



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

*SÍNDROME DE AGOTAMIENTO PROFESIONAL EN
ENFERMERAS (SAP) Y SU RELACIÓN CON LA
SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS EN UN
HOSPITAL DE TERCER NIVEL*

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRA EN ENFERMERÍA
ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

PRESENTA

LIC. ENF. LORENA BAUTISTA PAREDES

DIRECTORA DE TESIS: MSP MA. VICTORIA FERNÁNDEZ GARCÍA

MÉXICO, DF.

JUNIO, 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AUTORIZACIÓN DE JURADO PARA EL EXAMEN DE GRADO

RECONOCIMIENTOS

A LA UNAM

A quién le debo la oportunidad
y el privilegio de ser parte de
la máxima casa de estudios.

MTRA. VICTORIA

Por su gran dedicación, empeño,
paciencia y confianza que me brindo
en todo momento.

A LOS MIEMBROS DEL COMITÉ TUTORAL

Por su gran labor, dedicación que tienen
para los estudiantes de maestría.

AGRADECIMIENTOS

A MI MADRE ELSA

Por su inmenso apoyo y comprensión
en los momentos difíciles.

A MIS HERMANOS

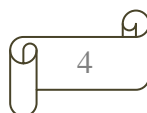
Por el apoyo que me brindaron en todo momento
y la confianza que en mi depositaron.

A MIS AMIGAS EN ESPECIAL A PATY

Por los momentos memorables y difíciles
que compartieron conmigo.

**Y A TODAS LAS PERSONAS QUE ME AYUDARON Y
CREYERON EN MI**

MIL GRACIAS!



ÍNDICE

Resumen.....	7
I. Introducción.....	9
1. 1 Planteamiento del problema.....	11
1.2 Importancia del estudio	13
1.3 Propósito.....	14
1.4 Objetivos.....	15
II. Marco Teórico	
2.1 Marco Conceptual.....	17
- Modelo Gershon.....	17
- Características organizacionales.....	18
- Síndrome de Agotamiento Profesional.....	20
- Calidad de la atención en salud.....	24
- Calidad del cuidado de enfermería.....	26
- Seguridad del paciente.....	26
- Satisfacción del paciente.....	29
2.2 Revisión de la literatura (Antecedentes)	
- Síndrome de Agotamiento Profesional.....	33
- Calidad de la atención en salud.....	37
- Calidad de los cuidados de enfermería.....	39
- Satisfacción del paciente.....	42
III. Material y Métodos	
3.1 Diseño de investigación.....	47
3.2 Población y muestra.....	47
3.3 Hipótesis.....	48
3. 4 Variables de estudio	49

3.5 Instrumentos de Medición	
3.5.1 Descripción.....	53
3.5.2 Confiabilidad y validez.....	56
3.6 Procedimientos	
3. 6.1 Recolección de datos.....	57
3.6. 2 Análisis de datos.....	59
IV. Resultados	
4.1 Descripción.....	61
4.2 Análisis estadístico.....	66
V. Discusión y conclusiones	
5.1 Interpretación y discusión de resultados.....	72
5.2 Conclusiones.....	78
5.3 Limitaciones.....	79
5.4 Recomendaciones.....	80
Bibliografía	
Referencias Bibliográficas.....	81
Anexos	
Plantilla del personal.....	87
Cedula de datos generales.....	88
Cuestionario de Maslach Burnout.....	89
Instrumento satisfacción del paciente.....	91
Consentimiento informado	94
Autorización del protocolo.....	96

RESUMEN

El profesional de enfermería esta comprometido a brindar atención de calidad al paciente de la unidad de cuidados intensivos (UCI) y unidad de cuidados intermedios (UTI) de forma humanizada, sin embargo existen factores que pueden interferir, uno de ellos es el Síndrome de Agotamiento Profesional (SAP). Esta situación es un riesgo potencial para los resultados en la salud del paciente, debido a que puede afectar la calidad de los cuidados de enfermería y la seguridad del paciente. Asimismo, está documentado que hay efectos en la salud física y mental del personal, lo que trae como consecuencia una actitud inadecuada hacia el paciente y compañeros de trabajo.

Objetivo: Analizar la relación entre el Síndrome de Agotamiento Profesional en las enfermeras y la Satisfacción del Paciente en la UCI y UTI. La Hipótesis: el SAP tiene relación con la satisfacción del paciente, a mayor prevalencia del SAP en las enfermeras, menor satisfacción del paciente.

Metodología: Estudio descriptivo, correlacional, transversal. El SAP se midió con el cuestionario de Maslach Inventory Burnout (MBI) en su versión al español, valora 3 dimensiones: Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (DP), Realización personal (RP), consta de 22 preguntas. Para medir la satisfacción del paciente se elaboró un instrumento que mide 4 dimensiones Amabilidad, Comunicación, Comprensión, Desempeño profesional, esta integrado por 24 preguntas.

Los datos se analizaron con el paquete estadístico (SPSS), versión 15 para Windows, se utilizó estadística descriptiva para describir las variables sociodemográficas, laborales y académicas, en la estadística inferencial se utilizaron la prueba de X^2 y Fisher.

Resultados: En cuanto a las enfermeras, participaron 66 el promedio de edad fue de 35 años, el 43.9% tiene de 1 a 10 años de ejercer enfermería, el 60.6% refirió estar muy satisfechas. La prevalencia del SAP fue en (CE)

el 50% moderado, (DP) el 53% bajo, en (RP) el 37.9% bajo, en el Síndrome general el 56% moderado. Estadística inferencial, se aplicaron las pruebas de Fisher y X² para valorar la asociación entre el SAP y las variables sociodemográficas, académicas y laborales y solo se encontró significancia con el turno, el tiempo de ejercer enfermería, la antigüedad institucional y la satisfacción, tienen relación con la presencia del SAP. Con respecto a los pacientes, participaron 30 el promedio de edad fue de 39.8 años, el 63.3% correspondió al sexo masculino, en la escolaridad el 46.7% tienen nivel básico (primaria y secundaria). En lo que se refiere a la satisfacción el 53.3% mencionó estar muy satisfecho, el 36.7% satisfecho. En la satisfacción total el 40% fue baja. Estadística inferencial, la satisfacción del paciente esta asociada al nivel de escolaridad. Se preguntó adicionalmente que dijeran que turno no les había agradado como los trato y el 40% mencionó que el turno nocturno.

Conclusiones: La mayor prevalencia del SAP fue para el nivel moderado; sin embargo, un bajo porcentaje presentó nivel alto, si se considera que es personal joven, podría esperarse un incremento importante en el futuro, debido a que se puede contagiar el SAP entre colegas. La satisfacción del paciente en su mayoría fue buena, sin embargo esto puede estar relacionado con la escolaridad, ya que la mayor parte fue de nivel básico por lo que esto puede influir en la percepción de la calidad del cuidado. A manera de conclusión el SAP se asocia con resultados negativos para la salud de las enfermeras síntomas somáticos, así como la insatisfacción en el trabajo, esto afecta la calidad del cuidado que se brinda al paciente. Esto demanda programas preventivos; a nivel de capacitación para mejorar las competencias y habilidades de las enfermeras y psicosociales para fortalecer las relaciones interpersonales y las estrategias de afrontamiento.

INTRODUCCIÓN

El profesional de enfermería está comprometido a brindar atención de calidad al paciente y de forma humanizada, mediante estándares definidos sin embargo, hay factores que interfieren para que esto se realice, entre ellos el estrés en las enfermeras que posteriormente deriva en el Síndrome de Agotamiento Profesional (SAP).

El presente proyecto se basará en el Modelo Teórico de Calidad de vida en el trabajo y resultados relacionados a nivel hospitalario, en el trabajador se abordará en específico el SAP y a nivel del paciente, la satisfacción.

El constructo de Burnout ó Agotamiento Profesional ha cambiado a lo largo de los años y según desde el contexto que ha sido abordado, en 1981 Maslach y Jackson lo definen como “un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal”. El Síndrome de Agotamiento Profesional se ha descrito como un problema de salud laboral con una alta prevalencia en los profesionales que trabajan en contacto directo con personas, dicho síndrome ha sido estudiado a nivel internacional en diferentes disciplinas, en México existen escasos artículos con el profesional de enfermería. Por otro lado la satisfacción del paciente es un indicador de resultado que permite evaluar la calidad de atención que recibió por parte del personal de enfermería.

El presente estudio analizó el Síndrome de Agotamiento Profesional en las enfermeras, y su relación con la satisfacción del paciente, en la unidad de cuidados intensivos e intermedios. La metodología del estudio fue descriptivo, correlacional, transversal. La población estuvo conformada por enfermeras y pacientes de la unidad de cuidados (UCI) y unidad de cuidados intermedios (UTI) del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).

Los instrumentos que se utilizaron para medir SAP fue el cuestionario de Maslach Inventory Burnout (MBI) en su versión al español, validada en

población mexicana el cual consta de 22 ítems, valora 3 dimensiones: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP), realización personal (RP). La satisfacción del paciente se midió con un instrumento el cual fue diseñado para medir la satisfacción del paciente de la unidad de cuidados intensivos, el instrumento constó de 24 ítems, evalúa 4 dimensiones: amabilidad, comprensión, comunicación y desempeño profesional.

