



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

**“RELACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT
CON EL ESTADO DE SALUD EN UN GRUPO
DE ENFERMERAS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE

MAESTRA EN ENFERMERÍA
(ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA)

P R E S E N T A

LIC. YOSSELINE GHISLANE SÁNCHEZ FIGUEROA

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. ROSA AMARILIS ZARATE GRAJALES

MÉXICO, D.F.

ABRIL, 2010



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.

RECONOCIMIENTO

Expreso mi más grato reconocimiento a la Universidad Nacional Autónoma de México por la beca que me fue otorgada durante todo el plan de estudios a través de la DGEP.

De igual forma a todos los miembros de mi **Comité Tutorial** por el apoyo brindado para la realización de esta tesis:

Mtra. Rosa Amarilis Zarate Grajales

Mtra. Elsa Correa Muñoz

Dra. Lasty Balseiro Almario

AGRADECIMIENTOS

A la Mtra. Rosa Amarilis Zárate Grajales, por su destacada dirección, dedicación y apoyo incondicional.

A mi cotutora de tesis, la Mtra. Elsa Correa Muñoz, por su inmejorable disposición e inquebrantable dedicación.

A la Dra. Maite Vallejo Allende, por su tutoría y apoyo para la culminación de esta investigación.

Al Dr. Víctor Manuel Núñez por sus aportaciones y asesoría metodológica.

A las autoridades del Instituto de Salud del Estado de México por el apoyo brindado en la etapa de ejecución de esta investigación, en especial a la Mtra. Beatriz García López, Jefe Estatal de Enfermería por las facilidades otorgadas.

A los Maestros de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y Facultad de Estudios Superiores Zaragoza e Iztacala, por compartir sus conocimientos y experiencias.

Al personal de Enfermería del Instituto de Salud del Estado de México por su colaboración en la recolección de datos, en especial a las Jurisdicciones Amecameca, Ecatepec, Netzahualcáyotl y Texcoco.

DEDICATORIA

A los seres más maravillosos que son parte esencial en mi vida y quienes me motivaron a seguir superándome personal y profesionalmente:

A mis padres:

Griselda Figueroa Ocampo
José Luis Sánchez Ruiz

A mis hermanos:

José Miguel Sánchez Figueroa
Luis Alberto Sánchez Figueroa

A mi compañero de vida:

José Alberto García Hernández

ÍNDICE

I. Resumen	8
II. Introducción	10
III. Marco Teórico	12
III.1. Estrés y SB	13
III.2. Proceso de desarrollo del SB	15
III.3. Desencadenantes y facilitadores del SB	16
III.4. Repercusiones del SB en el estado de salud	19
III.5. SB y personal de Enfermería del primer nivel de atención	20
IV. Planteamiento del problema	30
V. Hipótesis	32
VI. Objetivos	33
VII. Material y Métodos	34
VII.1. Tipo de estudio	34
VII.2. Población	34
VII.2.1. Criterios de inclusión	34
VII.2.2. Criterios de exclusión	34
VII.3. Variables	34
VII.3.1. Clasificación de variables	34
VII.3.2. Operacionalización de variables	35
VII.4. Procedimientos y técnicas	37
VII.4.1. Técnicas de recolección	37
VII.4.2. Instrumentos de recolección	37
VII.5. Análisis estadístico	40
VIII. Resultados	42
VIII. 1. Cuadros	45
IX. Discusión	53

X. Conclusión	59
XI. Recomendaciones	60
XII. Perspectivas	62
XIII. Referencias	63
XIV. Anexos	69

I. RESUMEN

ANTECEDENTES: El síndrome de Burnout es un tipo de estrés laboral que se produce principalmente en el marco de las profesiones que se centran en la prestación de servicios y se ha detectado especialmente en profesionales que mantienen una relación constante y directa con personas que tienen una situación de necesidad o dependencia; tal es el caso de la profesión de Enfermería; este síndrome puede tener repercusiones psicosomáticas, conductuales, emocionales y sociales en la persona que lo padece; es decir, puede afectar la salud a nivel físico y emocional.

OBJETIVO: Determinar la relación del síndrome de Burnout con el estado de salud en un grupo de enfermeras del primer nivel de atención.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio observacional, prolectivo, transversal y descriptivo; el universo de estudio estuvo constituido por 1137 profesionales de Enfermería del primer nivel de atención de 4 de las 19 Jurisdicciones Sanitarias del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM): Amecameca, Ecatepec, Netzahualcóyotl y Texcoco; de los cuales, 429 quedaron excluidos por encontrarse de vacaciones, de licencia o por ausencia el día de la aplicación, quedando una muestra final de 708 profesionales. Se consideró como variable dependiente el estado de salud, como variable independiente el síndrome de Burnout y como intervinientes la edad, turno, sexo, estado civil, con quién vive, número de hijos, tiempo de ejercer la profesión, antigüedad en la institución, número de pacientes atendidos durante el turno de trabajo, tiempo de recorrido casa-trabajo, satisfacción con el trabajo, categoría y número de empleos. Los instrumentos utilizados fueron una encuesta sociodemográfica, el Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) y el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-30). El análisis exploratorio mostró que las variables cuantitativas tenían una distribución distinta a la normal estándar por lo cual se utilizaron pruebas no paramétricas para el análisis; de tal manera que los datos se muestran como mediana (percentiles 25-75) y en el caso de las variables cualitativas se estimaron las frecuencias relativas, como pruebas de comparación se emplearon la X^2 o de Fisher, Kruskal-Wallis y U de Mann Whitney según correspondió, como prueba de correlación la r_s de Spearman y el análisis multivariado se llevó a cabo mediante la prueba de correlación canónica.

RESULTADOS: La mayoría de los profesionales de Enfermería encuestados obtuvieron una puntuación baja en la dimensión agotamiento emocional (AE) (575 participantes (81%)), 89 participantes (13%) obtuvieron una puntuación media y sólo un pequeño porcentaje se clasificó como alto (44 participantes (6%)). En cuanto a la dimensión despersonalización (DP), 605 participantes (85%) presentaron un nivel bajo en esta

dimensión, 76 (11%) un nivel medio y sólo 27 de ellos (4%) un nivel alto. En la dimensión realización personal (RP) sólo 65 (9%) de los sujetos participantes presentó un nivel bajo, 102 (15%) un nivel medio y 541 de ellos (76%) un nivel alto. Cabe destacar que la mayoría de los participantes que califican su labor como algo satisfactoria obtuvieron una puntuación media o alta (3 (9%) y 15 (47%) respectivamente) en la dimensión AE, mientras que aquellos que lo clasificaron como satisfactorio y muy satisfactorio la mayoría obtuvieron una puntuación baja (249 (77%) y 311 (88%) respectivamente). en la caso de la dimensión DP la situación fue similar, ya que la proporción de participantes que calificó su trabajo como algo satisfactorio puntuó medio o alto (4 (12%) y 8 (25%) respectivamente) mientras que los participantes que conciben su trabajo como satisfactorio o muy satisfactorio puntuaron bajo (267 (83%) y 317 (90%) respectivamente). Con respecto a la dimensión RP el comportamiento fue opuesto en los participantes que clasificaron su trabajo como algo satisfactorio, la proporción que punto bajo o medio (3 (9%) y 9 (28%) respectivamente) fue significativamente más alta que la de los sujetos que clasificaron su trabajo como satisfactorio (38 (12%) y 56 (17%) respectivamente) o muy satisfactorio (24 (7%) y 37 (10%) respectivamente). Por otro lado, los profesionales encuestados que atienden a un mayor número de pacientes en un turno de trabajo presentan mayor AE, ya que la mediana de pacientes atendidos fue significativamente más baja en los participantes que puntuaron bajo en esta dimensión que en aquellos con puntuación alta (30 vs. 40 pacientes respectivamente).

El 19% de los participantes fueron identificados como probables casos de alteración en la salud mental y éstos se relacionaban con AE, DP y RP. Adicionalmente, una proporción significativamente más alta de participantes clasificados como probables casos de alteración en la salud mental conciben su trabajo como algo satisfactorio (18 (14%)) en comparación con los participantes clasificados como probable no caso 14 (2%), quienes en su mayoría lo perciben como satisfactorio 252 (44%) o muy satisfactorio 311 (54%). De igual manera, se observó una proporción significativamente más alta de pasantes de licenciatura, Técnicos en Atención Primaria a la Salud (TAPS) y pasantes en servicio social que fueron clasificados como probables casos (10 (7%) vs 20 (3%), 15 (11%) vs 50 (9%) y 6 (5%) vs 7 (1%) y respectivamente), mientras que en la categoría de auxiliares de Enfermería una proporción más alta fue clasificada como probable no caso (24 (18%) vs 161 (28%) respectivamente).

CONCLUSIÓN: Se encontró una relación estadísticamente significativa entre las tres dimensiones del MBI-HSS y el GHQ-30 en el presente estudio; ya que los resultados sugieren que a mayor agotamiento emocional, mayores actitudes de despersonalización y menor realización personal mayor prevalencia de síntomas somáticos, insomnio, ansiedad y disfunción social; es decir, quien presentó una mayor percepción de Burnout fue identificado como probable caso de alteración en la salud mental, lo que comprueba la hipótesis planteada.

II. INTRODUCCIÓN

El individuo en distintos ámbitos de su vida, se ve sometido a múltiples presiones que le generan estrés y una de las fuentes más importantes de estas presiones está relacionada con el trabajo; sin embargo, el estrés dentro del área laboral cuando es controlado puede tener efectos positivos estimulando a las personas a superarse, pudiendo culminar en una experiencia gratificante y en el desarrollo de competencias profesionales; pero si el trabajo se convierte en una fuente continua de estrés, angustia e insatisfacción puede comenzar a desarrollarse el síndrome de Burnout (SB), generando en el individuo una percepción de inseguridad y de dificultad para cambiar situaciones a las que se enfrenta. El SB es una respuesta al estrés laboral crónico que se da en profesiones donde los trabajadores se involucran emocionalmente con las personas a las que prestan sus servicios; produciendo en el trabajador repercusiones en su estado de salud que van desde el agotamiento físico, mental y emocional hasta relaciones conflictivas interpersonales. Por lo que, el SB es capaz de alterar la salud física y mental de los trabajadores y en consecuencia su productividad.

En este orden de ideas podemos considerar que Enfermería es una profesión que por sus funciones y características de desempeño profesional puede generar estrés laboral crónico, de hecho es considerada en distintos países como una de las profesiones donde mayor incidencia tiene el SB. El tema es motivo de preocupación por las importantes repercusiones que tiene en la salud de quien lo padece, ya sean emocionales, sociales, conductuales o psicosomáticas, así como las repercusiones en el ámbito laboral que se derivan de ello como la ansiedad, la tensión, las cefaleas, los problemas cardiovasculares como arritmias e hipertensión, el ausentismo, los conflictos laborales, la insatisfacción con el trabajo, etc. Por lo tanto, la presencia del SB en los profesionales de Enfermería, puede ser considerado un problema para los administradores y gestores de los sistemas de salud por las repercusiones individuales e institucionales así como por el impacto en la calidad de la atención recibida por las personas destinatarias de sus servicios.

Cabe hacer mención que la mayoría de los estudios realizados al respecto hacen referencia al SB en áreas de hospitalización críticas y no críticas; existiendo cierto

consenso en considerar que este síndrome sólo puede presentarse en la atención a personas enfermas, cuando el atender a personas “aparentemente” sanas también es motivo de desgaste físico y emocional para los trabajadores. Es así como se refleja en el número limitado de estudios reportados que hacen referencia a este síndrome en unidades de atención primaria. Por lo que, la presente investigación pretende contribuir al conocimiento sobre este tema en el primer nivel de atención en enfermeras/os mexicanas/os; para ello se estudiaron 708 sujetos a los cuales se les aplicó tres instrumentos de medición: una encuesta sociodemográfica, el cuestionario Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) para medir el síndrome de Burnout y el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-30) para valorar el estado de salud de la población de estudio. Con ello, se podrán proponer recomendaciones en búsqueda de una mejor salud del personal de Enfermería; asegurando que el cuidado que se proporcione cuente con un nivel óptimo de calidad y eficiencia.

III. MARCO TEORICO

El síndrome de Burnout (SB) es un problema de salud pública que afecta especialmente a los sujetos que tienen profesiones de ayuda y de contacto directo y continuo con personas que sufren, donde el profesional se implica emocionalmente, como es el caso de la profesión de Enfermería.

Este síndrome es capaz de producir un deterioro progresivo en la salud tanto a nivel físico como emocional de la persona que lo padece, lo cual repercute negativamente en el trato hacia los pacientes. Sin embargo, su desarrollo es gradual, lo cual hace posible identificar en forma temprana las manifestaciones que advierten sobre el deterioro progresivo del trabajador, circunstancia que permite establecer las estrategias adecuadas para su prevención o tratamiento oportuno.

El Burnout ha sido ampliamente estudiado en el personal de Enfermería del segundo y tercer nivel de atención; sin embargo, no así en el personal de Enfermería que labora en los servicios de atención primaria, objetivo de la presente investigación. Para lo cual, a continuación, se presenta la información teórica necesaria para enmarcar conceptual y metodológicamente este estudio. Se incluyen definiciones relacionadas con el estrés laboral y con el SB, aspectos sobre su desarrollo, desencadenantes y facilitadores, sus repercusiones en la salud general, algunos hallazgos encontrados en el grupo de enfermeras y la caracterización del primer nivel de atención.

