.com.ar 2002. Disponible en: www.abacolombia.org.co/organizaciones/burnout.htm.
24. Quiroz VR, Saco MS. Factores asociados al síndrome de burnout en médicos y enfermeras del hospital Nacional Sur Este de Essalud del Cusco. *SITUA* 2003; 12 (23): 11-12.
25. Pando MM, Bermúdez D, Aranda BC, Pérez CJ, Flores, SE, Pérez AG. Prevalencia de estrés y burnout en los trabajadores de la salud en un hospital ambulatorio. *Psicología y salud* 1999; 12. Disponible en www.uv.mx/psicysalud/numero_12/estres.html
26. De la Peña E, Sanz JC, Garrido J, Carvajal J, Galán R, herrero A. Factores relacionados con el estrés profesional en el personal de enfermería del área de la salud de Badajoz. *Enfermería Clínica* 2002; 12 (02): 59-64.
27. Chacón RM, Grau AJ. Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. *Revista Cubana de Oncología* 1997; 13(2):118-125.
28. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública* 1997; 71: 293-303.
29. Gil Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Psicología científica* 2002. Disponible en: www.psicologiacientifica.com/articulos/art-pgil.htm
30. Gil Monte P. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en profesionales de enfermería. *Psicología em estudo, Maringá* 2002; 7(1): 3-10.
31. Moreno-Jiménez B, González JL, Garrosa E. Variables de personalidad y proceso del burnout: personalidad resistente y sentido de la coherencia. *Escritos de Psicología* 2001; 4:64-77.
32. Torres C. ¿Estrés o burnout? *Agenda salud* 2001: Disponible en: www.isis.cl
33. Cáceres OA. El personal de salud y su trabajo con personas que viven con VIH-SIDA. *SITIO MÉDICO* 2003. Disponible en: www.sitiomedico.com.04/artnac/2003/04/01.htm
34. Gil-monte PR, Peiró JM, Valcárcel. A model of burnout process development. An alternative from appraisal models of stress. *Comportamento Organizacional e Gestao* 1998; 4 (1): 165-179.

35. Rincón OF. Lo que hay del cuidado humanizado al estrés del cuidador en servicios altamente tecnificados. MEMORIAS SEMINARIO SHAIO 2004. Disponible en: enfermeria.unal.edu.co/soporte/articulos/8.%20SINDROME%20DE%20BURNOUT.pdf
36. Laverde BL, Forero PC, Maclias SG. Situación del personal de enfermería en el servicio de urgencias en una institución de tercer nivel en Medellín en 1998. Investigación y educación en enfermería 2000; 18 (2): 35-41.
37. Carmona-Monge FJ, Sanz-Rodríguez LJ, Marín-Morales D. Síndrome de burnout y reactividad al estrés en una muestra de profesionales de enfermería de una unidad de cuidados críticos. Enfermería Científica 2002; 238-239: 33-39. 2000.
38. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Schalski J, Silber JH. La plantilla de enfermería en los hospitales, mortalidad, burnout e insatisfacción laboral. JAMA 2002; 288:1987-1993.
40. Cortéz del Toro A, Cruz-Martínez L, González-linares AM, Santiago-García ME, Valdéz Murrieta MA, Vázquez-Cervantes G. El síndrome de burnout en personal de enfermería que labora en las áreas críticas del Hospital general de México. Fundamentos administrativos de prevención. (tesis de curso postécnico en administración) Distrito Federal, México): Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. ; 2001.
41. Hernández ME. Stress labor management of nurses from cardiovascular intensive care unit (tesis de maestría) New México (CA). College of Nursing.; 2001.
42. Del Río-Moro O, Perezagua-García MC, Vidal-Gómez B. El síndrome de burnout en los enfermeros del hospital Virgen de la salud de Toledo. Revista de Enfermería Cardiológica 2003; 24-29.
43. Solano MR, Hernández VP, Vizcaya MM, Reig FA. Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. Enfermería Intensiva 2002; 13(1):9-16.
44. Pera G, Serra-Prat. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. Gaceta Sanitaria 2002; 16 (6):480-6.
45. Ramos F, Castro R de, Galindo A, Fernández-Valladares MJ. Desgaste profesional (burnout) en los trabajadores del Hospital de León: prevalencia y análisis de factores de riesgo. Mapfre Medicina 1999; 10 (2):134-144.
46. Moreno-Jiménez B, González-Gutiérrez JL, Garrosa-Hernández E, Peñacoba-Puente C. Desgaste profesional en hospitales. Influencia de las variables sociodemográficas. Revista ROL de Enfermería 2002; 25 (11):740.
47. Hernández JR. Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. Revista Cubana de Salud Pública 2003; 29(2):103-110.
48. Moreno-Jiménez B, Garrosa E, González JL. El desgaste profesional de enfermería: Desarrollo y valoración factorial del CDPE. Archivos de prevención de riesgos laborales 2000; 3 (1): 18-28.
49. Grajales GT. Estudio de validez factorial del Maslach Burnout Inventory versión española en una población de profesionales mexicanos. Línea de investigación: Instrumentos de medición. SELA 2000; (1):1-10.
50. Capilla PR. El síndrome de burnout o de desgaste profesional. JANO 2000; 58 (1334): 56-58.