Los resultados encontrados fueron; la prevalencia total del SAP fue moderada, la edad promedio de las enfermeras fue de 35 años, el promedio de años de ejercer enfermería fue de 12.8 encontrando una significancia ($p < 0.005$), otra variable que se asoció al SAP fue la satisfacción laboral significancia ($p < 0.005$), algunos autores relacionan esta asociación con la dotación de enfermeras, la sobrecarga de trabajo y condiciones laborales inadecuadas, en cuanto a las variables sociodemográficas (estado civil, número de hijos), no se encontró asociación con el SAP.

En la satisfacción del paciente la edad promedio de estos fue de 39.8 años, no se encontró asociación significativa con las variables sociodemográficas, sólo en la escolaridad ($p < 0.005$), el 53% refirió estar muy satisfecho con la atención recibida, por escalas en la comunicación el 50% estuvo muy satisfecho, lo cual es un factor importante para la satisfacción.

A manera de conclusión, el personal de enfermería con alto riesgo de presentar SAP es joven, por lo que es importante considerar los factores que influyen para desarrollar el síndrome, es necesario implementar estrategias de prevención dirigidas a cada grupo de riesgo (moderado y alto), los cuales tienen características específicas. Lo anterior para poder brindar atención de calidad al paciente en estado crítico el cual es uno de los objetivos fundamentales de las enfermeras.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El personal de enfermería adscrito a la unidad de cuidados intensivos (UCI) e intermedios (UTI) requiere de conocimientos y habilidades especializados que le permitan brindar un cuidado holístico a sus pacientes, debe ser capaz de atender sus necesidades emocionales y estar en alerta constante por los cambios en su estado de salud, así como realizar intervenciones de alta complejidad como Reanimación Cardio-Pulmonar (R.C.P.), monitoreo hemodinámico, manejo de drogas, inotrópicos, y el manejo de tecnología de punta invasiva y no invasiva. En los servicios de UCI y UTI del INER el 54% de la plantilla del personal de enfermería (ver anexo 1) no tiene especialidad, son enfermeras generales y licenciadas en enfermería, generalmente de nuevo ingreso sin experiencia laboral. Asimismo existen características organizacionales que favorecen el estrés laboral, como la falta de programas de inducción al puesto para el personal de nuevo ingreso, el tipo de contratación eventual que les ofrece la institución y el coeficiente enfermera-paciente en la UCI y UTI en todos los turnos es 1 a 1 sin embargo, debido a la escasez del personal en la institución por plazas no cubiertas, ausentismo y prestaciones, es frecuente que el coeficiente se modifique e incremente con mayor carga de trabajo. Es importante señalar que la asignación de pacientes se lleva a cabo mediante un rol por semana y esto es independiente de la condición crítica del paciente.

Aunado a lo anterior la falta de conocimientos y habilidades necesarios para desempeñarse adecuadamente en el trabajo, genera en el personal de enfermería estrés constante que más tarde deriva en SAP. Esta situación es un riesgo potencial para los resultados en la salud del paciente, debido a que puede afectar la calidad de los cuidados de enfermería y la seguridad del paciente. Asimismo, está documentado que hay efectos en la salud física y mental del personal, lo que trae como consecuencia una actitud inadecuada hacia el paciente y compañeros de trabajo.

En este contexto y a partir de la revisión de la literatura destaca la importancia de identificar la prevalencia de SAP como resultado del estrés

laboral de las enfermeras de la UCI y UTI del INER, y su relación con la calidad de los cuidados, utilizando como indicador la satisfacción del paciente.

Las preguntas a responder en esta investigación son:

¿Cuál es la prevalencia del SAP en el personal de enfermería de la UCI y UTI?

¿Cuál es el grado de satisfacción del paciente que fue atendido en la UCI y UTI del INER?

¿Existe relación entre la prevalencia del SAP en el personal de enfermería y la satisfacción del paciente de la UCI y UTI?

1.2 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

La UCI atiende a pacientes críticamente enfermos, es decir hemodinámicamente inestables, con riesgo para la vida, el compromiso es brindar atención de calidad. El profesional de Enfermería debe ofrecer cuidados especializados, con alto sentido humanístico sin embargo, existen factores como el SAP y las características organizacionales que pueden afectar la calidad del cuidado.¹ El SAP es un problema de salud laboral, que afecta al profesional que trabaja directamente con personas y específicamente al profesional de enfermería debido a la continua interacción con pacientes que padecen enfermedades crónicas, sufrimiento, dolor y falta de autonomía. En este mismo sentido, factores organizacionales como la falta de capacitación en el uso de la tecnología en constante cambio, el aumento en el número de pacientes que se atienden y otros aspectos laborales como el turno, servicio, seguridad laboral y antigüedad que interactúan para aumentar el estrés en el ámbito del trabajo. En este contexto el SAP se ha estudiado a nivel internacional en diferentes disciplinas y específicamente en enfermeras porque se le atribuye ser causa de ausentismo y la escasez de este personal sin embargo, es importante mencionar que en México existen escasos estudios de prevalencia del SAP en el personal de enfermería y pocos lo relacionan con su impacto en la calidad de los cuidados, ninguno relaciona ambos aspectos, en especial la satisfacción del paciente. En contraste en otros países como Canadá² y EU³ existen estudios que relacionan el SAP y la satisfacción del paciente, algunos de ellos han mostrado el impacto del SAP en la mortalidad de los pacientes.^{4, 5} En países desarrollados como E.U y la Unión Europea se ha documentado el impacto económico que tiene el SAP, lo cual destaca la relevancia de profundizar en el estudio de este problema y su impacto en el contexto nacional, ya que otros países tienen implementadas estrategias para prevenir el SAP, desde una perspectiva económica para las organizaciones.⁶

1.3 PROPÓSITO

El presente estudio tiene como propósito documentar la relación del SAP y la satisfacción del paciente, con la finalidad de reconocer la importancia del SAP, así como su relación con las características sociodemográficas, laborales y académicas del personal de enfermería. Se pretende aportar información para el diseño de estrategias de prevención que contribuyan a brindar cuidados de calidad para una mayor satisfacción del paciente de la unidad de cuidados intensivos e intermedios ya que es uno de los objetivos fundamentales de la atención de enfermería.

1.4 OBJETIVOS

Objetivo General:

- Analizar la relación entre el SAP en las enfermeras y la satisfacción del paciente en la unidad de cuidados intensivos e intermedios.

Objetivos Específicos:

- Medir la prevalencia del SAP en las enfermeras de la UCI y UTI.
- Identificar el perfil sociodemográfico y laboral del personal de enfermería de la UCI y UTI y su relación con el síndrome de agotamiento profesional.
- Diseñar y validar un instrumento para evaluar la satisfacción del paciente de la unidad de cuidados intensivos e intermedios.
- Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes egresados de la UCI y UTI.
- Conocer en relación al SAP y la satisfacción del paciente, el papel mediador de las características sociodemográficas y laborales de las enfermeras.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO CONCEPTUAL

Las características organizacionales influyen en los resultados hospitalarios a nivel corporativo, del empleado y del paciente, para analizar el papel de los diferentes componentes de las organizaciones se utilizó el modelo de Gershon et al. A continuación se describen los componentes organizacionales propuestos por Gershon, así como las interacciones y resultados de los mismos dentro de los que se encuentran el SAP y la satisfacción del paciente.⁷