III.1. Estrés y SB

El estrés es definido como *“un estado ocasionado por un cambio ambiental que la persona percibe como un desafío, una amenaza o un daño a su equilibrio dinámico”*. *“Ocurre un desequilibrio real o percibido en la capacidad de la persona para enfrentar las demandas que le plantea la nueva situación”*.¹

Buceta y Bueno definieron el estrés *“como una respuesta general del organismo ante demandas internas o externas, que en principio, resultan amenazantes”*. Es decir, es la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona; la cual puede resultar beneficiosa para mantener e incrementar la salud. Sin embargo, a altas dosis puede llevar a la enfermedad física.² Por su parte, el médico canadiense Hans Selye, considerado el padre de la teoría del estrés lo definió como *“la respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier demanda que se le imponga”*; y así mismo señaló: *“no es sólo tensión nerviosa o algo que deba evitarse, porque la ausencia completa del estrés es la muerte: el estrés es vida y la vida es estrés”*.³

En esta línea, tal y como lo afirma Selye, es muy frecuente que el ser humano experimente estrés, es parte de la vida misma y supone una respuesta adaptativa que contribuye al desempeño eficaz en muchas esferas de la existencia; sin embargo, si la experiencia es excesiva y el sujeto no se siente con recursos suficientes para afrontarla es posible que se produzcan alteraciones psicológicas y del comportamiento que finalmente pueden dar lugar a diversos trastornos. Cabe mencionar que uno de los principales escenarios en los que el ser humano experimenta mayor estrés es en el ámbito laboral; el trabajo si bien representa una actividad beneficiosa para la economía del trabajador y para su salud mental individual y colectiva, ha estado inmersa en un mundo de cambios constantes, producto de la industrialización, globalización y otros fenómenos económicos, políticos y sociales, que generan para la población trabajadora insatisfacciones, frustraciones y por supuesto estrés; que si se presenta en un nivel excesivo puede tener consecuencias desfavorables tanto para la organización como para el individuo; y es precisamente este estrés laboral crónico lo que nos lleva a desarrollar SB, el cual constituye la fase avanzada del estrés profesional.

Es en los años setenta, como consecuencia de los estudios sobre estrés, que aparece el concepto Burnout en los primeros trabajos de Freudenberg;⁴ psiquiatra que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York; donde observó que justo al año de laborar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes.⁵ Sin embargo, es hasta los años ochenta cuando se produce un aumento considerable de las investigaciones sobre este síndrome. Es así que en 1981 Catherine Maslach y Susan Jackson lo definen como “*una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado*”,⁶ definición que se toma como marco de referencia para fines de esta investigación.

De acuerdo con la concepción de estas autoras, el SB está integrado por tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

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 las personas destinatarias de nuestros servicios.

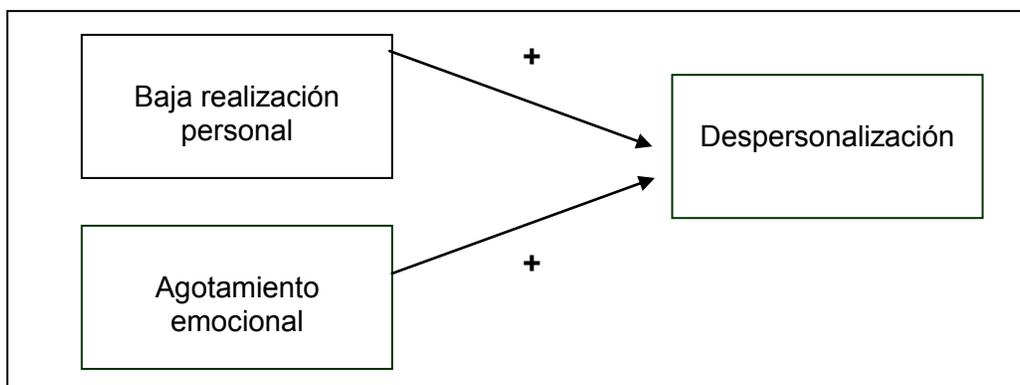
La **despersonalización** se define como el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y conductas de cinismo y frialdad hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de manera deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo.

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 a 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.⁷

Por tanto, el SB es un caso particular de estrés laboral asistencial de tipo organizacional que afecta principalmente a los profesionales que desarrollan su actividad en diferentes servicios en constante relación con los usuarios, como sucede en el caso de los servicios de salud y muy especialmente, en el caso de los profesionales de Enfermería. Este síndrome se caracteriza por la sensación de baja realización personal en el trabajo, alto agotamiento emocional y alta despersonalización. Lo que provoca en el trabajador, entre otras cosas, una sensación de cansancio excesivo y sentimientos de fracaso que lo llevan a desempeñar actitudes negativas e inhumanas hacia las personas que son receptoras de sus servicios.⁸

III.2. Proceso de desarrollo del SB

Sin embargo, han sido diferentes las maneras de explicar la forma en que se inicia y se desarrolla este síndrome; las principales diferencias se encuentran en la identificación de la primera dimensión dañada y su secuencia progresiva.² En nuestro caso sólo nos referiremos al modelo de desarrollo propuesto por Gil-Monte y Peiró, quienes proponen que *“el proceso se inicia con la aparición de bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y paralelamente altos sentimientos de agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen a esos sentimientos se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional”*.⁹



Fuente: Gil-Monte PR, Peiró JM. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis; 1997. p.23-95.

Resulta incuestionable mencionar que a pesar de que existen diferentes concepciones de cómo se desarrolla este síndrome, considerándolo como un proceso que se desarrolla de manera secuencial, cabe suponer una interacción entre cada una de las dimensiones que se articularían entre sí.

III.3. Desencadenantes y facilitadores del SB

Para que este síndrome se produzca es necesaria la interacción entre respuestas y características individuales al estrés, así como la presión laboral en el ambiente de trabajo.¹⁰

A este respecto, Gil Monte y col. identificaron un conjunto de variables en el trabajo y determinadas características personales que hacen más vulnerables a las personas de experimentar SB. Estos autores hacen una diferencia entre desencadenantes y facilitadores del SB, entendiendo los primeros como *“aquellos estresores percibidos con carácter crónico que ocurren en el ambiente laboral, y los segundos como aquellas variables de carácter personal que tienen una función facilitadora o inhibidora (mediadora) de la acción que los estresores ejercen sobre el sujeto”*. La taxonomía que proponen es la siguiente:

Desencadenantes

Para el análisis de los estresores laborales o desencadenantes establecen cuatro categorías:

1. Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto como fuente de estrés laboral.
 - Algunos elementos del ambiente físico tales como ruido, vibraciones, iluminación, temperatura, condiciones climatológicas, condiciones higiénicas, toxicidad de los elementos que se manejan y disponibilidad del espacio físico, etc., suponen una fuente importante de estrés laboral.
 - Demandas estresantes del puesto como turnos rotados, el trabajo nocturno, estar expuesto a riesgos y peligros, poca recompensa laboral, sobrecarga laboral⁹; ya que el balance de los esfuerzos comprometidos en el trabajo y las recompensas de
-
-

diversos tipos parecen condicionar la probabilidad de ocurrencia del estrés experimentado y de las manifestaciones de Burnout.¹¹

- Demandas estresantes generadas por los contenidos del puesto en los que se incluyen la oportunidad del sujeto para emplear las habilidades adquiridas, la variedad de tareas que deben realizar, la retroalimentación sobre el desempeño de las tareas.
2. Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera.
- Ambigüedad y conflicto de rol. Entendiendo por ambigüedad el grado de incertidumbre que el sujeto que desempeña un rol tiene respecto al mismo y puede ser producido por un déficit de información; y por conflicto de rol cuando no se pueden satisfacer simultáneamente expectativas de rol contradictorias.
 - Calidad y cantidad de las relaciones interpersonales que se establecen con los compañeros, supervisores, subordinados y usuarios o clientes.
 - Desarrollo de la carrera profesional y las posibilidades de promoción.
 - Percepción de equidad o inequidad.
3. Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales.
- El uso de tecnologías que facilitan o dificultan el desempeño de las tareas y que requieren de un cambio en las habilidades que se deben poner en práctica.
 - Dimensiones estructurales de la organización (centralización, complejidad y formalización).
 - Variables de clima organizacional como participación, implicación, autonomía, tipo de supervisión, poca o nula toma de decisiones y apoyo social de los superiores y compañeros de trabajo.
4. Fuentes extra organizacionales de estrés laboral: relación trabajo-familia.
- Vivencias, sentimientos, actitudes y 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.

Facilitadores

Estas variables de carácter personal permiten conocer quién tiene mayor riesgo de desarrollar SB, ya que de alguna manera, todos están en mayor o menor medida

expuestos cuando el estrés se torna excesivo, pero estas características particulares señalan quién es más susceptible:

1. Variables de carácter demográfico

- Dentro de este grupo de variables se encuentran: el sexo, la edad, el estado civil, la existencia o no de hijos, la antigüedad en el puesto y la antigüedad en la profesión.

2. Variables de personalidad

- La mayoría de los investigadores coinciden que los profesionales más proclives a desarrollar el SB son sujetos empáticos, sensibles, humanos, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles de identificarse con los demás.
- Por otro lado, las personas con un patrón de personalidad tipo A (sujetos que se caracterizan por manifestar impaciencia, velocidad excesiva, urgencia temporal, esfuerzo por el logro, competitividad, hostilidad, habla y gestos bruscos, y compromiso excesivo por el trabajo); baja autoconfianza, locus de control externo (esta variable alude a la creencia generalizada de que los eventos de la vida y sus consecuencias son controlados por fuerzas externas como otras personas, la suerte o el destino); percepción de falta de autoeficacia, autoconcepto negativo, personalidad antisocial, agresiva, esquizoide y con problemas de ansiedad; experimentan con mayor frecuencia SB.⁹

Una vez instaurado el SB en el profesional, son múltiples las consecuencias que a nivel individual y organizacional suscita; entre las que destacan: el inevitable deterioro de la salud y de las relaciones interpersonales laborales y extralaborales, niveles bajos de compromiso organizacional, baja implicación laboral y por consiguiente, deterioro de la calidad del servicio incluyendo conductas deshumanizadas y altos niveles de ausentismo; y por supuesto, insatisfacción laboral.⁹ Consecuencias que sin embargo, son susceptibles de prevenirse y revertirse, siendo un factor determinante para ello la ejecución de cambios organizacionales que conduzcan a una revaloración de los recursos humanos, promoviendo el cuidado de los mismos. Ya que los trabajadores tienden a dar calidad al cliente en la misma medida en que perciben que son tratados por la organización en la que laboran.

III.4. Repercusiones del SB en el estado de salud

El SB genera graves problemas de salud a nivel físico, psicológico y social; al respecto, Balseiro hace referencia, a que dicho síndrome se manifiesta de manera muy específica a través de síntomas:

Psicosomáticos: fatiga crónica, tensión muscular, somatizaciones, trastornos del sueño, úlceras, cefalea, taquicardia, hipertensión, estreñimiento crónico, alteración o pérdidas del ciclo menstrual, dolores musculares y pérdida o aumento del apetito.

De conducta: ausentismo laboral, adicciones (tabaco, alcohol, drogas), incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas violentas.

Emocionales: distanciamiento afectivo como forma de protección del yo, depresión, ansiedad, obsesiones, fobias, ideas suicidas, conductas paranoides, agitación, ira, llanto, frustraciones, sentimientos de incompetencia, irritabilidad, incapacidad de concentración, culpabilidad y pérdida de la alegría de vivir.

Laborales: disminución en la capacidad en el trabajo, detrimento de la calidad de los servicios que se presta a los clientes, aumento de interacciones hostiles, comunicaciones deficientes, conflictos interpersonales, hipercrítica a los compañeros de trabajo, comer o fumar compulsivamente, etc.^{5,12}

Por su parte Almedro Padilla y col. reconocen que “el SB tiene las siguientes formas de manifestarse:

Manifestaciones mentales: Sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal. Es frecuente apreciar nerviosismo, inquietud, dificultad para la concentración y una baja tolerancia a la frustración, con comportamiento paranoico y/o agresivo hacia los pacientes, compañeros y la propia familia.

Manifestaciones físicas: Cefaleas, insomnio, algias osteomusculares, alteraciones gastrointestinales, taquicardia etc.

Manifestaciones conductuales: Predominio de conductas adictivas y evitativas, consumo aumentado de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales, ausentismo laboral, bajo rendimiento personal, distanciamiento afectivo con los enfermos y compañeros y frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia.¹³

Síntomas realmente serios que ponen en peligro la integridad no sólo de la persona que lo padece, también la de los usuarios de sus servicios.

III.5 SB y personal de Enfermería del primer nivel de atención

Todos los seres humanos se enfrentan a la vida y a la muerte diariamente en el desarrollo de su existencia;¹⁴ y los profesionales de la salud son quienes conviven más directamente con esta realidad; ellos son los encargados de cuidar y preservar la vida limitando la enfermedad, ese es el principal rol que desempeñan. En este orden de ideas, los cuidados humanos siempre han existido a lo largo de la historia del hombre y principalmente eran las mujeres quienes los proporcionaban; desde entonces a la mujer se le considera como “cuidadora”; esa es quizá la razón por la cual la profesión de Enfermería, conformada predominantemente por mujeres, tenga un rol específico dentro del equipo de salud: cuidar, mientras que el médico se ocupa de curar; sin embargo, es en ella en quien recae una gran responsabilidad ya que es quien pasa más horas frente al paciente, con la exigencia de que debe ejercer su profesión buscando siempre la perfección, sin cabida a la equivocación; sin considerar que es quien generalmente desempeña múltiples roles: como esposa, como madre de familia y como profesional; y quien convive a diario más de cerca con el sufrimiento humano, con la ira, el miedo y la frustración que causa la enfermedad; cuestión sumamente problemática no sólo para la persona que la padece, también lo es para sus familiares porque toca las fibras más profundas del ser humano; por lo tanto, el cuidado se torna complejo y resulta totalmente difícil que el profesional de Enfermería no se implique emocionalmente a tal situación.