51. Adali E, Priami M, Evangelou H, Mougia V, Ifanti M, Alevizopoulos G. Síndrome del quemado en el personal de enfermería psiquiátrica de hospitales griegos. *The European Journal of Psychiatry* (Edición en español) 2003; 17 (3): 161-170.
52. Quintero CA, Montoya CM, Miyar OL. Salud laboral: campo de trabajo de enfermería. *Desarrollo Científico de Enfermería* 2001; 9 (3): 79-83.
53. Peiró JM. Assessment of psychosocial risk and prevention strategies: the amigo model as the basis of the preventlab/psicisocial methodology. *Psychology in Spain* 2000; 4 (1): 139-166.
54. Hernández-Vargas CI. Burnout, síntomas cardiovasculares y presión arterial en un grupo de riesgo (Tesis de licenciatura). Facultad de psicología. Tlalnepantla (Estado de México): UNAM campus Iztacala.; 2004.
55. Torras MT, Bernad MM, Pedregosa MJ, bernat M, Miranda M, Catalá M, Roig I, Llorens M, Masfred L, Soler R, Muncharáz M, Casas R. Importancia de la detección del síndrome de burnout en la asistencia primaria. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace* 2001-2002; 60/61: 22-25.
56. Albanesi de Nasetta S. Burnout en guardias médicas. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 2004;11 (3)
57. Guerrero BE. Análisis pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario. *Anales de psicología* 2003; 19 (1):145-158.
58. Aranda BC, Pando MM, Salazar EJ, Torres LT, Aldrete RM, Pérez RM. Factores psicosociales laborales y síndrome de *burnout* en médicos del primer nivel de atención primaria. Disponible en: www.cucs.udq.mx/invsalud/abril2004/art4.html
59. Schaufeli WB, Salanova ML. ¿Cómo evaluar los riesgos psicosociales en el trabajo? *Revista del Instituto Nacional de Salud en el Trabajo* 2002; 20: 4-6.
60. Weber A, Jaekel-Reinhard A. Burnout síndrome: a disease of modern societies? *Occupational Medicine* 2000; 50 (7): 512-517.
61. López FM, Rodríguez NA, Fernández SM, Marcos SA, Martnón TF, Martnón SJ. Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. *Anales de Pediatría* 2005; 62 (03):248-251.

13.- ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	MEDICIÓN.
Tipo de servicio	Describe las actividades de las enfermeras para atender las necesidades y estado de los pacientes.	Cualitativa nominal	Áreas crítica: (urgencias, terapia intensiva de adultos o neonatal, y unidad coronaria) Áreas no críticas: (Unidad de hemodiálisis, oncología, recuperación pediátrica, hematología y hospitalización adultos infecciosos).
Estado civil	Describe la vida en pareja de las enfermeras encuestadas.	Cualitativa nominal	Soltera casada viuda/divorciada.
Turno	Se refiere al horario de trabajo de las enfermeras.	Cualitativa nominal	Matutino vespertino nocturno.
Categoría	Especifica el puesto que desempeñan las enfermeras.	Cualitativa nominal	Auxiliar de enfermera, enfermera general enfermera especialista
Tipo de contratación	Describe la situación laboral de las enfermeras.	Cualitativa nominal	Base, contrato.
Escolaridad	Se refiere al tipo de formación profesional que han recibido las enfermeras.	Cualitativa nominal	Curso de auxiliar de enfermera, carrera técnica de enfermera, curso postécnico, licenciatura.
Antigüedad	Tiempo que tienen las enfermeras de trabajar en ese servicio.	Cuantitativa discontinua	Número de años.