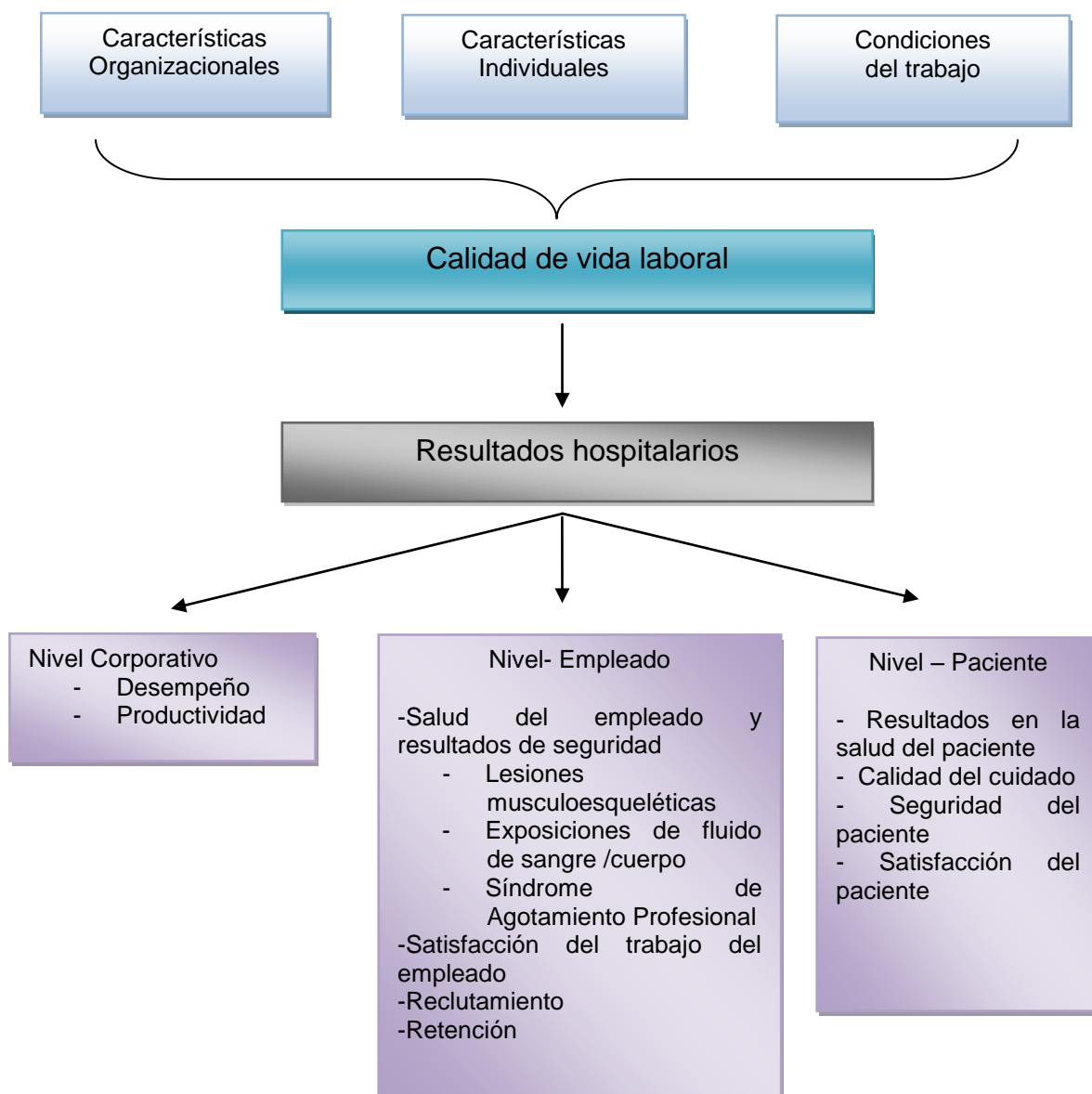


Fig 1. . Modelo teórico de calidad de vida laboral y los resultados hospitalarios (Gershon R. 2007)

2.1.1. Características Organizacionales

Se refieren a los enfoques que se caracterizan por enfatizar la importancia de los estresores en el contexto de la organización. Existen diversas propuestas sobre la etiología del SAP, una de ellas es la organizacional de la que forman parte los siguientes elementos:

- La estructura física ha sido poco estudiada, algunos estudios muestran la relación del SAP y trabajar en un servicio en condiciones laborales inadecuadas (espacios reducidos, mobiliario incómodo, incorrecta ventilación e iluminación).^{8,9}
- La cultura y el clima laboral. (escasez de personal, sobrecarga de trabajo exceso de pacientes),^{8, 10} falta de apoyo por los jefes y compañeras de trabajo, malas relaciones interpersonales, falta de autonomía).¹¹

2.1.2 Características Individuales

Se ha planteado una relación con las características personales como la edad aunque no esta claro, algunos estudios muestran que puede ser un determinante en la generación de estrés aunque parece no influir en la aparición del SAP, vinculado a la edad se encuentra los años de ejercer la enfermería, lo cual se considera que puede existir un periodo de sensibilización en el cual el trabajador puede ser especialmente vulnerable y corresponde a los primeros años de carrera profesional; dado que sería el periodo de transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo, que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas.^{5 6 12, 13}

En cuanto al sexo como un factor relacionado al origen del SAP, aún no existe claridad sobre el papel que juega, hay estudios que documentan mayor prevalencia del SAP en mujeres,⁶¹²⁻¹⁶ pero otros han encontrado mayor prevalencia en hombres^{5 17, 18} sin embargo, predomina la tendencia a que es mayor en mujeres.

2.1.3 Condiciones del trabajo

- Disfunciones del rol. De manera especial hace énfasis en la importancia de la sobrecarga de trabajo y de la pobreza de rol (no tener claro las funciones que debe realizar).¹⁹
- Según algunos estudios el turno laboral es un factor que influye para la presencia del SAP sin embargo, los resultados son inconsistentes, uno encontró mayor prevalencia en el turno vespertino,²⁰ pero otros han documentado que el turno nocturno presenta mayor predisposición para presentar dicho síndrome.^{10, 18}

La interacción de características desfavorables entre los componentes organizacionales, individuales y condiciones del trabajo dan como resultado la calidad de vida laboral. (Figura 1)

2.1.4 Calidad de vida laboral

Cuando las características organizacionales y las condiciones del trabajo no son las adecuadas, se genera un estrés excesivo y constante, circunstancias que algunos autores plantean que afecta la calidad de vida laboral, reflejándose en los resultados de la organización en este caso los resultados hospitalarios.

2.1.5 Resultados hospitalarios

Gershon plantea que los resultados afectan diferentes niveles, corporativo, empleados y pacientes, que a continuación se describen:

2.1.6 Nivel Corporativo

Hace mención de los resultados que ocurren en la corporación como consecuencia de la interacción desfavorable de las características organizacionales, individuales y condiciones del trabajo, tales como el ausentismo laboral elevado.

2.1.7 Nivel – Empleado

Se refiere a los efectos que se presentan en el empleado, como consecuencia de las características organizacionales, individuales y condiciones del trabajo inadecuado.

- a) Síndrome de Agotamiento Profesional.
- b) Disminución del interés y esfuerzo por realizar las actividades laborales.
- c) Aumento de los conflictos interpersonales con compañeros, usuarios y supervisores.²¹
- d) Incremento en la Insatisfacción laboral.^{20, 22}
- e) Tendencia al abandono del puesto y/o de la organización.^{4, 12}

2.1.7.1 Síndrome de Agotamiento Profesional

A continuación se presenta una revisión al respecto ya que es un aspecto central en este trabajo.

a) Definición

El término Síndrome de Burnout se le conoce como estar quemado, ha sido traducido en diferentes idiomas, como el castellano, en este trabajo se utilizará la denominación de Síndrome de Agotamiento profesional, propuesto por el comité de Bioética del INER, ya que se refiere al mismo término.

En 1981 Maslach y Jackson describen el agotamiento profesional como “un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal”.²³

- Agotamiento emocional: hace referencia a las sensaciones de sobreesfuerzo físico, y hastío emocional que se produce como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como con los pacientes.

- Despersonalización: Supondría el desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas a quien los trabajadores prestan sus servicios.
- Reducida realización personal: integra la pérdida de confianza en la realización personal y la presencia de un negativo autoconcepto como resultado.

Este concepto ha recibido aportaciones de otros autores, Pines, Aronson y Kaffry definen el agotamiento profesional como “un estado de reagotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos períodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente”.²³

b) Etiología

Una de las causas más estudiadas del origen del SAP es en el medio hospitalario ya que el estrés es generado por la atención al paciente, el sufrimiento, la angustia del enfermo y sus familiares. Situaciones que demandan un alto nivel de responsabilidad y exigencia a los profesionales.

c) Características esenciales del Síndrome de Agotamiento Profesional

Los rasgos definitorios del *Síndrome de Agotamiento Profesional* provienen de los trabajos de Maslach y Jackson quienes consideran 3 componentes esenciales:^{24, 25}

El cansancio emocional

Constituye el elemento central del síndrome y se caracteriza por una sensación creciente de agotamiento en el trabajo, «de no poder dar más de sí», desde el punto de vista profesional. Para protegerse de este sentimiento negativo, el sujeto trata de aislarse de los demás, desarrollando así una actitud impersonal, deshumanización de las relaciones hacia las

personas y miembros del equipo, mostrándose distanciado, a veces cínico y usando etiquetas despectivas, o bien, en ocasiones tratando de hacer culpables a los demás de sus frustraciones y disminuyendo su compromiso laboral. De esta forma intenta aliviar sus tensiones y trata de adaptarse a la situación, aunque sea por medio de mecanismos neuróticos.

La despersonalización

La despersonalización se refiere a la respuesta negativa e insensible hacia los diversos aspectos del trabajo, generalmente se desarrolla en respuesta a la sobrecarga del cansancio emocional y de la auto-protección. Si la gente está trabajando muy duro y hace demasiado, comenzará a retroceder de lo que está haciendo. Los trabajadores desarrollan una reacción negativa hacia a las personas y al trabajo, la gente pasa de tratar de hacer lo mejor de sí para hacer lo mínimo, así disminuye su rendimiento.

La falta de realización personal

El sujeto puede sentir que las demandas laborales exceden su capacidad, se encuentra insatisfecho con sus logros profesionales (sentimientos de inadecuación profesional), si bien, puede surgir el efecto contrario, una sensación paradójica de impotencia que le hacen redoblar sus esfuerzos, capacidades, intereses, aumentando su dedicación al trabajo y a los demás de forma inagotable. Es un sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo, que surge al comprobar que las demandas que se le requieren exceden de su capacidad para atenderlas debidamente.