Además, el ser que atraviesa por esta circunstancia exige una gran demanda emocional para cubrir sus necesidades que se ven alteradas al entrar en contacto con la enfermedad, pero de igual forma al ser aislado de su entorno habitual. Esta situación hace todavía mucho más compleja la labor de Enfermería y, a la larga puede producirle un desgaste profesional tanto físico como emocional.

Por otro lado, la naturaleza de la profesión de Enfermería no sólo es brindar cuidados integrales con calidad y calidez al individuo, familia y comunidad en condición de enfermedad; si no también al individuo sano o aparentemente sano. Al respecto cabe señalar que no sólo las personas que atraviesan un episodio de enfermedad demandan atención; también las personas “sanas” lo hacen por su propia condición humana.

Todo ello, aunado a las condiciones laborales de la organización en la que los profesionales ejercen su quehacer incrementa la morbilidad del SB. En esta línea, Prados Peña y col. señalan *“un sistema hospitalario deshumanizado, despersonalizado, con progresivo deterioro de las condiciones de trabajo al cual deben adaptarse sus trabajadores incide en la producción de situaciones estresantes”*.¹⁵ Así mismo Ibáñez y col. mencionan *“sumado a pequeñas, medianas o grandes dosis diarias, puede hacer que dicho colectivo tenga una predisposición a experimentar un cierto grado de desgaste profesional que puede conducir a la manifestación de actitudes y sentimientos desfavorables tanto para el profesional como para la persona a la que ofrece su servicio”*.¹⁶

Por su parte, Parada y col. señalan que: *“la contingencia de resolver problemas que surgen de improviso, la escasez de personal con la consabida sobrecarga laboral, los conflictos, la ambigüedad de rol por no existir especificidad de funciones y tareas, el bajo reconocimiento social en relación con otros profesionales, la falta de autonomía y autoridad para la toma de decisiones, los rápidos cambios tecnológicos, las mermas en las retribuciones y estímulos de distintos tipos, las condiciones físicas externas inadecuadas, las malas relaciones interpersonales y la superposición familia-trabajo contribuyen a aumentar las tensiones específicas del quehacer hospitalario produciendo estrés laboral crónico”*.¹⁷

Sin embargo, en el primer nivel de atención, que obviamente posee características muy distintas a las hospitalarias, se llevan a cabo también actividades que producen estrés, la primera de ellas es el sólo contacto con el paciente que demanda atención, las funciones eminentemente comunitarias que representan ciertos riesgos laborales a nivel domiciliario y en la vía pública y por supuesto el compromiso social de satisfacer las necesidades holísticas de salud de la población a lo largo de la vida del individuo en un continuo de salud y enfermedad. Al respecto, Moore señala que *“en las enfermeras del primer nivel de atención también están presentes factores estresantes del medio ambiente interno, relacionados con el sistema de trabajo institucional, así como los provenientes del exterior que tienen que ver con la demanda de servicio de los usuarios”*.¹⁸ Por lo tanto, el profesional de Enfermería que labora en el primer nivel de atención no está exento de presentar SB.

Tal es el caso de un estudio realizado en Burgos, España cuyo objetivo fue conocer la prevalencia del SB entre los enfermeros de atención primaria, así como su estado de salud general y psicológico. Como instrumentos de medida utilizaron el MBI y el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ). En la muestra estudiada (248 profesionales de Enfermería) se evidenció la existencia de un nivel medio-alto de SB en el 66.4% de los encuestados, así como la posible presencia de patología psiquiátrica en casi un 30%. En relación a las variables sociodemográficas, se concluyó que éstas no alcanzan la significación estadística necesaria como para considerar que ejercen un efecto modulador sobre el SB.¹⁹

Otra investigación llevada a cabo también en España con el objetivo de determinar la prevalencia y distribución del SB, así como la posible relación con las variables sociodemográficas y laborales asociadas, en el contexto de Sistema de Atención Primaria de la Salud; en la que se estudio 160 trabajadores sanitarios, utilizando el MBI y otra escala de clima social en el trabajo (WES). Los resultados obtenidos muestran la presencia de un nivel moderado de SB entre los trabajadores del primer nivel de atención. Casi el 60% de los participantes experimentan algún grado de SB en su vida profesional. En relación a las variables sociodemográficas no se encontró correlación estadísticamente significativa.²⁰

En Malaga, España se estudió a 110 sujetos de ambos sexos dedicados a la atención primaria y hospitalización, se encontró presencia del SB por la monotonía de las tareas, la sobrecarga laboral, la no participación en la toma de decisiones, las exigencias del entorno familiar y las relaciones interpersonales con los usuarios. Esto implica que la presencia del SB no se limita a las áreas críticas en donde hay más demandas de atención del personal de Enfermería.²¹

En Cuba se realizó un estudio a 287 profesionales de la salud del primer y segundo nivel de atención, utilizando el Cuestionario Breve de Burnout (Moreno), la Escala de Síntomas de Estrés (Aro), y el Inventario de Estrés para Profesionales de la Salud (Wolfgang). Encontrando mayor prevalencia de síntomas de estrés (66.7%) en los profesionales de la atención primaria y puntuaciones más bajas en la dimensión RP particularmente en el personal de Enfermería femenino; y SB en las mujeres médicas del mismo nivel.¹¹

También en Cuba se llevó a cabo otra investigación con los siguientes objetivos: Identificar los principales agentes estresores en los enfermeros/as en una Institución de Atención Primaria de Salud y confirmar la hipótesis de que todo el personal de Enfermería de la misma identifica como estresores los mismos agentes, independientemente del área donde trabajen. La población objeto de estudio fueron 54 enfermeras/os, distribuidos en las siguientes áreas: Consulta externa 7 (12,9 %), Servicios de urgencia 11 (20,37 %), Consultorios 34 (62,96 %) y Administrativos 2 (3,70 %). La muestra de estudio fue de 34 enfermeros/as; se realizó un muestreo aleatorio simple estratificado por las áreas de trabajo señaladas anteriormente y se investigó en cuál de las áreas el personal estaba más expuesto al estrés. Según los resultados, el personal de consultorio era el más vulnerable; las enfermeras/os identificaron como principales agentes estresores recibir salario no acorde a sus responsabilidades, falta de estimulación, condiciones físicas de trabajo no adecuadas, no ver los frutos del trabajo, y ver morir a un paciente especial. Esto confirma la hipótesis inicial de que el personal de Enfermería identifica los mismos agentes estresores, independientemente del área en que trabaje.²²

En el Reino Unido se llevó a cabo una investigación en 38 enfermeras comunitarias, con el objetivo de explorar sus experiencias en lo referente a los aspectos más agotadores de su

trabajo. Los datos fueron recogidos a través del cuestionario de Walcott-McQuigg y Ervin. Los resultados revelaron que los aspectos más agotadores del trabajo para este grupo de enfermeras comunitarias son: la sobrecarga de trabajo, los pacientes con necesidades complejas de cuidado, carencia del trabajo en equipo con otros departamentos, y responsabilidades familiares (interfaz del hogar/trabajo).²³

En general, con los estudios anteriores podemos comprobar que efectivamente el personal de Enfermería de atención primaria está expuesto al SB como cualquier otro profesional del segundo o tercer nivel.

De igual manera, resulta fundamental mencionar que en nuestro país no existen investigaciones relacionadas con el SB y el estado de salud en enfermeras/os que laboran en el primer nivel de atención y en otras partes del mundo la investigación sobre este síndrome en atención primaria, actualmente es escasa.

Por otro lado, es incuestionable que la mayoría de los estudios hacen referencia al SB en áreas de hospitalización críticas y no críticas, donde se presume, que el personal que labora en estas áreas tiene mayor riesgo de presentar SB, al ser consideradas las más “altamente estresantes”.

Al respecto, en Barcelona se realizó un estudio en 70 enfermeras de un hospital de segundo nivel con el objetivo de determinar la prevalencia del síndrome de Burnout, así como su relación con los factores sociodemográficos y el estado de salud general de las enfermeras adscritas al área de urgencias. Los instrumentos utilizados fueron el MBI y el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ). Como resultado más destacado fue que la muestra presentó un grado medio de Burnout en las tres subescalas. El 17.14% de las enfermeras presentaron síntomas psíquicos o físicos de origen psicológico que podrían requerir atención especializada. Por otro lado, el perfil epidemiológico de riesgo de padecer Burnout sería el de mujer casada con pocas horas de ocio a la semana y que desea cambiar su horario de trabajo.¹⁶

Con el objetivo de determinar la prevalencia del SB y su relación con determinados factores sociodemográficos, laborales e institucionales a través del MBI, se llevó a cabo un

estudio en 622 profesionales de Enfermería del Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid; en el cual se concluyó que el personal de Enfermería está más despersonalizado y menos realizado que el grupo de auxiliares/técnicos. Cuando se analizaron los resultados de las 3 dimensiones del síndrome por servicios se comprobó que el agotamiento es superior en los profesionales de oncología y urgencias, la despersonalización en urgencias, y el SB es de nuevo más alto en las áreas de oncología y urgencias. Los profesionales que respondían que su labor asistencial era poco reconocida obtenían las peores puntuaciones en el SB y sus tres dimensiones. A menor grado de satisfacción laboral más altas son las puntuaciones en las 3 dimensiones.²⁴

En una muestra de 254 enfermeros/as de un hospital general de España se llevó a cabo un estudio para explorar la relación entre el SB y el apoyo procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo. Para la recogida de datos se utilizaron la Multidimensional Support Scale (Winefield HR, Winefield AH, Tiggemann M) y el MBI. Se obtuvieron los siguientes resultados: el agotamiento emocional se asocio a la falta de apoyo social por parte de los compañeros de trabajo; por otro lado, el apoyo proporcionado a los profesionales por parte de su familia y amigos estaba asociado a su realización personal; encontrándose un nivel medio de SB. Con relación a las variables sociodemográficas encontraron que los profesionales jóvenes, en los primeros años de trabajo y sin hijos, presentaron mayores niveles de agotamiento emocional.²⁵

En el Hospital Virgen de la Salud de Toledo se realizó una investigación en 314 profesionales de Enfermería cuyo objetivo fue valorar la prevalencia del SB, para lo cual utilizaron como instrumento el MBI. Se observó la presencia de agotamiento emocional en el 43,3% de los enfermeros/as, despersonalización en el 57% y falta de realización personal en el 35,66%. Además encontraron mayor nivel de Burnout en las mujeres con respecto a los varones, en los profesionales que tienen un tiempo de trabajo inferior a 15 años en la profesión y un tiempo de trabajo inferior de 10 años en el último servicio y en el personal con plaza en propiedad.²⁶

A nivel internacional, específicamente en Turquía, se desarrolló una investigación con la finalidad de determinar la relación entre el nivel de SB experimentado por las enfermeras/os que trabajan en Kocaeli y sus valores personales y profesionales. La

muestra estuvo constituida por 160 participantes y el instrumento de medida fue desarrollado usando información proveniente de la literatura sobre el tema y del MBI. Los resultados demostraron que los valores personales y profesionales desempeñan un papel importante en el nivel del SB. En este sentido, la igualdad, el altruismo y la estética representaron valores prioritarios para los profesionales que experimentaban altos niveles de agotamiento emocional. La igualdad y la estética eran los principales valores para los participantes que presentaron una baja realización personal.²⁷ En este sentido, Gil Monte hace referencia que la existencia de sentimientos de altruismo e idealismo acentuados por la forma en que una parte importante de estos profesionales abordan su profesión podrían facilitar el desarrollo del proceso. Este idealismo y los sentimientos altruistas llevan a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios y convierten en un reto personal la solución de los problemas. Ello conlleva a que se sientan culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y aumento del agotamiento emocional.²⁸

Otra investigación hecha en Suiza cuyo objetivo fue evaluar el nivel del SB en enfermeras así como los factores relacionados en una muestra de 97 auxiliares y profesionales miembros de una UCI quirúrgica. Arrojó que el 28% mostró un alto nivel de SB. Entre los problemas identificados y que se asociaron con este resultado fueron: la falta de cooperación de los pacientes, la organización de los servicios y la rápida rotación de pacientes. Otro resultado de este estudio mostró que el 49% del equipo de Enfermería se sentía estresado.²⁹

En un hospital pediátrico en Belfast, Reino Unido se realizó una investigación con la finalidad de examinar la relación entre la satisfacción profesional y los niveles de estrés en una muestra de 72 enfermeras. Los resultados demostraron que mientras los niveles de estrés se elevaban, la satisfacción profesional bajaba. Por lo tanto, concluyeron que la satisfacción profesional es afectada negativamente por la presencia de estrés. Las fuentes principales de estrés fueron variables del contexto del trabajo, tales como escasez de recursos, tiempo, carencia percibida de ayuda y de implicación de la organización.³⁰

En Inglaterra se desarrolló un estudio en 79 enfermeras para conocer el tipo de estresores al que están sometidas. El instrumento específico de estrés fue desarrollado después de

entrevistas profundizadas con los profesionales primarios del cuidado. El análisis factorial de las respuestas del cuestionario identificó cinco estresores importantes: demandas del trabajo y de la carencia de la comunicación, del entorno de trabajo, problemas con los pacientes, interfaz trabajo/casa y vida social, y del desarrollo de carrera.³¹

Con el objetivo de evaluar el estrés y el SB del personal médico y de Enfermería que trabaja en el Sistema Nacional de Salud (NHS) de Gran Bretaña e Irlanda se llevó a cabo una investigación a través del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ) y el Maslach Burnout Inventory (MBI). La muestra estuvo conformada por 455 médicos y 326 enfermeras. La tasa de respuesta fue del 55,6% en los cirujanos y 54,3% en el personal de Enfermería. Sobre el MBI, en comparación con las enfermeras, los cirujanos habían puntuado significativamente más alto en el nivel de despersonalización (17,4% frente a 7,4%) y más bajo en la dimensión de realización personal (26,6% versus 14,2%). El 77% de los cirujanos y el 63,4% de las enfermeras declararon su intención de retirarse antes de la edad legal de jubilación. La insatisfacción con el trabajo, la intención de jubilarse anticipadamente, el asilamiento de los amigos y la familia, se asociaron con una mayor morbilidad psiquiátrica y SB. Como conclusión, manifiestan que encontraron altos niveles de morbilidad psiquiátrica y SB en esta cohorte nacional de los cirujanos y las enfermeras que trabajan en el NHS.³²

En Irlanda se realizó una investigación para identificar los factores predictivos del SB en el personal de Enfermería pediátrica, la muestra estuvo conformada por 121 enfermeras de unidades de cuidados intensivos pediátricos y de unidades de cuidados intermedios. Se encontró un nivel alto en las enfermeras que laboran en las unidades de cuidados intensivos y un nivel más bajo en las de cuidados intermedios. Además los resultados arrojaron que el estrés en el trabajo es el predictor más significativo del SB, seguido por el estado de ansiedad, apoyo social y la experiencia en la unidad.³³

Los estudios realizados a nivel internacional, muestran una realidad similar del comportamiento del SB.