Número de pacientes	Considera la cantidad de trabajo que desarrollan las enfermeras	Cuantitativa discontinua	Número de personas atendidas.
Tiempo de recorrido casa-trabajo.	Describe la duración del recorrido de las enfermeras para llegar a su trabajo.	Cuantitativa discontinua	Tiempo expresado en minutos..
	Se refiere a la edad de las enfermeras en número de años.	Cuantitativa discontinua	Número de años cumplidos.
Agotamiento emocional	Describe sentimientos de no poder dar más de sí física y psicológicamente en las enfermeras.	Cualitativa ordinal	Bajo: puntuaciones por debajo del percentil 33, medio: puntuaciones que se ubican entre el percentil 33 y 66, alto: puntuaciones por arriba del percentil 66.
Despersonalización	Describe sentimientos y actitudes negativos hacia el trabajo y los usuarios en las enfermeras.	Cualitativa ordinal	Bajo: puntuaciones por debajo del percentil 33, medio: puntuaciones que se ubican entre el percentil 33 y 66, alto: puntuaciones por arriba del percentil 66.
Realización personal	Describe sentimientos de satisfacción y entusiasmo por el trabajo en las enfermeras.	Cualitativa ordinal	Bajo: puntuaciones por debajo del percentil 33, medio: puntuaciones que se ubican entre el percentil 33 y 66, alto: puntuaciones por arriba del percentil 66.
Alto nivel del síndrome de burnout	Existe si coinciden alto nivel de agotamiento emocional, alto nivel de despersonalización y bajo nivel de realización personal.	Cualitativa ordinal	Agotamiento emocional por arriba del percentil 66, despersonalización por arriba del percentil 66 y realización personal por debajo del percentil 33.

Grado del síndrome de burnout por dimensión	Describe la proporción de enfermeras afectadas por el síndrome. Se tomó en cuenta sólo el nivel alto en una o más de sus dimensiones.	Cualitativa ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. presente 2. Ausente
Unidad de servicio clínico	Especifica en particular el servicio o piso donde trabajan las enfermeras encuestadas	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Unidad de cuidados coronarios 2. Unidad de terapia intensiva en especialidades 3. Unidad de hemodiálisis 4. Unidad de cuidados intensivos neonatales 5. Oncología señoras 6. recuperación pediátrica 7. Unidad de cuidados intensivos ginecológicos 8. hospitalización de pacientes infecciosos 9. Cuidados intensivos de pacientes infecciosos adultos y pediatría. 10. Urgencias adultos 11. Unidad de terapia intensiva postquirúrgica. 12. Hemato-pediatría.
Hospital	Especifica la unidad hospitalaria a la que pertenecen las enfermeras encuestadas	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Especialidades 2. Gineco obstetricia 3. Infectología 4. Hospital general

Anexo 2 Cuestionario 1.

Instrucciones: Lea cuidadosamente la pregunta. Elija un número de la tabla de valores y colóquelo en el espacio correspondiente a la pregunta. No deje espacios en blanco.

TABLA DE VALORES						
0	1	2	3	4	5	6
nunca.	pocas veces al año.	una vez al mes	pocas veces al mes.	una vez a la semana.	pocas veces a la semana.	todos los días.

DECLARACIÓN.		VALORES
Dimensión Agotamiento emocional.		
1.	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	
2.	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	
3.	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo qué enfrentarme con otro día de trabajo.	
6.	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.	
14.	Creo que estoy trabajando demasiado.	
16.	Trabajar directamente con las personas me produce estrés.	
Dimensión Realización personal		
9.	Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de otras personas.	
17.	Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes.	
18.	Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes.	
19.	He conseguido cosas útiles en mi profesión.	
Dimensión despersonalización		
8	Me siento "quemado" por mi trabajo.	
20.	Me siento acabado.	
22.	Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas.	

Anexo 3 Análisis factorial.

MATRIZ DE COMPONENTES

	COMPONENTE						
	1	2	3	4	5	6	7
ME SIENTO FATIGADO CUANDO ME LEVANTO POR LA MAÑANA Y TENGO QUE ENFRENTARME CON OTRO DIA DE TRABAJO .	0.694						
ME SIENTO EMOCIONALMENTE AGOTADO POR MI TRABAJO	0.630						
TRABAJAR DIRECTAMENTE CON MIS PACIENTES ME PRODUCE ESTRÉS	0.595						
CREO QUE ESTOY TRABAJANDO DEMASIADO	0.587						
ME SIENTO ACABADO	0.582						
ME SIENTO CANSADO AL FINAL DE LA JORNADA DE TRABAJO	0.554	0.469					
TRABAJAR TODO EL DIA CON MUCHA GENTE ES UN ESFUERZO	0.515						
ME SIENTO QUEMADO POR MI TRABAJO	0.494						
ME SIENTO FRUSTADO EN MI TRABAJO	0.470						
EN MI TRABAJO, TRATO LOS PROBLEMAS EMOCIONALES CON MUCHA CALMA	-0.429						
HE CONSEGUIDO COSAS UTILES EN MI PROFESION							