Estos 3 aspectos están ligados entre sí, donde el agotamiento emocional como primer componente conduce a la obtención de los otros 2: la despersonalización y la auto evaluación negativa.

Maslach y Jackson proponen que la progresión del síndrome no es lineal, más bien es un proceso cíclico, que puede repetirse varias veces a lo

largo del tiempo, de forma que una persona puede experimentar los 3 componentes varias veces, en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en diferente trabajo.

Por otro lado Gil-Monte y Peiró, proponen que es un proceso lineal. (Figura 2) Sin embargo no existe evidencia que confirme alguna de las dos propuestas.

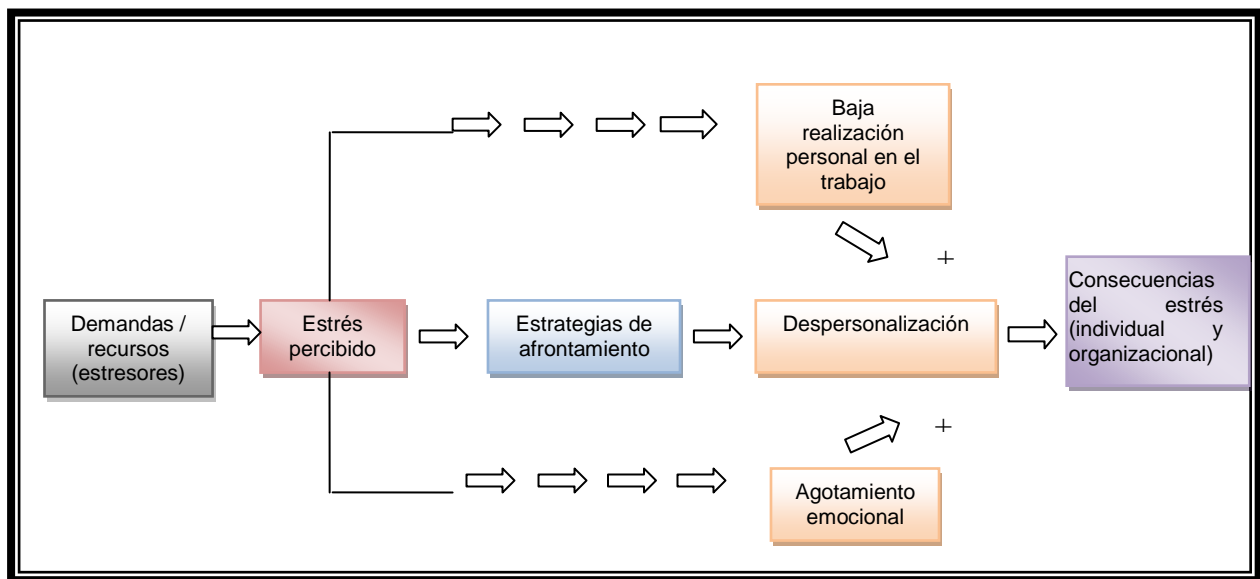


Figura 2. Modelo evolutivo del Síndrome de Burnout. Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. (1997).

d) Efectos del Agotamiento Profesional

Para el individuo

Se han determinado diferentes efectos del agotamiento profesional a nivel somático. Estos efectos son mencionados por Gil-Monte y Peiró.

Somáticos. Manifestados por problemas respiratorios (asma, taquipnea, catarros frecuentes), problemas inmunológicos (infecciones, alergias y alteraciones de la piel), problemas sexuales, problemas musculares (dolor de espalda, rigidez en cuellos y hombros), problemas digestivos (úlceras gastroduodenales, gastritis, náuseas, diarrea), alteraciones del sistema nervioso (jaquecas, insomnio, depresión), alteraciones cardiovasculares (dolor precordial, palpitaciones, hipertensión).^{14, 26} También se ha

documentado que existe una relación del SAP con la calidad del sueño y el número de horas de sueño.²⁷

2.1.8 Nivel – Paciente

El último aspecto de los resultados hospitalarios es a nivel del paciente.

Las características organizacionales, individuales y las condiciones del trabajo son factores que intervienen en los resultados de la atención del paciente, cuando estos están afectados se brinda una atención de mala calidad, baja seguridad para el paciente e insatisfacción del cuidado otorgado. Diversos estudios se han enfocado a la relación del SAP y los resultados, encontrando que disminuye la calidad de atención en específico la satisfacción de los pacientes e incluso aumenta la mortalidad de los pacientes.^{4 5 2}

a) Calidad de la atención en salud

Como ya se ha mencionado la calidad de atención es el resultado del cuidado que se brinda en una organización e incluye la parte específica de enfermería, por esta razón a continuación se presentan aspectos relevantes de la calidad de atención en específico la calidad de los cuidados. Al respecto Avedis Donabedian considera que la calidad consiste en proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas en todas las partes del proceso de atención, sin descartar los valores éticos ni las tradiciones de las distintas profesiones participantes, entre ellos las conocidas máximas: al menos no dañar, usualmente hacer algún bien e idealmente lograr el mayor beneficio.²⁸

Donabedian introduce los conceptos de estructura, proceso y resultado que hoy en día son los paradigmas dominantes para la evaluación de la calidad de los servicios de salud. Plantea además, que la calidad en la atención a la salud comprende dos dimensiones: la técnica y la interpersonal. La primera se refiere a la aplicación de la ciencia y la tecnología médica para el

diagnóstico y tratamiento de los pacientes. La dimensión interpersonal incluye valores y normas socialmente definidos en la interacción general entre individuos, y también en situaciones particulares, con base en los preceptos éticos que rigen las actividades de los profesionales que intervienen, así como en las expectativas y aspiraciones de los usuarios.²⁸

Componentes de la calidad asistencial

La calidad de la atención sanitaria contempla cuatro elementos principales (nivel científico-técnico, eficacia, eficiencia, adecuación), los cuales funcionan de forma interrelacionada y coordinada y además dan origen a una serie de atributos o componentes adicionales (accesibilidad, competencia, relaciones personales, seguridad, comodidad, satisfacción).

Finalmente Donabedian, también incluye en su modelo teórico los siete pilares de la calidad en salud y enuncia los componentes ideales de un sistema de calidad:²⁹

- Eficacia: la capacidad del cuidado en su forma más perfecta para contribuir a la mejora de las condiciones de salud.
- Efectividad: la consecución de hecho de las mejorías posibles en las condiciones de salud.
- Eficiencia: la capacidad de obtener la mayor mejoría posible al menor costo posible en las condiciones de salud.
- Optimización: la relación más favorable entre costo y beneficios.
- Aceptabilidad: conformidad del paciente en lo concerniente a aspectos tales como la accesibilidad, la relación médico-paciente, las comodidades, los efectos y el costo del cuidado prestado.
- Legitimidad: conformidad con las normas sociales en todos los aspectos mencionados en el punto anterior.

- Equidad: igualdad en la distribución del cuidado y sus efectos en la salud.²⁹

b) Calidad del cuidado de enfermería

Los cuidados de enfermería son parte fundamental en la atención a la salud y esta centrada en la calidad de los servicios. Las enfermeras tienen un peso importante en el impacto de la calidad total dentro de la organización debido a que tienen múltiples actividades y ocupan diferentes como son: la atención directa en la prestación de cuidados a los usuarios, la gestión de personal, gestión de recursos, formación de personal, relaciones externas de la institución: familiares y con la comunidad, etc. El concepto de calidad de los servicios de enfermería ha sido definido por algunos autores, a continuación se mencionan algunos conceptos:

“La calidad de los servicios de enfermería se define como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable; con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador del servicio”.²⁸

En México la “Comisión Interinstitucional de Enfermería” (CIE), es el organismo que tiene como prioridad mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de enfermería a nivel nacional, y define como “la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios”.³⁰

c) Seguridad del paciente

Por lo anterior en los últimos años, la calidad de la asistencia sanitaria y la seguridad del paciente se han convertido en una preocupación creciente, constituyendo un reto y una prioridad de todos los sistemas sanitarios.

La seguridad es una prioridad de la atención de enfermería, la falta de seguridad de los pacientes es un reflejo de la mala calidad de atención y pone en riesgo al paciente durante su hospitalización.