Por otra parte, en México, un estudio realizado por la Dra. Balseiro Almario y col. con el objetivo de identificar el nivel de SB del personal de Enfermería en un hospital público y

uno privado; en donde la variable medida fue el síndrome en las dimensiones: Fisiológica, Psicológica, Conductual y Laboral. Cabe mencionar, que cada dimensión tuvo 10 indicadores a partir de los cuales se obtuvieron las preguntas del cuestionario que fue tipo Likert con 42 preguntas. La población estuvo compuesta por 377 enfermeras: 194 de un hospital privado de las cuales 112 laboraban en áreas críticas y 82 en hospitalización. En el caso del hospital público, fueron 183 enfermeras: 80 de áreas críticas y 103 de hospitalización. Encontrando los siguientes resultados: el personal de Enfermería del hospital privado tiene el nivel II del SB y el personal de Enfermería del hospital público el nivel I. Es más marcada la sintomatología en las áreas críticas, pero el exceso de trabajo del área de hospitalización hace que el síndrome también se encuentre presente en este servicio. Las áreas más afectadas en ambos hospitales son la Fisiológica: varices, exceso de trabajo, molestias gastrointestinales, fatiga y cansancio, agotamiento, afecciones respiratorias, cefaleas o migrañas y molestias cardiovasculares y la Psicológica: angustia y estrés. En el área Laboral, el sueldo bajo del hospital privado y la falta de los días de descanso, son las áreas afectadas. La situación de que el SB es más severo en el hospital privado puede atribuirse a que el profesional que labora en él tiene una serie de estresores diferentes; tales como una exigencia mayor para que la atención que se brinde sea de alta calidad al enfrentarse a pacientes con un poder adquisitivo alto y que exigen una mayor atención y por lo tanto, que provoca un mayor desgaste tanto físico como emocional, el tener un salario inferior, el tener derecho a menores prestaciones, etc.³⁴

Otro estudio realizado en México con el propósito de determinar el tipo de factores que influyen en la presencia de estrés en enfermeras hospitalarias en relación con quienes atienden a usuarios en clínicas del primer nivel de atención; en donde la muestra estuvo conformada por 125 enfermeras, de las cuales, 55 pertenecían al área hospitalaria y 70 al primer nivel; y el instrumento utilizado fue la Escala de Rangos de Reajuste Social de Thomas Holmes Richard Rahe. Los resultados del estudio son presentados en relación con los factores intrapersonales, interpersonales y extrapersonales identificados que originan estrés en las enfermeras. Obtuvieron como resultados que los factores que más influyen en la presencia de estrés, son los interpersonales (relacionados con las disposiciones institucionales que tienen que ser adoptadas por éstas, así como los sentimientos e ideas personales acerca del deber ser en las relaciones personales o situaciones de trabajo) para las enfermeras que proporcionan cuidados a pacientes

hospitalizados como para las que atienden a usuarios en clínicas de primer nivel. Con relación a la distribución de la muestra de los grados de estrés, se observó que la mayor concentración de enfermeras se ubicó en los grados II y III que equivalen a un 80% con probabilidades de desarrollar enfermedades relacionadas con el estrés; además se observó que son enfermeras generales y del área hospitalaria.³⁵ Esta investigación muestra que, efectivamente tanto el ambiente hospitalario como el del primer nivel son proclives a producir estrés en el personal de Enfermería.

Con el objetivo de determinar la prevalencia de cada una de las dimensiones del SB en el personal de atención a la salud de hospitales de segundo nivel del IMSS y del ISSSTE en la Ciudad de Durango, México; se realizó una investigación a 73 médicos y 100 enfermeras, a través del MBI. En los trabajadores del IMSS y el ISSSTE, respectivamente, la prevalencia de despersonalización fue de 43.2 y 14.5%; el agotamiento emocional de 41.4 y 19.4%; la realización personal de 99.1 y 96.8%. La prevalencia de despersonalización, agotamiento emocional y realización personal fue más elevada en el personal de Enfermería del IMSS, en comparación con las del ISSSTE. En este grupo laboral, la prevalencia de dos o más dimensiones del SB fue de 35%; mientras que en los médicos fue de 30.1%. Estos autores concluyen que existe una elevada prevalencia de despersonalización y agotamiento emocional en el personal de atención a la salud del IMSS que participó en el estudio. De igual manera, se pudo comprobar que a mayor exigencia en el cuidado de los pacientes y a mayor cantidad de tiempo que las enfermeras pasan en contacto con ellos y sus familiares se incrementa significativamente el estrés laboral.³⁶ Pudiéndose comprobar que a mayor demanda emocional por parte de los pacientes, mayor prevalencia de estrés y consecuentemente de SB.

Por todo lo anteriormente expuesto, considerando la escasez de investigaciones respecto al síndrome de Burnout y su relación con el estado de salud en enfermeras del primer nivel de atención, se hace necesario realizar el presente estudio, con la finalidad de contribuir al conocimiento sobre el tema en la población mexicana y brindar, a partir de los resultados, recomendaciones en búsqueda de una mejor salud del personal de Enfermería.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El SB es un fenómeno que ha cobrado gran importancia en las últimas décadas y que actualmente constituye un problema de salud pública que daña la calidad de vida del profesional y la calidad asistencial, generando aumento de costos económicos y la pérdida de días de trabajo en el sistema de salud.

En este sentido, los profesionales de servicios humanos son los más expuestos a sufrir estrés laboral y consecuentemente SB. Actualmente se ha demostrado que existe un 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.

El personal afectado por el SB además de ser sumamente susceptible de presentar alteraciones en su salud, modifica dos elementos que son fundamentales en su profesión sensibilidad y humanismo que no le permiten brindar cuidado holístico a las personas, por lo que, se genera un distanciamiento afectivo que puede propiciar una actitud que comprometa incluso los aspectos éticos esenciales. Por todo esto, podemos afirmar que la presencia del SB constituye un riesgo para la salud física, psicológica y social del personal de Enfermería como profesionista clave en el cuidado a la salud de la población.

Con base en lo anterior, es necesario destacar que en México existe evidencia respecto a al SB en enfermeras que laboran en hospitales y en particular en unidades de atención a pacientes agudos y graves pero no respecto a este síndrome y su relación con el estado de salud en las que laboran en la atención de primer nivel. Este tipo de profesionales juega un papel sumamente importante dentro del sector salud ya que son los que tienen una mayor implicación en la promoción y la prevención en nuestro país y son quienes tienen contacto con el paciente y con su problemática por primera vez. Además, son profesionales que están expuestos a riesgos y peligros al llevar a cabo su función sustantiva en el ámbito comunitario, actividad que por sus singulares características está

rodeada de múltiples factores estresantes. De ahí la importancia del presente estudio para el cual nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación del SB con el estado de salud en un grupo de enfermeras del primer nivel de atención?

V. HIPÓTESIS

Tomando en cuenta los estudios reportados sobre la relación del síndrome de Burnout con el estado de salud, suponemos que el personal de Enfermería afectado por este síndrome, presentará alteraciones de salud estadísticamente más significativas, en comparación con los no afectados.

VI. OBJETIVOS

General:

Determinar la relación del Síndrome de Burnout con el estado de salud en un grupo de enfermeras del primer nivel de atención.

Específicos:

- Identificar los factores sociodemográficos y laborales que están relacionados con la presencia del SB.

 - Proponer recomendaciones a partir de los resultados que se obtengan.
-
-

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VII.1. Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio observacional, prolectivo, transversal y descriptivo.

VII.2. Población

El universo de estudio estuvo constituido por 1137 profesionales de Enfermería del primer nivel de atención de 4 de las 19 Jurisdicciones Sanitarias del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM): Amecameca, Ecatepec, Nezahualcoyotl y Texcoco; de los cuales, 429 quedaron excluidos por encontrarse de vacaciones, de licencia o por ausencia el día de la aplicación; de tal manera que la muestra final estuvo constituida por 708 profesionales.

VII.2.1. Criterios de inclusión

- Personal de Enfermería de todas las categorías y de los turnos matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada que laboren en unidades de primer nivel de atención.

VII.2.2. Criterios de exclusión

- Personal que se encuentre de vacaciones o de licencia.
- Personal que el día de la aplicación este ausente.
- Personal que no desee participar en la investigación.

VII.3. Variables

VII.3.1. Clasificación de variables

- *Dependiente*: Estado de salud
 - *Independiente*: Síndrome de Burnout
-
-

- **Intervinientes:** Edad, turno, sexo, estado civil, con quién vive, número de hijos, tiempo de ejercer la profesión, antigüedad en la institución, número de pacientes atendidos durante el turno de trabajo, tiempo de recorrido casa-trabajo, satisfacción con el trabajo, categoría y número de empleos.

VII.3.2. Operacionalización de variables

Variabes	Definición	Nivel de Medición	Categoría
Estado de salud	Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad; medido a través del cuestionario de salud general de Goldberg.	Cualitativa Nominal	1. Probable normal no caso de alteración en la salud mental: puntuaciones de 0 a 3 en el cuestionario general de salud de Goldberg. 2. Probable caso de alteración en la salud mental: puntuaciones iguales o mayores a 4.
Síndrome de Burnout	Respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.	Cualitativa Nominal	1. Ausencia de SB: Puntuación baja en la dimensión AE (menor o igual a 16) y DP (menor o igual a 6) y alta en la dimensión RP (mayor o igual a 39). 2. Presencia de SB: Puntuación alta en la dimensión AE (mayor o igual a 27) y DP (mayor o igual a 13) y baja en la dimensión RP (menor o igual a 31).
Agotamiento emocional (AE)	Describe sentimientos de no poder dar más de sí física y psicológicamente en las enfermeras.	Cualitativa Ordinal	1. Bajo: puntuaciones menores o iguales a 16. 2. Medio: puntuaciones que se ubican entre el percentil 17 y 26. 3. Alto: puntuaciones mayores o iguales a 27.

Despersonalización (DP)	Describe sentimientos y actitudes negativos hacia el trabajo y hacia los usuarios por parte de las enfermeras.	Cualitativa Ordinal	1. Bajo: puntuaciones menores o iguales a 6. 2. Medio: puntuaciones que se ubican entre el percentil 7 y 12. 3. Alto: puntuaciones mayores o iguales a 13.
Realización personal (RP)	Describe sentimientos de satisfacción y entusiasmo por el trabajo en las enfermeras. Definición para exposición.	Cualitativa Ordinal	1. Bajo: puntuaciones menores o iguales a 31. 2. Medio: puntuaciones que se ubican entre el percentil 32 y 38. 3. Alto: puntuaciones mayores o iguales a 39.
Edad	Edad cronológica que la enfermera refiere.	Cuantitativa Discreta	Años cumplidos
Turno	Horario de trabajo del personal de Enfermería.	Cualitativa Nominal	1. Matutino 2. Vespertino 3. Nocturno 4. Jornada acumulada
Sexo	Características fenotípicas del sujeto.	Cualitativa Nominal	1. Mujer 2. Hombre
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Cualitativa Nominal	1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Unión libre 4. Separado/a 5. Divorciado/a 6. Viudo/a
Con quién vive	Forma de convivencia en el domicilio.	Cualitativa Nominal	1. Solo/a 2. Con familia 3. Otra
Número de hijos	Cantidad de descendientes directos.	Cuantitativa Discreta	Número de hijos
Tiempo de ejercer la profesión	Cantidad de años que ha ejercido la profesión de Enfermería.	Cuantitativa Continua	Número de años
Antigüedad en la institución	Cantidad de años que ha laborado en la institución actual.	Cuantitativa Continua	Número de años
Número de pacientes	Cantidad de pacientes que un profesional de Enfermería atiende durante el turno de trabajo.	Cuantitativa Discreta	Número de personas atendidas
Tiempo de recorrido casa-trabajo	Duración del recorrido para llegar al lugar de trabajo.	Cuantitativa Continua	Tiempo expresado en minutos u horas según sea el caso
Satisfacción con el trabajo	Nivel de agrado por la actividad laboral que desempeña el profesional de Enfermería.	Cualitativa Nominal	1. Nada 2. Algo 3. Satisfactorio 4. Muy satisfactorio

Categoría	Cada una de las clases establecidas en una profesión.	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auxiliar de Enfermería 2. Postécnico 3. Enfermera General 4. Pasante de Licenciatura 5. Licenciada en Enfermería 6. Posgrado 7. TAPS (Técnico en Atención Primaria a la Salud) 8. Pasantía 9. Cuidadora 10. Otra
Número de empleos	Cantidad de empleos que posee el personal de Enfermería actualmente.	Cuantitativa Discreta	Número de empleos

VII.4. Procedimientos y técnicas

VII.4.1. Técnicas de recolección

La información se obtuvo bajo consentimiento informado a través de fuentes primarias en 71 unidades de primer nivel: 17 de Amecameca, 20 de Ecatepec, 22 de Nezahualcoyotl y 12 de Texcoco, mediante tres cuestionarios autoadministrados estructurados con preguntas cerradas. Durante la aplicación se aseguró la privacidad del respondiente y su confidencialidad.