MATRIZ DE COMPONENTES

	COMPONENTE						
	1	2	3	4	5	6	7
ME SIENTO ESTIMULADO DESPUES DE TABAJAR EN CONTACTO CON MIS PACIENTES		0.545					
FACILMENTE PUEDO CREAR UNA ATMOSFERA RELAJADA CON MIS PACIENTES		0.537					
TRATO MUY EFICAZMENTE LOS PROBLEMAS DE LOS PACIENTES		0.505					
CREO QUE ESTOY INFLUYENDO POSITIVAMENTE CON MI TRABAJO EN LA VIDA DE OTRAS PERSONAS		0.445					-0.411
ME HE VUELTO MAS INSENCIBLE CON LA GENTE DESDE QUE EJERZO ESTA PROFESION			0.527	-0.523			
SIENTO QUE LOS PACIENTES ME CULPAN POR ALGUNOS DE SUS PROBLEMAS			0.430				
FACILMENTO COMPRENDO COMO SE SIENTEN MIS PACIENTES		0.422		0.532			
ME PREOCUPA EL HECHO DE QUE ESTE TRABAJO ME ESTE ENDURECIENDO EMOCIONALMENTE					0.444		
REALMENTE NO ME PREOCUPA LO QUE LE OCURRE A ALGUNO DE MIS PACIENTES						0.498	
CREO QUE TRATO A ALGUNOS DE MIS PACIENTES COMO SI FUERAN OBJETOS IMPERSONALES						-0.407	
ME SIENTO MUY ACTIVO							0.490

Método de extracción: Análisis de componentes principales
^a 7 componentes extraídos.

MATRIZ DE CONFIGURACIÓN

	COMPONENTE						
	1	2	3	4	5	6	7
ME SIENTO CANSADO AL FINAL DE LA JORNADA DE TRABAJO	0.772						
SIENTO EMOCIONALMENTE AGOTADO POR MI TRABAJO	0.726						
ME SIENTO FATIGADO CUANDO ME LEVANTO POR LA MAÑANA Y TENGO QUE ENFRENTARME CON OTRO DIA DE TRABAJO	0.683						
TRABAJAR DIRECTAMENTE CON MIS PACIENTES ME PRODUCE ESTRÉS	0.662						
CREO QUE ESTOY TRABAJANDO DEMASIADO	0.621						
TRABAJAR TODO EL DIA CON MUCHA GENTE ES UN ESFUERZO	0.556						
CREO QUE ESTOY INFLUYENDO POSITIVAMENTE CON MI TRABAJO EN LA VIDA DE OTRAS PERSONAS		0.736					
ME SIENTO ESTIMULADO DESPUES DE TABAJAR EN CONTACTO CON MIS PACIENTES		0.736					
FACILMENTE PUEDO CREAR UNA ATMOSFERA RELAJADA CON MIS PACIENTES		0.486					
HE CONSEGUIDO COSAS UTILES EN MI PROFESION		0.425					
SIENTO QUE LOS PACIENTES ME CULPAN POR ALGUNOS DE SUS PROBLEMAS			0.780				
ME SIENTO QUEMADO POR MI TRABAJO			0.548				
ME SIENTO ACABADO			0.404				

MATRIZ DE CONFIGURACIÓN

	COMPONENTE						
	1	2	3	4	5	6	7
ME HE VUELTO MAS INSENSIBLE CON LA GENTE DESDE QUE EJERZO ESTA PROFESION			-0.793				
FACILMENTO COMPRENDO COMO SE SIENTEN MIS PACIENTES			0.645				
ME PREOCUPA EL HECHO DE QUE ESTE TRABAJO ME ESTE ENDURECIENDO EMOCIONALMENTE				0.677			
CREO QUE TRATO A ALGUNOS DE MIS PACIENTES COMO SI FUERAN OBJETOS IMPERSONALES				0.628			
ME SIENTO FRUSTADO EN MI TRABAJO				0.407			
REALMENTE NO ME PREOCUPA LO QUE LE OCURRE A ALGUNO DE MIS PACIENTES					0.798		
ME SIENTO MUY ACTIVO							0.737
TRATO MUY EFICAZMENTE LOS PROBLEMAS DE LOS PACIENTES							0.698

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Oblimin con Kaiser.

^a. La rotación ha convergido en 23 iteraciones.