La seguridad del paciente es una preocupación a nivel internacional, en 1999, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM), publica el estudio: *To Err is Human: Building a Safer Health System*, en el que se estima que los «errores médicos» causan entre 44.000 y 98.000 muertes anuales. Además, sugiere que ello genera un costo anual cercano a los 26 billones de dólares americanos y sitúa al error médico como una de las causas principales de muerte en ese país.³¹

Se estima que en Estados Unidos, los errores médicos ocasionan la muerte de hasta 98.000 pacientes, cifra superior a la de las muertes por accidentes de tráfico, cáncer del seno o sida. En Canadá y Nueva Zelanda, cerca de 10% de los pacientes hospitalizados sufren consecuencias negativas debidas a errores médicos, mientras que en Australia, esta cifra es de aproximadamente 16,6 %. En los países desarrollados, se estima que hasta uno de cada 10 pacientes hospitalizados sufren daños resultado de la atención recibida, y en el mundo en desarrollo la cifra es probablemente mucho mayor.³² Si bien los datos de los países en desarrollo son escasos, los expertos consideran que la situación es aun peor. La OMS calcula que por lo menos 50% de todo el equipo médico no es seguro y que 77% de todos los casos notificados de medicamentos falsificados y sin garantía de calidad ocurren en los países en desarrollo.³³

La seguridad del paciente se define como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidas en la atención médica.³⁴ El evento adverso es una lesión resultante de la intervención de los servicios de salud que produce una incapacidad que puede ser medida, podría decirse que es el daño en el paciente ocasionado por el contacto de éste con un sistema de salud. Existen múltiples formas de clasificar el evento adverso, una de ellas es en prevenible y no prevenible, el prevenible es el mal resultado de la atención que puede ser prevenido con el estado del conocimiento y el no

prevenible es la complicación que no puede ser prevenida dado el estado actual del conocimiento.³⁴

La OMS en el 2002, expidió una resolución para mejorar la seguridad de los pacientes, que se concreta en el 2004 con el establecimiento de la Alianza Mundial por la Seguridad de los pacientes, como una de las prioridades de Salud Pública.³⁵ En esta resolución se definen 21 indicadores para vigilar y evaluar el desempeño de los sistemas de salud en materia de seguridad del paciente los cuales son agrupados de la siguiente manera:

- Infecciones nosocomiales: neumonía por uso de respirador, herida quirúrgica infectada, infecciones atribuibles a la atención médica y úlceras por presión.
- Eventos centinelas: reacción por transfusión, transfusión por tipo de sangre equivocada, error del sitio quirúrgico, cuerpos extraños olvidados en pacientes durante procedimientos quirúrgicos, fallas relacionadas con el personal de salud, errores en la medicación.
- Complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas: Complicaciones por anestesia, sepsis postquirúrgica, embolia pulmonar o trombosis venosa profunda, dificultades técnicas en los procedimientos quirúrgicos.
- Complicaciones obstétricas: lesiones o trauma al momento del nacimiento, trauma obstétrico en partos vaginales, trauma obstétrico en partos por cesárea, mortalidad materna.
- Otros eventos adversos: caídas de pacientes, fracturas de cadera. Estos eventos son indicadores de resultado de la calidad de la atención que se relacionan directamente con el cuidado de enfermería, como es el caso de las úlceras por presión y la satisfacción del usuario, específicamente en la unidad de cuidados intensivos.

Por otro lado el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la Organización Mundial de la Salud en colaboración con los Ministerios de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú realizaron el proyecto "IBEAS, el cual fue el primer estudio llevado a cabo en América Latina, con la finalidad de medir los eventos adversos EA que ocurren como resultado de la atención médica en los hospitales, así como conocer la magnitud y las características del problema para poner soluciones. Encontrando relevante que en los servicios quirúrgicos se identificaron más EA que en los médicos, y la edad y el sexo no están asociados a la presencia de EA, y los más frecuentemente identificados estaban relacionados con la infección nosocomial (IN) o con algún procedimiento, mientras que los relacionados con la medicación eran poco prevalentes.³⁶

Satisfacción del paciente

La satisfacción del paciente es un elemento considerado en el modelo de Gershon, y es un aspecto central en este trabajo.

Es un resultado de gran valor y es un indicador de la calidad institucional. En este sentido la gestión tiene como finalidad hacer que la organización funcione de manera paulatina y coherente con respecto a las necesidades y expectativas de los usuarios, a través de procesos mejora continua y sistemática, para ello utiliza indicadores que permiten evaluar los resultados conseguidos.²⁸ Los principios que rigen la Calidad Total confieren una especial importancia a la relación con los usuarios y los elementos básicos que perfilan son:

- El enfoque al usuario, según el cual éste es quién juzga la calidad de los productos y servicios que recibe.
- El interés por conocer y entender sus necesidades y expectativas.
- La necesidad de medir la satisfacción del usuario con los productos y servicios que se le entregan.³⁷

La satisfacción del paciente se puede definir como la relación o la diferencia (en general, la comparación) entre la calidad percibida por el usuario en el servicio o producto entregado y las expectativas que tiene dicho usuario con el servicio o producto: *Calidad percibida*.³⁷

Necesidades y expectativas de los usuarios

Los usuarios tienen necesidades y expectativas sobre los servicios (o los productos) que se les suministran, y se manifiestan en lo que se pueden llamar los “requisitos del servicio (o del producto)”. Las expectativas se pueden definir como *aquello que el usuario espera conseguir con el uso o disfrute de un servicio o de un producto*. La satisfacción del usuario, y por tanto la calidad, es la comparación que establece el usuario entre la percepción de lo que se le entrega (el servicio o el producto) y las expectativas que tiene sobre dicho servicio o producto. De aquí la importancia fundamental que tiene en cualquier organización, el conocimiento de las expectativas de sus usuarios. Se trata de conocer las expectativas del usuario para satisfacerlas haciéndolas realidad.

Los factores clave que dan forma a las expectativas de los usuarios son:

- Comunicación boca-a-boca: Lo que los usuarios escuchan de otros usuarios.
- Necesidades personales de los usuarios: En función de las características y circunstancias individuales.
- Experiencias previas: En el uso de un determinado servicio.
- Comunicación externa de los proveedores del servicio: Mensajes directos e indirectos que emiten los proveedores del servicio a los usuarios y como factor importante de esta comunicación externa figura, en particular, el precio del servicio y otros como la imagen de marca, la percepción sobre los funcionarios, los políticos o la Administración, etc.

En términos generales, se puede hablar que el usuario tiene dos tipos de expectativas; las manifiestas que son de carácter universal, conocidas y especificadas por el usuario y estas pueden ser:

- Primarias: Son siempre exigidas y son de cumplimiento obligatorio para la Organización. Su cumplimiento no incrementa la satisfacción del usuario, pero si crea insatisfacción su incumplimiento. Un ejemplo puede ser la existencia de material ó medicamentos en un hospital.
- Secundarias: Aportan un extra a la satisfacción del usuario. Conocidas pero no siempre especificadas, tienen un alto componente subjetivo. Ejemplo dar alimentos al familiar de un paciente hospitalizado en la UCI.
- Las expectativas latentes son aquellas “ocultas” para el propio usuario. Generalmente no se esperan y su satisfacción sorprende favorablemente al usuario. Las expectativas latentes están más relacionadas con la utilización de nuevas.³⁷

Atributos generales de la calidad del servicio

Los usuarios, además de formarse una opinión global sobre el servicio recibido, son capaces de juzgar sobre sus “elementos” o atributos generales, aunque a veces les sea difícil explicitarlo adecuadamente. Los atributos de calidad son los “componentes” del servicio recibido que el usuario valora de forma especial y puede percibir con claridad por separado. Ejemplo tiempo de espera atención en un servicio de consulta externa de un hospital.

Dimensiones de la satisfacción del usuario

La medición de la satisfacción del usuario surge en el ámbito de las empresas de servicios, al darse cuenta de la relevancia que tenía conocer las percepciones de los consumidores para el éxito de este tipo de compañías. De ahí se desprende el modelo SERVQUAL en la década de los 80s, entre sus principales promotores se encuentran Parasuraman, Zeithaml y Berry, quienes en 1985 como resultado de una investigación

cualitativa publicaron el modelo de SERVQUAL (Service Quality). En este modelo se muestra la calidad del servicio percibido por los consumidores, es el resultado obtenido de la comparación entre sus expectativas y las percepciones que han tenido con el servicio recibido, contempla 10 dimensiones de la satisfacción del usuario:³⁸

- **Fiabilidad:** *Habilidad para realizar el servicio acordado de forma confiable y cuidadosa: acierto y precisión; ausencia de errores.*
- **Capacidad de respuesta:** *Disposición para proporcionar un servicio rápido: rapidez, puntual y oportuno.*
- **Seguridad:** *Conocimientos y atención mostrados por los empleados y sus habilidades para inspirar credibilidad y confianza.* Esta dimensión agrupa los siguientes criterios:

- **Profesionalidad:** O competencia técnica. Posesión de las destrezas requeridas y conocimiento de la ejecución del servicio.
- **Cortesía:** Atención, consideración, respeto y amabilidad del personal de contacto con el cliente.
- **Credibilidad:** Veracidad, creencia, honestidad en el servicio que se proporciona.
- **Seguridad:** Inexistencia de peligros, riesgos o dudas.

Empatía: *Atención individualizada que se ofrece a los usuarios.*

Esta dimensión agrupa los siguientes criterios:

- **Accesibilidad:** Servicio accesible y fácil de contactar.
- **Comunicación:** Mantener a los clientes informados utilizando un lenguaje que puedan entender, así como escucharles y capacidad para explicar lo sucedido.
- **Comprensión del usuario:** Hacer el esfuerzo de conocer a los usuarios y sus necesidades.