VII.4.2. Instrumentos de recolección

Para fines del presente estudio se utilizaron tres instrumentos de medición: una encuesta sociodemográfica, el cuestionario Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) para medir el Síndrome de Burnout y el General Health Questionnaire Cuestionario de Salud General de Goldberg en su versión de 30 ítems (GHQ-30) para valorar el estado de salud de la población de estudio.

El cuestionario Maslach Burnout Inventory (Maslach y Jackson, 1981/1986), en su versión para los profesionales cuyo objeto de trabajo son personas: MBI- Human Services Survey (MBI-HSS) es un cuestionario autoadministrado que recoge, mediante una serie de

afirmaciones, los sentimientos, emociones y actitudes que el profesional muestra hacia su trabajo y hacia los pacientes.³⁷ Está integrado por 22 preguntas cerradas, con 7 opciones de respuesta, que van desde 0 (nunca) a 6 (todos los días) (escala tipo Likert de 7 puntos). Está estructurado en 3 subescalas independientes que evalúan las dimensiones básicas del Burnout: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y realización personal (RP). La dimensión AE, formada por 9 ítems, valora la sensación de fatiga y sobrecarga que el profesional vivencia como consecuencia de las demandas de su actividad laboral, pudiéndose manifestar físicamente, psíquicamente o como una combinación de ambas (puntuación máxima, 54); la dimensión DP, integrada por 5 ítems, mide el distanciamiento relacional, la falta de sentimientos y las respuestas frías, críticas, impersonales y distantes hacia los pacientes, evidenciándose un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación hacia uno mismo (puntuación máxima, 30); y la dimensión RP, compuesta de 8 ítems, evalúa sentimientos de competencia, eficacia y consecución de logros en el ámbito laboral, manifestándose mediante respuestas negativas hacia uno mismo y su trabajo (puntuación máxima, 48). Las puntuaciones de cada dimensión se obtienen como suma simple de los valores de cada uno de los ítems que la componen.¹⁹

Para evaluar la presencia del SB el profesional deberá obtener un puntaje alto en la dimensión AE y DP, y un puntaje bajo en RP.

Puntuaciones y grado de afección de las tres dimensiones del MBI			
Componente	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional (AE)	Menor o igual a 16	17 a 26	Mayor o igual a 27
Despersonalización (DP)	Menor o igual a 6	7 a 12	Mayor o igual a 13
Realización personal (RP)	Menor o igual a 31	32 a 38	Mayor o igual a 39

Fuente: Gil-Monte PR, Marucco MA. Prevalencia del "síndrome de quemarse por el trabajo" (Burnout) en pediatras de Hospitales generales. Rev Saúde Pública [en línea] 2008 [fecha de acceso 20 de abril de 2007]; 42(3): 450-6. URL disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n3/6278.pdf>

En cuanto a la confiabilidad de este instrumento se obtuvo un Coeficiente de Alfa de Cronbach de 0.73 para la dimensión AE, 0.50 para DP, 0.74 para RP y 0.66 para el MBI-HSS general.

Por otra parte, es importante mencionar que una de las condiciones para el uso de este cuestionario es evitar la sensibilización del respondiente hacia el Burnout; ya que las personas pueden tener creencias ampliamente variables acerca de este síndrome y para minimizar el efecto reactivo de tales creencias o expectativas personales, el instrumento debe ser presentado como una encuesta de actitudes relacionadas con el trabajo y etiquetado como MBI Encuesta de Servicio Humanos; de tal forma que no debe ser relacionado con el Burnout en ningún sentido.³⁸

El cuestionario GHQ-30 evalúa de forma sencilla el estado general del encuestado y se utiliza en la detección de alteraciones menores en la salud mental entre la población general, los cuales influyen de manera importante en la práctica laboral habitual. Se basa en la incapacidad que presenta el encuestado para seguir realizando funciones normales, así como en la aparición de nuevos síntomas relacionados con su salud mental. Es una prueba autoadministrada muy sensible que permite detectar trastornos de menos de 2 semanas de evolución, así como trastornos transitorios que pueden remitir sin tratamiento. Está estructurado por 30 reactivos divididos en cinco subescalas (síntomas somáticos, insomnio, ansiedad, depresión y disfunción social). Cada ítem se valora mediante una escala que admite 4 posibles respuestas, que van desde “menos que lo habitual” a “mucho más que lo habitual”, calificándolas con una puntuación de 0-0-1-1. Es importante tener en cuenta que estas subescalas representan dimensiones de sintomatología y no corresponden a diagnósticos psiquiátricos. La puntuación total del cuestionario se obtiene como suma simple de los valores de todos los ítems y el análisis de la puntuación se realizó utilizando como punto de corte o umbral entre “probable normal, no caso” y “probable caso de alteración en la salud mental” el valor de 4.³⁹

En relación a la confiabilidad de este instrumento se obtuvo un Coeficiente de Alfa de Cronbach de 0.81 para la subescala de síntomas somáticos, 0.83 para insomnio, 0.71 para ansiedad, 0.66 para depresión, 0.65 para la subescala de disfunción social y 0.90 para el GHQ-30 general.

VII.5. Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS versión 17.0. El análisis exploratorio mostró que las variables cuantitativas tenían una distribución distinta a la normal estándar (Shapiro Wilks $p > 0.05$) por lo cual se utilizaron pruebas no paramétricas, los datos se muestran como mediana (percentiles 25-75). Para la comparación de las variables sociodemográficas y laborales con cada una de las dimensiones del MBI-HSS y con el GHQ-30 se utilizaron las pruebas X^2 o de Fisher, Kruskal-Wallis y U de Mann Whitney según correspondió. Se estimaron las frecuencias relativas para las variables cualitativas y se empleó la prueba X^2 o de Fisher para comparar las proporciones de cada uno de los grados de afección de las dimensiones del MBI-HSS en los probables casos y no casos de alteración en la salud mental.

Para identificar la correlación entre cada una de las dimensiones del MBI-HSS con el GHQ-30 se empleó la prueba r_s de Spearman.

El análisis multivariado se llevó a cabo mediante correlación canónica con el objetivo de analizar las relaciones entre dos conjuntos de variables, un conjunto eran las variables de respuesta, en este caso: síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y la satisfacción con el trabajo (p) (X_1, X_2, \dots, X_p) y el otro son las variables explicativas, en este caso: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal (q) (Y_1, Y_2, \dots, Y_q). En este tipo de análisis a diferencia de la regresión múltiple en la que hay una variable dependiente y varias independientes, se pueden tener más de una variable dependiente e independiente. El principal objetivo de la correlación canónica es identificar las combinaciones de r lineales dentro de las variables de respuesta:

$$U_1 = a_{11}X_1 + a_{12}X_2 + \dots + a_{1p}X_p$$

$$U_2 = a_{21}X_1 + a_{22}X_2 + \dots + a_{2p}X_p$$

$$U_r = a_{r1}X_1 + a_{r2}X_2 + \dots + a_{rp}X_p$$

Y dentro de las variables explicativas:

$$V_1 = b_{11}Y_1 + b_{12}Y_2 + \dots + b_{1p}Y_p$$

$$V_2 = b_{21}Y_1 + b_{22}Y_2 + \dots + b_{2p}Y_p$$

$$V_r = b_{r1}Y_1 + b_{r2}Y_2 + \dots + b_{rp}Y_p$$

El mayor coeficiente se mostrará entre U_1 y V_1 , el segundo más grande entre U_2 y V_2 , con la condición de que no hay correlación entre U_1 y U_2 , y entre V_1 y V_2 , y la tercer mayor correlación se muestra entre U_3 y V_3 , y como se acaba de mencionar no debería haber una correlación entre U_3 y U_1 , y U_2 , y entre V_3 y V_1 y V_2 . Estas combinaciones se llaman variables aleatorias canónicas.

Se consideró significancia estadística cuando $p < 0.05$.

VIII. RESULTADOS

En el cuadro 1 se muestran las variables sociodemográficas y laborales de la población general. La mediana de edad fue de 35 años (26-46 años), el 74% (524) de los encuestados tenía 2 hijos (0-2 hijos) que convivían en el mismo domicilio, la antigüedad laboral en la institución actual fluctuó entre 1 y 21 años con una mediana de 4.5 y en la profesión fue de 10 años (3-20 años), con respecto al número de pacientes atendidos durante el turno de trabajo vario de 20 a 50 con una mediana de 30; y finalmente en lo referente al tiempo de traslado al centro de trabajo, la mediana fue de 45 min. (30-60 min.).

La muestra de participantes estuvo constituida en su mayoría por mujeres (87%). En cuanto al estado civil, el 57% (402) de los participantes era casado; de los que manifestaron estar casados el 10% convivían en unión libre con su pareja y de los sujetos solteros el 7% estaban separados. En relación a la persona con la que vivían 673 (95%) de los participantes manifestó con su familia. El 92% (651) de los participantes pertenecían al turno matutino y el 8% restante al vespertino, nocturno y jornada acumulada. En cuanto a la categoría de los sujetos, la mayoría (44%) eran enfermeras generales y solo el 1% tenía posgrado. De acuerdo con la variable satisfacción con el trabajo la mayoría de los encuestados informó estar muy satisfecha (49%) o satisfecha (46%). En relación al número de empleos actuales, el 89% tenía 1 empleo (Cuadro 2).

En el cuadro 3 se muestran los puntajes obtenidos en los cuestionarios MBI-HSS y GHQ-30. Del total de participantes, el 19% (131) se clasificaron como probables casos según el cuestionario GHQ-30, al analizar la distribución de los grupos con relación a las dimensiones del cuestionario MBI, se observó que tanto en la dimensión de agotamiento emocional (AE) como de despersonalización (DP) la proporción de participantes clasificados con puntajes medio o alto era significativamente mayor en el grupo de probables casos (26% y 23% respectivamente y DP: 11% y 12% respectivamente) que en el grupo de probables no casos (AE: 10% y 2% respectivamente y DP: 11% y 2% respectivamente). Con respecto a la dimensión de realización personal (RP) los resultados fueron al contrario, una proporción significativamente más elevada de participantes

obtuvieron un puntaje bajo o medio en el grupo de probable caso (18% y 53% respectivamente).

Al comparar la satisfacción laboral con relación a cada una de las dimensiones del MBI-HSS, se apreciaron diferencias estadísticamente significativas. Con respecto a la dimensión AE en los sujetos que calificaron su trabajo como algo satisfactorio la mayoría obtuvo una puntuación media o alta (3 (9%) y 15 (47%) respectivamente) mientras que aquellos que lo clasificaron como satisfactorio y muy satisfactorio la mayoría obtuvieron una puntuación baja (249 (77%) y 311 (88%) respectivamente) ($p < 0.05$). Situación similar se observó en la dimensión DP ya que la proporción de participantes que calificó su trabajo como algo satisfactorio puntuó medio o alto (4 (12%) y 8 (25%) respectivamente) mientras que los participantes que conciben su trabajo como satisfactorio o muy satisfactorio puntuaron bajo (267 (83%) y 317 (90%) respectivamente) ($p < 0.05$). Con respecto a la dimensión RP el comportamiento fue opuesto en los participantes que clasificaron su trabajo como algo satisfactorio, la proporción que puntuó bajo o medio (3 (9%) y 9 (28%) respectivamente) fue significativamente más alta que la de los sujetos que clasificaron su trabajo como satisfactorio (38 (12%) y 56 (17%) respectivamente) o muy satisfactorio (24 (7%) y 37 (10%) respectivamente) ($p < 0.05$) (Cuadro 4).

Adicionalmente se apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre las medianas (percentiles 25-75) del número de pacientes atendidos en un día de trabajo con respecto a cada uno de los puntajes de la dimensión AE. La mediana de pacientes atendidos fue significativamente más baja en los participantes que puntuaron bajo en esta dimensión que en aquellos con puntuación alta (30 vs. 40 pacientes respectivamente) ($p < 0.05$) (Cuadro 5).