Elementos tangibles: Aspecto de las instalaciones físicas, equipos, personal y material que interviene o es utilizado en la prestación del servicio.³⁷

2.2 REVISIÓN DE LA LITERATURA

a) El Síndrome de Agotamiento Profesional

El SAP se ha estudiado a nivel nacional e internacional, así como en diferentes disciplinas, y contextos, los estudios de enfermería se han enfocado a conocer principalmente la prevalencia, cabe mencionar que los autores presentan los hallazgos de diferente manera, algunos muestran estratos, otros 1 ó 2 dimensiones ó solo la prevalencia general y no hay claridad con respecto a los puntajes, el cuestionario que utilizaron para medir el SAP es el (Maslach Burnout Inventory).

Estudios de prevalencia en Europa

Uno de los países de habla hispana que más ha estudiado el SAP es España, Pualto y cols. realizaron un estudio en 5 hospitales de segundo y tercer nivel de atención, en los cuales encontraron una prevalencia del 13% en los 5 hospitales, cabe señalar que hicieron una comparación con el estudio de Maslach y Jackson (1982) y esta prevalencia es baja ya que Maslach reportó del 20-30%.³⁹ por otro lado Albaladejo y cols. en Madrid, encontraron en su estudio niveles más altos de agotamiento emocional en el personal de urgencias y oncología, y niveles altos de despersonalización en el personal de urgencias, la prevalencia fue moderada con el 48.9%, cabe señalar que encontraron asociación significativa entre el SAP y la satisfacción laboral.²⁰

Algunos estudios han analizado comparaciones en enfermeras de dos países como el de Leiter y cols. quienes realizaron un estudio en enfermeras de España y Canadá, en el cual detectaron niveles altos de cansancio emocional y despersonalización en enfermeras Canadienses, en comparación con las enfermeras Españolas, encontrando como un indicador asociado importante la carga de trabajo.⁴⁰

Otra área donde se ha estudiado el SAP es en enfermeras de hospitales para pacientes cardíacos, como el realizado por Díaz en el Instituto de Cardiología de Madrid en el cual detectó que el 7.7% del personal presentó alto grado de cansancio emocional, el 30.8% en despersonalización, y el 38.5% mostró bajo grado de realización personal, el grado de SAP fue relativamente bajo.⁴¹

Estudios de prevalencia en Unidades de Cuidados Críticos en Europa

El SAP se ha estudiado en unidades de cuidados críticos; sin embargo es importante mencionar que no existe homogeneidad en los resultados de prevalencia, en Francia, Poncet y cols. realizaron un estudio en enfermeras de unidades de cuidados críticos de 165 hospitales, en el que encontraron que el 28.4% presentó niveles graves del SAP y el 60% presentaron niveles altos en al menos una de las dimensiones, además de referir sus deseos de cambiar de profesión. También identificaron otros factores asociados al SAP, como el clima laboral.¹

En España Solano y cols. llevaron a cabo un estudio en las unidades de cuidados críticos de tres hospitales en el cual encontraron niveles bajos de agotamiento profesional, sólo el 1.9% presentó niveles altos en las tres dimensiones, cabe señalar que la dimensión CE tuvo relación con la edad de las enfermeras (mayores de 44 años), la antigüedad en la profesión (mayor de 15 años), así como atender a un número excesivo de pacientes.¹⁰ Al respecto Frade y cols. realizaron un estudio en enfermeras de cuatro UCIs de un hospital de tercer nivel, encontrando una prevalencia baja del 14%, el personal de la UCI que presentó niveles más altos del SAP se asoció con mayor carga de trabajo, aislamientos y mortalidad, cabe señalar que hubo asociación entre el SAP y baja satisfacción profesional.⁴²

Por un lado se han realizado estudios comparativos de enfermeras de UCI con enfermeras de otros servicios, como el de Ríos y cols. quienes compararon a enfermeras de Cuidados intensivos y urgencias, encontraron que los niveles son mayores en enfermeras de cuidados intensivos que en

las de urgencias, y el 5.15% mostró niveles altos en las tres dimensiones.⁴³ Este mismo autor ha relacionado el SAP con el nivel de salud de enfermeras de cuidados intensivos, encontrando niveles altos el 54.8% en el CE, el 35.7% en DP, y el 11.9% en las tres dimensiones, teniendo asociación el CE con síntomas de ansiedad.⁴⁴

Estudios de prevalencia en América Latina

Dentro de los estudios realizados en Argentina, Encinas y cols. estudiaron al personal médico y de enfermería de un hospital regional, para el que utilizaron el cuestionario breve de Agotamiento Profesional sugerido por Moreno J y cols. el cual es una versión modificada del Maslach Burnout Inventory y hallaron que el 72% de ambos grupos presentó afectación por el SAP, siendo mayor en el personal de enfermería con el 81.3%.⁴⁵

En Venezuela, Parada y cols. exploraron la relación del SAP y la satisfacción laboral, en un hospital general, en el cual encontraron una prevalencia del 6.73%, y el 13.5% presentó alto grado, al menos en una de las 3 dimensiones y una moderada satisfacción laboral.⁴⁶

En Colombia el estudio realizado por Tuesca y cols. encontraron una prevalencia baja del síndrome del 1.9%.⁴⁷

Estudios del efecto del SAP en las enfermeras y los resultados en los pacientes

Por otro lado, el país en el que más ha estudiado el SAP es E.U, sin embargo es importante resaltar que estos estudios se caracterizan por relacionar las repercusiones del SAP tanto para las enfermeras como para los pacientes, al respecto Aiken y cols. hicieron un estudio con The Internacional Hospital Outcomes Study Cosortium, en el que incluyó 700 hospitales en 5 países (E.U., Canadá, Inglaterra, Alemania y Escocia), y encontraron altos niveles del SAP, así como insatisfacción en el trabajo, e intención de abandonar el empleo, esto se observó especialmente en los

contextos en los que existía escasez de enfermeras.⁴⁸ Esta misma autora realizó otro estudio sobre la relación entre el SAP y la mortalidad de los pacientes y encontró una prevalencia del 43%, y esta se asoció a la insatisfacción laboral e incluso a la intención de abandonar su empleo en los próximos 12 meses. Otro dato relevante es el aumento de la mortalidad de los pacientes, que se incrementa con una probabilidad del 7% por cada paciente extra que se asigne a la enfermera. Cabe señalar que cada paciente adicional por enfermera supone un 23% de incremento del odds ratio de burnout. Lo que deja claro que el SAP y la insatisfacción laboral aumentan con la carga de trabajo.⁴

Estudios de prevalencia en México

La revisión de la literatura nacional, muestra escasez de estudios y con dificultades metodológicas para realizar comparaciones. En enfermería existen escasos estudios del SAP, los cuales se han realizado en hospitales de segundo nivel, sin embargo existe heterogeneidad en los resultados, por un lado De los Ríos y cols. hicieron un estudio en un Hospital General, utilizaron el cuestionario de burnout en su versión al castellano, y encontraron que el 88% de las enfermeras del servicio de urgencias presentó altos niveles del SAP, en la unidad de cuidados intensivos el 100% presentó niveles moderados, lo cual tuvo relación con las enfermeras mayores de 30 años, casadas, y con menos de 15 años de ejercer la profesión, además de atender más de 20 pacientes por jornada, esto también tuvo asociación con niveles altos de insatisfacción laboral en un 62%.⁸ De Valle y cols. realizaron un estudio para relacionar las condiciones laborales de las enfermeras con el SAP y detectaron una prevalencia moderada del 39% sin embargo, encontraron una asociación significativa entre las condiciones laborales y la dimensión de despersonalización, según los autores, los resultados indicaron que la falta de orientación organizacional (falta de inducción al puesto) en el área de trabajo y la forma de trabajar generan SAP.⁴⁹

Por otro lado Martínez y López hicieron un estudio comparativo en enfermeras y enfermeros de la ciudad de México, en el cual utilizaron el cuestionario del Maslach Burnout Inventory en la versión de seis dedos, y encontraron que los enfermeros mostraron mayor prevalencia del síndrome de agotamiento profesional en un 63.4%, esto se relacionó con la edad, detectando que la gente joven de 19 años presenta los niveles más altos.⁵⁰ En este mismo sentido Palmer y cols. realizaron un estudio en enfermeras de 2 hospitales de segundo nivel, y encontraron una prevalencia baja del 6.79% en ambos hospitales.⁵¹

Cabe señalar que se han realizado estudios con el mismo instrumento (Maslach Burnout Inventory) pero adaptado a otro idioma como el de Cabrera y cols. con el cual encontraron que el 39% mostró datos compatibles al SAP.⁵²