Por otro lado, al comparar las variables sociodemográficas y laborales con la clasificación del GHQ-30, se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la satisfacción con el trabajo y la categoría. Una proporción significativamente más alta de participantes clasificados como probables casos de alteración en la salud mental conciben su trabajo como algo satisfactorio (18 (14%)) en comparación con los participantes clasificados como probable no caso 14 (2%), quienes en su mayoría lo perciben como satisfactorio 252 (44%) o muy satisfactorio 311 (54%). Con respecto a la categoría se

observo una proporción significativamente más alta de pasantes de licenciatura, Técnicos en Atención Primaria a la Salud (TAPS) y pasantes en servicio social que fueron clasificados como probables casos (10 (7%) vs 20 (3%), 15 (11%) vs 50 (9%) y 6 (5%) vs 7 (1%) y respectivamente), mientras que en la categoría de auxiliares de Enfermería una proporción más alta fue clasificada como probable no caso (24 (18%) vs 161 (28%) respectivamente). ($p < 0.05$) (Cuadro 6).

Al analizar la correlación entre cada una de las dimensiones del MBI-HSS y las subescalas el GHQ-30, se encontró que las correlaciones fueron mayores entre la dimensión AE y las subescalas de GHQ-30, en especial con los síntomas somáticos ($r = 0.448$ $p = 0.0001$) (Cuadro 7).

El análisis multivariado mediante la correlación canónica mostró una correlación elevada y significativa (0.59 $p = 0.058$) en el primer par de variables canónicas (las de respuesta u_1 = síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y satisfacción con el trabajo) y las explicativas v_1 = AE, DP y RP. Asimismo, se identificó que los coeficientes lineales fueron elevados con significado estadístico, especialmente en el caso del AE y síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y satisfacción con el trabajo. (Cuadro 8)

VIII.1. Cuadros

Cuadro 1. Descripción de variables sociodemográficas y laborales de la población general (1)

VARIABLES	Mediana	25	75	Límites
Edad (años)	35	26	46	18-70
Número de hijos	2	0	2	0-7
Antigüedad institución (años)	4.5	1	20.75	0-38
Antigüedad profesión (años)	10	3	20	0-40
Pacientes atendidos (número)	30	20	50	2-150
Tiempo recorrido casa-trabajo (min.)	45	30	60	5-180

Los datos se refieren a mediana (percentiles 25-75).

Cuadro 2. Descripción de variables sociodemográficas y laborales de la población general (2)

Variables	Frecuencia (%)
Sexo	
Mujer	614 (87)
Hombre	94 (13)
Estado civil	
Soltero/a	305 (43)
Casado/a	402 (57)
Con quién vive	
Solo	34 (5)
Con familia	673 (95)
Turno	
Matutino	651 (92)
Vespertino	16 (2)
Nocturno	28 (4)
Jornada acumulada	13 (2)
Categoría	
Auxiliar de Enfermería	185 (26)
Postécnico	18 (3)
Enfermera general	318 (44)
Pasante de Licenciatura	30 (4)
Licenciada en Enfermería	40 (6)
Posgrado	6 (1)
TAPS	65 (9)
Pasantía	13 (2)
Cuidadora	33 (5)
Satisfacción con el trabajo	
Algo satisfactorio	32 (5)
Satisfactorio	323 (46)
Muy satisfactorio	352 (49)
Número de empleos	
1 empleo	631 (89)
2 empleos	77 (11)

Cuadro 3. Puntajes obtenidos en los cuestionarios MBI-HSS y el GHQ-30

Dimensiones del MBI	GHQ-30		Valor de p
	Probable caso n=131	Probable no caso n=577	
Agotamiento emocional			
Bajo	67(51%)	508(88%)	0.0001
Medio	34(26%)	55(10%)	
Alto	30(23%)	14(2%)	
Despersonalización			
Bajo	101(77%)	504(87%)	0.002
Medio	14(11%)	62(11%)	
Alto	16(12%)	11(2%)	
Realización personal			
Bajo	23(18%)	42(7%)	0.0001
Medio	70(53%)	32(6%)	
Alto	38(29%)	503(87%)	

Los datos se refieren a frecuencias y porcentajes.

pba. X^2 .

Cuadro 4. Comparación entre las dimensiones del MBI-HSS y la satisfacción con el trabajo

Dimensiones del MBI	Satisfacción con el trabajo			Valor de p
	Algo satisfactorio	Satisfactorio	Muy satisfactorio	
	n=32	n=323	n=352	
Agotamiento emocional				
Bajo	14(44)	249(77)	311(88)	0.0001
Medio	3(9)	50(16)	36(10)	
Alto	15(47)	24(7)	5(2)	
Despersonalización				
Bajo	20(63)	267(83)	317(90)	0.0001
Medio	4(12)	45(14)	27(8)	
Alto	8(25)	11(3)	8(2)	
Realización personal				
Bajo	3(9)	38(12)	24(7)	0.001
Medio	9(28)	56(17)	37(10)	
Alto	20(63)	229(71)	291(83)	

Los datos se refieren a frecuencias y porcentajes.

pba. X^2 .

Cuadro 5. Comparación entre la dimensión agotamiento emocional del MBI-HSS y el número de pacientes atendidos en un día de trabajo

Variable	Agotamiento Emocional			Valor de p
	Bajo	Medio	Alto	
Pacientes atendidos	30 (20-45)	25.5(20-50)	40(29-50)	0.032

Los datos se refieren a mediana (percentiles 25-75).
pba. Kruskal Wallis.

Cuadro 6. Comparación entre el GHQ-30 y la categoría y satisfacción con el trabajo

Variables	n	GHQ-30		Valor de p
		Probable caso	Probable no caso	
Satisfacción con el trabajo				
Algo satisfactorio	32	18(14)	14(2)	0.0001
Satisfactorio	323	71(55)	252(44)	
Muy satisfactorio	352	41(31)	311(54)	
Categoría				
Auxiliar de Enfermería	185	24(18)	161(28)	0.029
Postécnico	18	3(2)	15(2)	
Enfermera general	318	60(46)	258(45)	
Pasante de Licenciatura	30	10(7)	20(3)	
Licenciada en Enfermería	40	6(5)	34(6)	
Posgrado	6	2(2)	4(1)	
TAPS	65	15(11)	50(9)	
Pasantes en Servicio social	13	6(5)	7(1)	
Cuidadora	33	5(4)	28(5)	

Los datos se refieren a frecuencias y porcentajes.

pba. X^2 .

Cuadro 7. Correlación entre las dimensiones del MBI-HSS con el GQH-30

Variables	r_s	Valor de p
Agotamiento Emocional		
Síntomas Somáticos	0.448	0.0001
Insomnio	0.308	0.0001
Ansiedad	0.342	0.0001
Depresión	0.225	0.0001
Disfunción Social	0.310	0.0001
Despersonalización		
Síntomas Somáticos	0.255	0.0001
Insomnio	0.145	0.0001
Ansiedad	0.234	0.0001
Depresión	0.159	0.0001
Disfunción Social	0.239	0.0001
Realización Personal		
Síntomas Somáticos	-0.197	0.0001
Insomnio	-0.185	0.0001
Ansiedad	-0.229	0.0001
Depresión	-0.180	0.0001
Disfunción Social	-0.269	0.0001

pba. r_s de Spearman.

Cuadro 8. Correlación canónica

Variables	Coefficiente lineal	Valor de p	Coefficiente de correlación (valor de p)
Síntomas Somáticos	0.410	0.0001	
Ansiedad	0.338	0.0001	
Disfunción social	0.135	0.049	
Satisfacción con el trabajo	-0.663	0.0001	
			0.59(0.058)
Agotamiento emocional	0.107	0.0001	
Despersonalización	0.026	NS	
Realización personal	-0.031	0.0001	

pba. Correlación canónica.

IX. DISCUSIÓN

Con los datos obtenidos en el presente estudio se concluye que los profesionales de Enfermería encuestados pertenecientes al primer nivel de atención presentaron puntuaciones en el MBI-HSS que reflejan un nivel bajo de SB; lo cual difiere con otros estudios extranjeros y latinoamericanos^{19-20,22-23} en donde se reporta un nivel medio; otro de los datos que llama la atención es que el 19% del personal participante presentó síntomas psíquicos o físicos de origen psicológico que podrían requerir atención especializada, dentro de estos destacan los síntomas de disfunción social (27%) y los síntomas somáticos (26%) lo cual coincide con otras investigaciones^{16,19} en donde se identificó un porcentaje similar de probables casos de alteración en la salud mental pero que, sin embargo, evidenciaron un nivel medio de Burnout en contraste con la presente investigación; esta gran disparidad de resultados en relación al Burnout podría deberse probablemente a que la inclusión de las tres dimensiones enfatiza la complejidad del estudio del mismo ya que muestra una variedad de reacciones psicológicas que los trabajadores pueden experimentar. También puede ser atribuido a la organización del sistema, los recursos, el nivel de autonomía y liderazgo de las enfermeras de otros países, que va acompañado de una mayor exigencia hacia este grupo lo cual pudiera estar asociado a un mayor nivel de Burnout. O bien podría deberse a situaciones protectoras en el caso de las enfermeras/os mexicanas/os que pueden estar relacionadas con la familia o con algunos otros mecanismos como los grupos de amigos y pocos asociados a la individualidad. Lo cual deberá ser estudiado a profundidad con la finalidad de poder confirmarlo y de esta manera establecer intervenciones eficaces.

Cabe señalar que a pesar de haber identificado un nivel bajo de SB en la muestra estudiada, se encontró una relación estadísticamente significativa entre las tres dimensiones del MBI-HSS y los probables casos de alteración en la salud mental; ya que el personal que se diagnosticó como probable caso presentó mayor agotamiento (AE) emocional, mayores actitudes de despersonalización (DP) y menor realización personal (RP) que los no casos; adicionalmente se identificó una correlación entre cada una de las dimensiones del Burnout y las subescalas descritas en el cuestionario general de salud (GHQ-30); es decir, se encontró que a mayor AE y DP y menor RP mayor prevalencia de síntomas somáticos, insomnio, ansiedad, depresión y disfunción social; destacando la dimensión AE y síntomas somáticos con los mayores coeficientes de correlación, lo cual pudiera deberse en gran medida a la sobrecarga laboral a la que están expuestos los profesionales de Enfermería y que les provoca además de agotamiento emocional, insomnio, ansiedad, depresión, síntomas de disfunción social y en mayor medida síntomas somáticos; en este orden de ideas, es preciso señalar que estos resultados son similares a lo reportado en otras investigaciones realizadas en Latinoamérica,^{16,19,40} situación que, en general, evidencia que efectivamente el SB es capaz de alterar la salud física y psicológica del personal que lo padece. Lo cual pudo comprobarse al llevar a cabo el análisis multivariado a través de la prueba de correlación canónica; ya que se demostró que las variables explicativas: AE, DP y RP están relacionadas a las variables de respuesta: síntomas somáticos, ansiedad y disfunción social, que fueron las subescalas del GHQ-30 que presentaron una mayor correlación en la prueba r_s de Spearman con las tres dimensiones del MBI-HSS; es decir, los resultados de esta prueba sugieren que una persona que presente Burnout presentará también síntomas de ansiedad, síntomas somáticos y síntomas de disfunción social. Sin embargo, cabe señalar que de las variables

de respuesta los síntomas somáticos y la ansiedad fueron los que obtuvieron un mayor coeficiente lineal en esta prueba, así como el AE de las variables explicativas; lo que significa que una persona presentará en mayor medida síntomas somáticos y ansiedad cuando se sienta agotada emocionalmente.

En lo referente a los factores sociodemográficos y laborales analizados en el estudio como variables intervinientes, se muestra un grupo bastante homogéneo: mayoritariamente femenino, casados o con pareja fija y con una mediana de hijos acorde a las estadísticas actuales en nuestro país (2 hijos), en relación a la edad se puede considerar como un grupo joven con una mediana de 35 años. En cuanto a las variables laborales encontramos que la gran mayoría tienen una mediana de antigüedad en la profesión de 10 años, perfil semejante al encontrado por otros autores que han estudiado el problema.^{25,41-42}

Algunos estudios demuestran que tanto las variables sociodemográficas como las laborales ejercen un efecto modulador sobre el síndrome de Burnout; tal es el caso de los estudios de Atance y Martínez, en relación a la edad, quienes observaron que conforme esta aumenta se produce mayor tensión emocional por la falta de actualización de conocimientos.⁴²⁻⁴³ En relación al sexo Del Río, Gil-Monte y Olmedo hacen referencia que los hombres son más propensos al SB, ya que obtuvieron una puntuación significativamente mayor que las mujeres en las dimensiones DP y RP^{26,44-45}; sin embargo, Martínez y Solano consideran a las mujeres como un grupo altamente vulnerable debido a la doble carga de trabajo que realizan.^{43,46} En lo referente a la antigüedad Albar, Atance, Solano y Molina hacen referencia que a mayor antigüedad laboral, se genera mayor despersonalización y agotamiento emocional.^{25,42,46-47} En cuanto al estado civil y número

de hijos Atance y Olmedo identificaron como perfil de riesgo para padecer Burnout el estar soltero o sin una pareja estable y el no tener hijos; ya que la pareja o los hijos pueden ser elementos clave por su tendencia a anular la excesiva implicación en el trabajo y por suponer un apoyo emocional que facilita el afrontamiento de problemas personales y conflictos emocionales.^{42,45} En relación al número de pacientes Atance y Solano encontraron que el personal que atiende a más de 20 pacientes obtuvo una puntuación más alta en la dimensión AE; y que este personal manifestó insatisfacción por no poder obtener los resultados que ellos esperaban en la atención.^{42,46} Por otro lado, Solano y Adali encontraron un nivel medio-alto en el personal que tiene un nivel académico mayor, ya que tienen mayor responsabilidad en cuanto al conocimiento.^{46,48}

Sin embargo, en el presente estudio se encontró que las únicas variables que guardan relación con el SB son la satisfacción con el trabajo y el número de pacientes atendidos, ya que el personal participante que califica su labor como algo satisfactoria obtuvo puntuaciones más altas en las dimensiones AE y DP y más bajas en la dimensión RP en comparación con quienes la califican como satisfactoria o muy satisfactoria; situación que también pudo comprobarse a través de la prueba de correlación canónica, en donde se identificó que quienes presenten SB se encontrarán menos satisfechos con su trabajo; lo cual coincide con lo reportado en otros estudios,^{24,30,32,49} esto podría ser atribuido, como lo refiere Garcés de los Fayos,⁴ a que la interacción que el individuo mantiene con los diversos condicionantes del trabajo son la clave para la aparición del Burnout y por lo tanto, el que la labor realizada no sea del todo satisfactoria resulta una fuente de estrés importante que, como se observa, puede desencadenar este síndrome. Por otro lado, la variable número de pacientes mostró una relación con la dimensión AE, ya que los profesionales encuestados que atienden a un mayor número de pacientes

durante su turno de trabajo presentan un mayor nivel de agotamiento emocional, este dato coincide con otras investigaciones^{28,44,50} en las que se comprobó que la sobrecarga laboral es uno de los principales estresores que inciden en la profesión de Enfermería y que tienen una relación directa con la aparición del SB.