El SAP también se ha estudiado con relación a síntomas somáticos cardiovasculares, en México, Hernández y cols. hicieron un estudio, utilizaron el Cuestionario Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBIG-S), con dos subescalas, el agotamiento profesional y la despersonalización, y un cuestionario de síntomas cardiovasculares de 11 preguntas, y encontraron que el 14% presentó niveles altos del síndrome, sin embargo no encontraron correlación significativa con las cifras de presión arterial y los niveles de burnout.⁵³

b) Calidad de la atención en Salud

Antecedentes en México

En México, destaca la experiencia del Instituto Mexicano del Seguro Social que desde la década de los años 60 ha desarrollado modelos sistemáticos de evaluación de la calidad de atención. Posteriormente a finales de 1984 dio inicio el desarrollo de la estrategia para la implementación de un programa de garantía de calidad de la atención médica mediante círculos de calidad en el Instituto Nacional de Perinatología. Destaca que el primer

círculo de calidad funcionó hasta 1985 al que siguieron varios otros. El proyecto fue creado con el propósito de asegurar que las condiciones organizacionales bajo las cuales se proporcionaba atención médica, permitieran elevar la calidad tanto en la dimensión interpersonal como en la técnica, mediante la participación del personal directamente responsable de la prestación de los servicios.⁵⁴

En el período de 1997-2000 la Secretaría de Salud implantó un programa de “Mejora Continua de la Calidad de la Atención Médica” en 28 estados de la República. Una de las acciones primordiales de este programa fue la realización de una evaluación basal en la que participaron todos los hospitales generales y los centros de salud. La evaluación se realizaba a través de instrumentos que exploraban características de calidad de las dimensiones técnica e interpersonal, así como de estructura, proceso y resultado.⁵⁵

En el periodo del 2001 – 2006 se estableció la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud que planteó como objetivos fundamentales promover un trato digno y adecuado para los enfermos y sus familiares, así como brindar en todas las instituciones de salud servicios más efectivos. La Cruzada estableció procesos permanentes de mejora del desempeño y de transparencia, que permitieron a las instituciones de salud rendir cuentas claras a todos los mexicanos. La meta propuesta fue colocar a la calidad como un valor fundamental de la cultura organizacional de los servicios de salud, en beneficio de la población.

Los principales retos que debía enfrentar La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud fueron:

- La baja calidad, en promedio, de los servicios de salud;
- La heterogeneidad del servicio a nivel nacional;
- La percepción generalizada de una mala calidad del servicio; y
- La información deficiente y poco confiable.

Para enfrentar los retos se plantearon diez líneas fundamentales de acción:

1. Elaboración y difusión de códigos de ética.
2. Educación sobre, para y de calidad.
3. Información para y sobre el usuario y el desempeño.
4. Sistemas de mejora continua.
5. Reconocimiento del desempeño.
6. Estandarización de procesos y monitoreo de resultados.
7. Certificación de individuos y organizaciones.
8. Racionalización regulatoria.
9. Mejoras de alto impacto en los procesos de atención.
10. Impulso a las mejoras en otros ámbitos que influyan en la calidad.⁵⁶

Consecutivamente el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, planteó como objetivo brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente, de éste se desprende la estrategia de implantar un sistema integral y sectorial de calidad de la atención médica.

En ésta se inscribe el Sistema Integral de Calidad en Salud (SI CALIDAD), el cual estableció líneas de acción en los tres componentes de la calidad: Calidad percibida por los usuarios, Calidad técnica y seguridad del paciente, Calidad en la gestión de los servicios de salud: Institucionalización de la calidad. De este último se desprende el Sistema Nacional de Indicadores en Salud (INDICAS).⁵⁷

c) Calidad de los cuidados de enfermería

En 1952, se formó la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO). La *American Nurses Association* (ANA) y la *National League for Nursing* (NLN) publicaron conjuntamente manuales en 1959 para ayudar a establecer estándares en los servicios de cuidados. Durante los años 60s, la ANA inició una sección de práctica enfermera para desarrollar los estándares de la práctica enfermera, que se convirtió en la base de los programas de control de calidad. En los 70s, la ANA promovió directrices para los estándares de la práctica enfermera bajo el sistema *Professional Standards Review Organizations* (PSRO); la *American Hospital*

Association y la JCAHO practicaron una revisión retrospectiva de los cuidados por medio de auditorías.

Durante los años 80 se introdujo en los servicios de cuidados el control de calidad total como: “lo que se debe hacer en primer lugar, a tiempo y siempre”, para la optimización de servicios y satisfacción del cliente. En los años 90, la calidad se convirtió en el foco de atención. El objetivo era suministrar asistencia sanitaria de calidad en el contexto sanitario más adecuado y de la forma más económica posible.

Los estándares de calidad con frecuencia están dictados por organismos profesionales y se promulgan a través de códigos de ética profesional, estándares de cuidados, estándares de rendimiento y directrices de actuación, que pueden ser controlados a través de sistemas de acreditación, revisión entre colegas y procesos de certificación. La *American Organization of Nurse Executives*, la *American Association of Colleges of Nursing*, la *National League for Nursing* y la *American Nurses Association* han unido sus esfuerzos por coordinar y estandarizar formatos y criterios con fines de conseguir estándares de certificación y de práctica profesional.⁵⁸

En México en el año 1954 la Secretaría de Salubridad y Asistencia creó la Dirección de Enfermería, cambiando en 1972 a oficina de Asesoría de Enfermería; la cual desapareció posteriormente, durante más de una década no existió representante de enfermería en el área normativa de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia. En 1992 inicia la conformación de la Comisión Interinstitucional de Enfermería integrada por una coordinadora y 12 organismos participantes. Durante este periodo que abarcó hasta 1996 destaca el hecho de haber llevado a cabo el "1er. Taller para la reestructuración del Sistema Nacional de Enfermería".⁵⁹

Desde 1996, la Comisión Interinstitucional de Enfermería ha venido trabajando en forma constante, ya que cuenta con una directriz denominada plan rector.³⁰ En el año 2002 la Subsecretaría de Innovación y Calidad, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, y la

Comisión Interinstitucional de Enfermería, inician el desarrollo del proyecto *Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería*, para lo cual conformó un equipo de trabajo con representantes de enfermería de diversas instituciones tanto públicas como privadas, con el propósito de definir en esa primera etapa el concepto de calidad, tres indicadores y la metodología para su medición. Los tres primeros indicadores fueron: ministración de medicamentos vía oral por enfermería, vigilancia y control de venoclisis instaladas, trato digno por enfermería.⁶⁰ Este programa ofreció áreas de oportunidad e instrumentar procesos de mejora continua.

A partir del plan de desarrollo 2007-2012 la Comisión Interinstitucional de Enfermería, cambia de nombre a Comisión Permanente de Enfermería, siguiendo el mismo programa, dicha Comisión ha determinado incluir otros tres nuevos indicadores: prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada, prevención de caídas en pacientes hospitalizados, prevención de úlceras por presión, que tienen como propósito evitar riesgos y daños innecesarios al paciente y contribuir a disminuir los procesos infecciosos durante la estancia hospitalaria de los pacientes. Estos indicadores se elaboraron con la misma metodología de los indicadores anteriores.⁶¹

Por otra parte diversas instituciones de salud han evaluado la calidad del cuidado a través de indicadores de resultados, los cuales se han realizado por medio de auditorias, entre dichos proyectos destaca la del Grupo Ángeles de Servicios de Salud. Otras instituciones centraron su evaluación del cuidado en el Proceso de Atención de Enfermería como es el caso del American British Cowdray Medical Center (ABC). Esto les ha permitido implementar estrategias de mejora de la calidad.

Otra Institución que implementó los indicadores de calidad del cuidado es el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” (INCICH), en el 2001 desarrolló el Proyecto: Diseño y validación de estándares e indicadores para el cuidado enfermero, en el determinaron 10 indicadores de proceso que son: lavado de manos, instalación de catéter central, transfusión de

hemoderivados, prevención y tratamiento de úlceras por presión, prevención de caídas, esterilización con vapor, preparación y administración de medicamentos por vía oral, baño de regadera, aspiración de secreciones traqueobronquiales con sistema cerrado y lavado y esterilización de filtro dializador y líneas arteriales. A estos indicadores se agregan en el 1er trimestre del 2003, 4 indicadores más: preparación de soluciones endovenosas, registros de enfermería, por necesidades institucionales, trato digno y vigilancia y control de venoclisis instaladas.²⁸

Por otro lado el INER, participa en los registros de los indicadores de Calidad que norma la Comisión Permanente de Enfermería, sin embargo no se dan a conocer los resultados, para implementar estrategias de mejora.

d) Satisfacción del paciente

Estudios en Europa

La satisfacción del paciente es un indicador de resultado que permite evaluar la calidad de atención que recibió, la cual se ha estudiado a nivel nacional e internacional, cabe destacar que se ha medido en los diferentes niveles de atención, con diferente metodología, así como heterogeneidad en la utilización de los instrumentos.