Cabe destacar que de las investigaciones que han estudiado la relación del SB con el estado de salud^{16,19} en el primer nivel de atención, en ninguna se ha establecido la relación entre el GHQ-30 con las variables sociodemográficas y laborales; sin embargo, en nuestro estudio, al llevar a cabo dicha comparación, se encontró que la mayor proporción de participantes que fueron identificados como probables casos de alteración en la salud mental calificaron su labor como algo satisfactoria; mientras que la mayor proporción de sujetos que fueron clasificados como probable “normal” no caso evaluaron su trabajo como satisfactorio o muy satisfactorio; por lo tanto, las condiciones laborales demuestran ser, en este estudio, uno de los principales factores que inciden en la presencia del SB así como en la prevalencia de síntomas psíquicos o físicos de origen psicológico; situaciones en las que se tendrá que trabajar para mejorar el clima laboral de las organizaciones de salud que contribuya a la satisfacción laboral de las enfermeras. Adicionalmente, se encontró que la mayor proporción de sujetos que se identificaron como probables casos de alteración en la salud mental fueron los pasantes de licenciatura, los Técnicos en Atención Primaria a la Salud (TAPS) y los pasantes en servicio social; esto podría deberse, específicamente en los pasantes de licenciatura, al estrés que genera el enfrentarse a situaciones de alta complejidad y en donde se pone a prueba la capacidad y se requiere tomar decisiones relacionadas con la salud individual y de las familias; seguramente también está relacionado con el énfasis durante la carrera a las acciones curativas hospitalarias a las cuales ellos se encuentran más familiarizados y no así a las

situaciones en la salud comunitaria. Los TAPS seguramente no sienten la conducción de un profesional capacitado o un líder en la atención primaria y ello les obliga a tomar decisiones de alto riesgo, situación para la cual no han sido formados o capacitados; además estos profesionales desarrollan su función principal en la comunidad en la que están expuestos a una serie de riesgos. En los pasantes en servicio social pudiera deberse a que es la primera experiencia laboral a la que se enfrentan y siendo un recurso todavía en formación se le asignan responsabilidades, muchas veces, sin ninguna conducción de un profesional o un especialista.

X. CONCLUSIÓN

Hipótesis

Tomando en cuenta los estudios reportados sobre la relación del síndrome de Burnout con el estado de salud, suponemos que el personal de Enfermería afectado por este síndrome, presentará alteraciones de salud estadísticamente más significativas, en comparación con los no afectados.

Conclusión

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre las tres dimensiones del MBI-HSS y el GHQ-30 en el presente estudio; ya que los resultados sugieren que a mayor agotamiento emocional, mayores actitudes de despersonalización y menor realización personal mayor prevalencia de síntomas somáticos, insomnio, ansiedad y disfunción social; es decir, quien presentó una mayor percepción de Burnout fue identificado como probable caso de alteración en la salud mental, lo que comprueba la hipótesis planteada.

XI. RECOMENDACIONES

Los Directivos del ISEM deben planear estrategias encaminadas a mejorar la calidad de vida laboral y la salud del colectivo profesional de Enfermería; considerando la prevención de un nivel medio-alto de SB; estas estrategias pueden ser agrupadas en tres categorías: estrategias individuales, grupales y organizacionales.

1. Estrategias individuales: Se recomienda la utilización del entrenamiento en solución de problemas, el entrenamiento de la asertividad y los programas de entrenamiento para manejar el tiempo de manera eficaz.
 2. Estrategias grupales: La estrategia por excelencia a nivel grupal es la utilización del apoyo social en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores. A través del apoyo social en el trabajo los individuos obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen, obtienen refuerzo social y retroinformación sobre la ejecución de las tareas, y consiguen apoyo emocional, consejos, u otros tipos de ayuda.
 3. Estrategias organizacionales: Es muy importante considerar el nivel organizacional, pues el origen del problema está en el contexto laboral y por tanto, la dirección de la organización debe desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización. Las estrategias más relevantes para la prevención del síndrome de Burnout que pueden ser implantadas desde la dirección de la organización son los programas de socialización anticipada, la implantación de sistemas de evaluación y retroinformación y los procesos de desarrollo organizacional.
 - Los programas de socialización anticipada pueden prevenir el choque con la realidad y sus consecuencias. La filosofía que subyace a los programas de socialización anticipada es que el choque con la realidad se experimente antes de que el profesional comience su vida laboral. El choque se vivencia en un contexto "de laboratorio" que permite desarrollar estrategias constructivas para enfrentarse con las expectativas irreales que se tienen.
 - La implantación de sistemas de evaluación y retroinformación se centra en preparar para la ejecución futura, tiene como objetivo cambiar la ejecución a
-
-

través del autoaprendizaje y el crecimiento personal, se basa en el asesoramiento, en el establecimiento de objetivos, y en la planificación de carrera, asigna al evaluador el rol de asesor, y otorga a los profesionales un rol activo y de participación en el diseño de planes futuros para la ejecución laboral.

- El desarrollo organizacional es un proceso que busca mejorar las organizaciones a través de esfuerzos sistemáticos y planificados a largo plazo, focalizados en la cultura organizacional, y en los procesos sociales y humanos de la organización. El objetivo es mejorar los procesos de renovación y de solución de problemas de una organización mediante una gestión de la cultura organizacional más eficaz y colaborativa. El énfasis del desarrollo organizacional se sitúa en los equipos formales de trabajo.²⁸

Sin duda uno de los principales factores en los que se tendrá que incidir es en el clima laboral, y en la literatura se han identificado el estatus, el rol del personal de Enfermería en la calidad del cuidado del paciente, los indicadores enfermera-paciente, la descentralización de la toma de decisiones, el liderazgo clínico, la autonomía y responsabilidad en el cuidado del paciente, y la flexibilidad de los horarios de trabajo como factores que contribuyen a mejorar el clima laboral y el desempeño profesional.⁵¹

De igual forma, es importante que, debido a que los resultados arrojaron que quienes atienden a un mayor número de pacientes presentan más agotamiento emocional, se incremente la plantilla o se diseñen indicadores enfermera-paciente en el primer nivel, con el fin de que se cuente con los recursos necesarios para la atención. Asimismo sería significativo considerar durante el turno de trabajo “una pausa para la salud” en la que el personal tenga la oportunidad de realizar actividad física por un periodo no mayor a 30 minutos que contribuya en la disminución del estrés.

Todo lo anterior, sin olvidar que la principal medida para evitar la aparición del síndrome es conocer sus manifestaciones. Por esta razón, los programas de capacitación son una de las mejores estrategias para la prevención y tratamiento de esta patología, y deben ser implantados de manera sistemática, y ofrecerse regularmente, en todas las organizaciones en las que existan profesionales o grupos de riesgo susceptibles de desarrollar SB.

XII. PERSPECTIVAS

- Es recomendable continuar con esta línea de investigación en un estudio longitudinal, con el fin de observar cómo se comporta este fenómeno; lo que contribuirá a desarrollar estrategias de intervención efectivas.
 - Proponer un programa de intervención de acuerdo a los resultados obtenidos y posteriormente evaluar el impacto de dicho programa.
 - Por otro lado, sería conveniente realizar estudios comparativos entre los tres niveles de atención relacionando el fenómeno con otras variables como el ausentismo, el apoyo social, el clima laboral y los factores que determinan la insatisfacción en el personal.
 - De igual forma, sería importante que se realizara un estudio en esta misma población específicamente de sus condiciones de trabajo y del clima laboral; con el fin de determinar las causas específicas de insatisfacción laboral y contar con pautas claras de intervención en esta área.
 - Adicionalmente, sería de gran utilidad, explorar la naturaleza del desarrollo del SB con todas sus características particulares a través de estudios cualitativos a fin de identificar los factores protectores que prevalecen en enfermeras/os mexicanas/os.
-
-

XIII. REFERENCIAS

1. Johnson JY. Tratado de Enfermería Médico-Quirúrgica de Brunner y Suddarth. 9ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000. p.83.
 2. Guerrero BE, Castro VF. Síndrome de "Burnout" o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado. España: Cáceres; 2001. p.37-38.
 3. Selye H. Stress without distress. En: Halabe CJ, Saita KO. Estrés y Manifestaciones Clínicas. Asociación de Medicina Interna de México Vol.V Núm.3. México: McGraw-Hill Interamericana; 1999. p.6.
 4. Garcés de los Fayos EJ. Tesis sobre el Burnout. [Tesis Doctoral]. España: Universidad de Murcia, Facultad de psicología; 2003. URL disponible en: http://www.hfainstein.com.ar/articul/ed_180401.htm.
 5. Balseiro AL. El Síndrome de Burnout: Un riesgo permanente en el trabajo de Enfermería. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2005; 2(3): 28-31.
 6. Buendía J, Ramos F. Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide; 2001. p.59-83.
 7. 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 [en línea] 2001 [fecha de acceso 16 de marzo de 2007]. URL disponible en: [http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-78-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-\(sindrome-de-Burnout\)-aproximaciones-teor.pdf](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-78-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-(sindrome-de-Burnout)-aproximaciones-teor.pdf)
 8. Tonon G. Calidad de vida y desgaste profesional. Una mirada del síndrome del Burnout. Buenos Aires: Espacio; 2003. p.40.
 9. Gil-Monte PR, Peiró JM. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis; 1997. p.23-95.
 10. Espinosa ZM, Zarate GR, Fernández GV. El Burnout en el personal de Enfermería: ¿De qué manera no quemarse?. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2007; 4(2): 49-54.
 11. Román HJ. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. Rev. Cubana Salud Pública [en línea] 2003 [fecha de acceso 03 de mayo de 2007]; 29(2): 103-110. URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662003000200002&script=sci_arttext
-
-

-
-
12. Balseiro AL. El Síndrome de fatiga emocional (Burnout): una vieja patología de Enfermería, que debe ser atendida en forma urgente. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. 2004; 1(1): 21-23.
 13. Almendro PC, González RP. Síndrome de Burnout. Plataforma 10 minutos [en línea] 2004 [fecha de acceso 17 de marzo de 2007]. URL disponible en: <http://www.diezminutos.org/burnout.html>
 14. Colliere MF. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de Enfermería. Madrid: McGraw-Hill; 1993. p.233.
 15. Prados PD, Restoy MA. Evolución del Síndrome de Burnout en una unidad de Oncología. *Revista electrónica de Geriatria y Gerontología* [en línea] 2000 [fecha de acceso 20 de marzo de 2007]; 2(2). URL disponible en: <http://www.geriatrianet.com/index.php/journal/article/view/278/478>
 16. 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): 142-51.
 17. Parada ME, Moreno R, Mejías Z, Rivas A, Rivas F, Cerrada J et al. Satisfacción laboral y síndrome de Burnout en el personal de Enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA), Mérida, Venezuela. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública* [en línea] 2005 [fecha de acceso 23 de marzo de 2007]; 23(1): 33-45. URL disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=12023104>
 18. Moore S. Stress. En: González EM, Silva LD. Factores que ocasionan estrés en el personal de Enfermería. *Desarrollo Científico de Enfermería*. 2003; 11(9): 279-82.
 19. Soto CR, Santamaría CM. Prevalencia del Burnout en la Enfermería de atención primaria. *Enfermería Clínica*. 2005; 15(3): 123-30.
 20. De las Cuevas C, De la Fuente JA, Alviana M, Ruiz-Benítez A, Coiduras T. et al. Desgaste profesional y clima laboral en atención primaria. *Mapfre Medicina* [en línea] 1995 [fecha de acceso 03 de mayo de 2007]; (8): 7-18. URL disponible en: http://195.235.92.45/documentos/boletin/numero8-9_7.pdf
 21. Porras CA. Identificación de estresores laborales en profesionales de Enfermería. En: Balseiro AL, Torres LM, Ayala QT. El Síndrome Burnout en el personal de Enfermería que labora en las áreas críticas y no críticas de un Hospital público y de
-
-

-
-
- un privado, en México, D.F. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2007; 4(2): 11-18.
22. González DI. Factores Estresantes en Personal de Enfermería de Unidad de Atención Primaria de Salud. Medwave [en línea] 2006 [fecha de acceso 15 de mayo de 2007]; 6(3). URL disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/2006/abril/>
23. Evans L. An exploration of district nurses' perception of occupational stress. Br J Nurs [en línea] 2002 [fecha de acceso 03 de mayo de 2007]; 11(8): 576-85. URL disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez
24. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de un Hospital de Madrid. Rev. Esp. Salud Pública [en línea] 2004 [fecha de acceso 03 de mayo de 2007]; 78(4). URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000400008&lng=pt&nrm=
25. Albar MM, Romero HM, González MM, Carbayo PE, García GA, Gutiérrez MI et al. Apoyo social, características sociodemográficas y Burnout en enfermeras y auxiliares de Hospital. Enfermería Clínica. 2004; 14(5): 281-85.
26. Del Río MO, Perezagua GM, Vidal GB. El Síndrome de Burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. Rev. Enfermería en Cardiología [en línea] 2003 [fecha de acceso 15 de mayo de 2007]; 28(1): 24-29. URL disponible en: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/2901.pdf>
27. Altun I. Burnout and Nurses Personal and Professional Values. Nursing Ethics. 2002; 9(3): 269-278.
28. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout) en profesionales de Enfermería. Revista Electrónica InterAção Psy [en línea] 2003 [fecha de acceso 20 de mayo de 2007]; 1(1): 19-33. URL disponible en: <http://www.dpi.uem.br/Interacao/Numero%201/PDF/Artigos/Artigo3.pdf>.
29. Verdon M, Merlani P, Perneger T, Ricou B. Burnout in a surgical ICU team. Intensive Care Med [en línea] 2008 [fecha de acceso 03 de marzo de 2008]; 34 (1): 152-6. URL disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&Term>
-
-

-
-
- ToSearch=17943271&ordinalpos=5&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum
30. McGowan B. Self-reported stress and its effects on nurses. *Nurs Stand* [en línea] 2001 [fecha de acceso 20 de marzo de 2007]; 15(42): 33-8. URL disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=12212429&ordinalpos=22&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum
31. Rout UR. Stress amongst district nurses: a preliminary investigation. *J Clin Nurs* [en línea] 2000 [fecha de acceso 15 de mayo de 2007]; 9(2): 303-9. URL disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>
32. Sharma A, Sharp DM, Walker LG, Monson JR. Stress and Burnout among colorectal surgeons and colorectal nurse specialists working in the National Health Service. *Colorectal Dis* [en línea] 2008 [fecha de acceso 20 de agosto de 2008]; 10(4): 397-406. URL disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=17711498&ordinalpos=18&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum
33. Oehler JM, Davidson MG. Job stress and Burnout in acute and nonacute pediatric nurses. *Am J Crit Care* [en línea] 1992 [fecha de acceso 03 de mayo de 2007]; 1(2): 81-90. URL disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=1307895&ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVAbstractPlus
34. Balseiro AL, Torres LM, Ayala QT. El Síndrome Burnout en el personal de Enfermería que labora en las áreas críticas y no críticas de un Hospital público y de un privado, en México, D.F. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. 2007; 4(2): 11-18.
35. González EM, Silva LD. Factores que ocasionan estrés en el personal de Enfermería. *Desarrollo Científico de Enfermería*. 2003; 11(9): 279-282.
36. Curiel GJ, Rodríguez MM, Guerrero RF. Síndrome de agotamiento profesional en personal de atención a la salud. *Rev. Med. IMSS*. 2006; 44(3): 221-226.
-
-

-
-
37. Maslach C, Jackson SE. MBI Inventario de Burnout de Maslach. En: Molina LJ, Avalos MF, Giménez CI. Burnout en Enfermería de atención Hospitalaria. Enfermería Clínica. 2005; 15(5): 275-82.
 38. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory. En: Zalaquett PC, Wood JR. Evaluating Stress. A Book of Resources. 3ª ed. London: The Scarecrow Press; 1997. p.191-218.
 39. Buela-Casal G, Caballo VE, Sierra JC. Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores; 1996. p.1024.
 40. Gil-Monte PR, Peiro JM, Valcárcel P, Grau R. La incidencia del síndrome de Burnout sobre la salud: un estudio correlacional en profesionales de Enfermería. Psiquis. [en línea] 1996 [fecha de acceso 13 de diciembre de 2007]; 17(4): 190-195. URL disponible en: <http://www.uv.es/lisis/pilar/articulo4.pdf>
 41. Escribá V, Más R, Cárdenas M, Burguete D, Fernández R. Estresores laborales y bienestar psicológico. Impacto en la Enfermería Hospitalaria. Revista Rol de enfermería. 2000; 23 (7): 506-12.
 42. Atance MJ. Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. Rev. Esp. Salud Pública [en línea] 1997 [fecha de acceso 03 de abril de 2007]; 71(3): 293-303. URL disponible en: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL71/71_3_293.pdf
 43. Martínez LC, López SG. Características del síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. Archivos de Medicina Familiar. 2005; 7(1): 6-9.
 44. Gil-Monte, PR. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de Enfermería. Rev. Psicología am estudo [en línea] 2002 [fecha de acceso 20 de mayo de 2007]; 7(1). URL disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722002000100003&lng=en&nrm=iso
 45. Olmedo MM, Santed GM, Jiménez TR, Gómez CM. El Síndrome de Burnout: variables laborales, personales, y psicopatológicas asociadas. Psiquis [en línea] 2001 [fecha de acceso 14 de septiembre de 2007]; 22(3): 117-129. URL disponible en: http://www.psiquis.com/art/01_22_n03_A02.pdf
-
-

-
-
46. Solano RM. Síndrome de Burnout en profesionales de Enfermería de cuidados críticos. *Enfermería intensiva*. 2002; 13(1): 9-16.
 47. Molina LJ, Avalos MF, Giménez CI. Burnout en Enfermería de atención hospitalaria. *Enfermería Clínica*. 2005; 15(5): 275-82.
 48. Adali EA. *Síndrome del Quemado en el personal de Enfermería psiquiátrica de hospitales griegos*. *Eur. J. Psychiat. (Ed.Esp)* 2003; 17(3):161-170.
 49. Molina LJ, Avalos MF. Satisfacción laboral y desgaste profesional del personal de Enfermería. *Rev. Tesela [en línea]* 2007 [fecha de acceso 03 de enero de 2008]; 1. URL disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts1/ts6327r.php>
 50. Gil-Monte PR, Peiró JM. A longitudinal study on burnout síndrome in nursing professionals. *Feelings work in Europe [en línea]* 1997 [fecha de acceso 20 de mayo de 2007]; 407-14. URL disponible en: www.cvu.rediris.es/pub/nj_bscw.cgi/d424697/QUEMADOS.%20BURNOUT
 51. López AS. Hospital Magnético, Hospital Excelente. *Index Enferm [en línea]* 2004 [fecha de acceso 05 de diciembre de 2009]; 13(44-45): 07-08. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100001&lng=es.
-
-

XIV. ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**



MBI Encuesta de Servicios Humanos

Objetivo del Cuestionario: Recabar datos de fuentes fidedignas que se traduzcan en información relevante para conocer las actitudes relacionadas con el trabajo en el personal de Enfermería.

Instrucciones: Para el llenado de este cuestionario se recomienda:

1. Contestar en forma individual y honesta las preguntas que a continuación se mencionan.
2. Marcar con una "X" una sola opción de respuesta para cada pregunta, ya que si se contestan dos opciones se invalida la respuesta.
3. Contestar TODAS las preguntas y seguir fielmente el orden en que se encuentran.

GRACIAS por su colaboración

DATOS GENERALES

Folio_____

Edad:_____ años **Turno:**_____ **Sexo:** 1. Mujer() 2. Hombre()

Estado civil:

1. Soltero () 2. Casado () 3. Unión libre () 4. Separado () 5. Divorciado () 6. Viudo ()

Con quién vive:

1. Sola(o) () 2. Con familia () 3. Otra:_____

Número de hijos:_____ **Tiempo de ejercer la profesión:**_____(años)

Antigüedad en la institución en la que labora actualmente:_____(especifique meses o años según sea el caso).

Categoría:

1.Auxiliar de Enfermería() 2.Postécnico() 3.Enfermera General() 4.Pasante de Licenciatura()
5.Licenciada en Enfermería() 6.Posgrado() 7.TAPS() 8.Pasantes en Servicio social ()
9.Cuidadora() 10.Otra_____

Número de pacientes atendidos durante su turno de trabajo:_____

Tiempo de recorrido casa-trabajo:_____(especifique min. u horas según sea el caso)

¿Se siente satisfecha con su trabajo?

Nada Algo Satisfactorio Muy satisfactorio

Actualmente cuántos empleos o trabajos tiene: _____

Enseguida encontrará 22 enunciados en relación a su trabajo y a sentimientos relacionados con el mismo. Por favor lea cada enunciado cuidadosamente y decida el que este acorde con su situación laboral. Si usted nunca ha percibido éste sentimiento, escriba "0" (cero en el espacio correspondiente). Si usted ha tenido esa sensación, indique con qué frecuencia escribiendo en número del 1 al 6 lo que mejor describa sus sentimientos laborales.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes	Unas cuantas veces al mes	Una vez a la semana	Unas cuantas veces a la semana	Todos los días
1. Me siento emocionalmente cansado en mi trabajo.						
2. Me siento deprimido al final del día de trabajo.						
3. Me siento fatigado cuando me levanto en las mañanas a enfrentar otro día de trabajo.						
4. Puedo entender fácilmente los sentimientos de mis pacientes.						
5. Siento que estoy tratando a mis pacientes como objetos impersonales.						
6. Trabajar con personas todo el día es realmente un esfuerzo excesivo para mí.						
7. Trato efectivamente los problemas de mis enfermos.						
8. Me siento agotado físicamente por mi trabajo.						
9. Creo que comunico optimismo a otras personas con quienes convivo en mi trabajo.						
10. En mi trabajo he endurecido mi trato hacia la gente.						
11. Siento que este trabajo me está agotando emocionalmente.						
12. Me siento con mucha energía.						
13. Me siento frustrado en mi trabajo.						
14. Siento que estoy trabajando muy fuerte.						
15. Realmente no cuido lo que pasa con mis pacientes.						
16. Trabajar directamente con gente me tensa mucho.						
17. En mi trabajo puedo fácilmente crear una atmósfera relajada.						
18. Me siento contento y regocijado cuando trabajo con mis pacientes.						
19. Me siento realizado y útil con las cosas de mi trabajo.						
20. Siento que estoy llegando a mi límite en mi trabajo.						
21. En mi trabajo, yo siento que trato los problemas emocionales con calma.						
22. Me siento culpable de algunos de los problemas de mis pacientes.						

CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD

Folio _____

Objetivo: Este es un cuestionario que pretende evaluar su estado general de salud. Para ello, se han formulado una serie de preguntas o afirmaciones que tienen que ver con los padecimientos más comunes.

Instrucciones:

1. Es importante que conteste en forma individual.
2. Por favor, lea con cuidado y conteste todas las preguntas. Ponga una X en la respuesta, de acuerdo con lo que considere más adecuado para usted. Las preguntas se refieren, exclusivamente a las molestias en las dos últimas semanas.
3. Por favor si usted padeció estas molestias antes de este tiempo no las tome en cuenta.

1. ¿Se ha sentido bien y con buena salud?	Mejor que antes	Igual que antes	Peor que antes	Mucho peor que antes
2. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	No	Como antes	Más que antes	Mucho más que antes
3. ¿Ha tenido la sensación de estar enfermo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
4. ¿Ha tenido dolores de cabeza?	No	Como siempre	Más que siempre	Mucho más que siempre
5. ¿Ha tenido pesadez en la cabeza o la sensación de que la cabeza le va a estallar?	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes
6. ¿Ha tenido escalofríos o bochornos?	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes
7. ¿Se despierta demasiado temprano y ya no puede volver a dormir?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
8. ¿Se ha sentido lleno de vida y energía?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes

9. ¿Ha tenido dificultad para dormirse o conciliar el sueño?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
10. ¿Ha tenido dificultad para dormir de un jalón toda la noche?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
11. ¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
12. ¿Ha sentido que por lo general hace las cosas bien?	Mejor que antes	Igual que antes	Peor que antes	Mucho peor que antes
13. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
14. ¿Siente cariño y afecto por los que le rodean?	Más que antes	Como antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
15. ¿Se lleva bien con los demás?	Mejor que antes	Como antes	Peor que antes	Mucho peor que antes
16. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	Más que antes	Igual que antes	Menos útil que antes	Mucho menos útil que antes
17. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
18. ¿Se siente incapaz de resolver sus problemas?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
19. ¿Disfruta sus actividades diarias?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes

20. ¿Se ha sentido irritado y de mal humor?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
21. ¿Se ha sentido asustado y con mucho miedo sin que haya una buena razón?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
22. ¿Se ha sentido triste y deprimido?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
23. ¿Ha perdido confianza y fe en sí mismo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
24. ¿Ha pensado que usted no vale nada?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
25. ¿Siente que no se puede esperar nada de la vida?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
26. ¿Se ha sentido nervioso y “a punto de estallar” constantemente?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
27. ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?	No, para nada	No creo	Alguna vez	Sí
28. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada a causa de sus nervios?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
29. ¿Ha deseado estar muerto y lejos de todo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
30. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?	No, para nada	No creo	Alguna vez	Sí