Uno de los países que más ha medido la satisfacción del paciente es España, al respecto González y cols. realizaron un estudio en el que evaluaron la satisfacción del paciente con la atención de enfermería, mediante la escala de SERVQUAL adaptada a enfermería, en el cual observaron que las características (sexo, nivel académico) y el hecho de conocer el nombre de la enfermera son factores determinantes para la satisfacción del paciente.⁶²

Por otro lado, Cabrero y cols. realizaron un estudio en tres hospitales de España para determinar el grado de satisfacción del paciente con la hospitalización y los cuidados de enfermería, aplicaron tres instrumentos

(LOPSS 12) para medir la satisfacción con los cuidados de enfermería, (SGEM) escala para medir la satisfacción con la hospitalización y el cuestionario (CEP) el cual evalúa las expectativas de los pacientes, en el cual encontraron niveles moderados de satisfacción en un 53% y las expectativas habían sido satisfechas por encima de lo esperado.⁶³ En ese mismo sentido Pujulia y cols., aplicaron los mismos tres instrumentos que Cabrero en un hospital de neurología medicoquirúrgica y encontraron alta satisfacción de los pacientes en las tres escalas, sin embargo destaca la importancia de mejorar la comunicación, ya que algunos pacientes percibieron que no se les escuchaba lo suficiente, así como la falta de información.⁶⁴

Estudios en América Latina

Cabe mencionar que también se han realizado estudios de tipo cualitativo como el de Alves de Paiva y cols. en Brasil, en el cual evaluaron la satisfacción de los pacientes durante su hospitalización, y destaca que la habilidad técnica y la esencia humana del personal de enfermería son factores importantes que influyen en la satisfacción del paciente.⁶⁵

En Perú Andia y cols. hicieron un estudio para medir la satisfacción del usuario enfocada a los servicios de hospitalización, y encontraron que el 87% de los usuarios estaban satisfechos con los servicios y las dimensiones que influyeron para la satisfacción global fueron la competencia técnica, las relaciones interpersonales y la recuperación de la salud del usuario.⁶⁶

Estudios en México

En México Jiménez y cols. estudiaron la satisfacción del usuario como indicador de calidad tanto en usuarios externos directos (pacientes) UED y usuarios externos indirectos (familiares) UEI, en los UED se encontró un índice global de satisfacción del 70% y en los UEI un 74%, el 50% calificó como muy buena la atención, y un 49% como buena.⁶⁷

Otros estudios se enfocaron a la construcción y validación de escalas y cuestionarios para valorar la satisfacción de los usuarios. En España, García y cols. construyeron y validaron un cuestionario para valorar la satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria, el cuestionario consideró tres factores de satisfacción, la validez de constructo se realizó mediante el análisis factorial por el método de los principales componentes tras rotación Varimax que determinó la presencia de tres factores que permitieron explicar más del 69% de la varianza. La confiabilidad se llevó a cabo mediante la determinación de la consistencia interna la cual se midió por el alfa de Cronbach el cual fue de 0.9.⁶⁸ Al respecto Duarte, y Aguirre, realizaron un estudio para validar una nueva escala de satisfacción de los usuarios. El cuestionario inicial se construyó de 11 ítems que media 9 dimensiones del modelo de SERVQUAL, y finalmente se obtuvo un cuestionario con tres ítems; escucha, amabilidad y confianza, que denominaron Amable, se hizo validez de constructo, mediante análisis factorial el cual otorgó un valor explicativo del 86% sobre la varianza. La confiabilidad se llevó a cabo mediante la determinación de la consistencia interna la cual se midió por el alfa de Cronbach el cual fue de 0.92.⁶⁹

Relación del Síndrome de Agotamiento Profesional y Satisfacción del Paciente

A nivel internacional se han realizado estudios que asocian el SAP y la satisfacción del paciente. En Canadá Leiter y cols. estudiaron la relación entre el SAP en enfermeras y la satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería, y encontraron una relación significativa: a mayor nivel de agotamiento, bajo nivel de satisfacción del paciente.² En ese mismo sentido en E.U. Doris y cols. Llevaron a cabo un estudio en el que relacionaron el SAP en enfermeras y la satisfacción del paciente, y encontraron que los entornos del trabajo influyen en la satisfacción laboral y el desgaste en las enfermeras, así como en el aumento en la frecuencia de eventos adversos y

la satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería, el promedio de satisfacción de los pacientes fue de 63%.³

Cabe destacar que en México no existen estudios que relacionen el SAP con la satisfacción del paciente, en ningún contexto, en especial en la unidad de cuidados intensivos sin embargo, es importante estudiar esta relación debido a que se ha hipotetizado que en las unidades de cuidados intensivos la prevalencia del SAP es mayor lo cual afecta la calidad de atención de los pacientes.

III.MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo, correlacional, transversal. (De acuerdo a Hernández Sampieri).⁷⁰

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

- POBLACIÓN 1. Personal de enfermería. De los diferentes turnos (matutino, vespertino, velada "A", velada "B", especial diurno y especial nocturno) de la UCI y UTI.
- POBLACIÓN 2. Pacientes egresados de la UCI y UTI en el período de Diciembre 2009 a Marzo 2010.

- MUESTRA

Población 1. Se realizó por medio de censo ya que se tomó todo el universo de estudio.

- Población 2. Se llevó a cabo por medio de un muestreo no aleatorio por conveniencia, de pacientes sucesivos, ya que se incluyeron todos los pacientes dentro del período de Diciembre 2009 a Marzo 2010.

Criterios de inclusión Población 1

- Personal fijo de la UCI y UTI de todos los turnos independientemente de su categoría laboral.
- Personal que desee participar en el estudio

Criterios de exclusión Población 1

- Personal que no este fijo de la UCI y UTI
- Personal que no desee participar en el estudio
- Personal que se encuentre de prestación (vacaciones, licencia, incapacidad)

- Pasantes del servicio social

Criterios de inclusión Población 2

- Pacientes con edad mayor a 20 años y menor de 65 años.
- Pacientes con estancia mayor a 24 horas en la UCI y UTI y que tengan 72 hrs de egreso de las unidades, recuerden su experiencia en la UCI o UTI y no presenten alteración en el estado de conciencia.

Criterios de exclusión Población 2

- Pacientes con edad menor a 20 años y mayor de 65 años.
- Pacientes con estancia menor a 24 horas en la UCI y UTI, que no recuerden su experiencia, y presenten alteración en el estado de conciencia y no deseen resolver o responder el cuestionario

3.3 HIPÓTESIS

PRINCIPAL

- El Síndrome de Agotamiento Profesional tiene relación con la satisfacción del paciente a mayor prevalencia del SAP en las enfermeras asignadas a la UCI y UTI, menor satisfacción del paciente.

SECUNDARIA

- El Síndrome de Agotamiento Profesional tiene relación con un perfil de enfermeras adscritas a la UCI y UTI (poca experiencia, poco tiempo de ejercer enfermería, sin especialidad), mayor grado del SAP.

3.4 VARIABLES DE ESTUDIO

Variables independientes

2) Síndrome de Agotamiento Profesional

2.1 Cuestionario de Maslach

2.1.1 Cansancio emocional (CE)

2.1.2 Despersonalización (DP)

2.1.3 Realización personal (RP)

Variables dependientes

1) Calidad de los cuidados de enfermería en UCI y UTI

1.1 Satisfacción del paciente

3.4.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Nombre de la variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Indicadores	Nivel de escala de medición
Síndrome de Agotamiento Profesional	Síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal. ²⁰	Cuantitativa discontinua	El cuestionario de Maslach Inventory Burnout (MBI): -Cansancio emocional (CE), -Despersonalización (DP), - Realización personal (RP)	- Intervalar
Satisfacción del paciente	Es la expresión del paciente del grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a amabilidad, comprensión, comunicación y desempeño técnico con respecto a la atención recibida por el personal de enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y Unidad de Cuidados Intermedios (UTI).	Cuantitativa discontinua	- Amabilidad - Comprensión -Comunicación - Desempeño técnico	- Intervalar

Nombre de la variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Indicadores	Nivel de escala de medición
Edad	Tiempo que ha vivido una persona años. ³¹	Cuantitativa continua	-Años cumplidos	- Intervalar
Estado civil	Es la situación de cada persona en relación con las leyes o costumbres relativas al matrimonio que existen en el país. ¹⁵	Cualitativa nominal	- Soltera - Casada - Viuda - Divorciada - Separada	- Nominal
No. de hijos	Número de descendientes de una persona. ³¹	Cuantitativa discontinua	- 1 - 2 - 3 - 4	- Ordinal
Antigüedad en la institución	Tiempo que alguien ha permanecido en un cargo o empleo. Dentro de una institución. ³¹	Cuantitativa continua	- Años	- Intervalar
Antigüedad en el servicio	Tiempo que alguien ha permanecido en un servicio. ³¹	Cuantitativa continua	- Años	- Intervalar
Turno laboral	Espacio de tiempo que se destina al trabajo. ³¹	Cualitativa nominal	- Matutino - Vespertino Nocturno "A", "B", Especial - Diurno Especial	- Nominal

Nombre de la variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Indicadores	Nivel de escala de medición
Nivel académico	Categoría, jerarquía académica. ³¹	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermera general - Enfermera general + curso postécnico - Licenciada en enfermería - Lic. en enfermería + Curso postécnico - Especialidad - Maestría 	- Ordinal
Categoría	Clases establecidas en una profesión, carrera o actividad, dentro de una institución. ³¹	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermera general "A" - Enfermera general "B" - Enfermera general "C" - Enfermera especialista "A" - Enfermera especialista "B" - Enfermera especialista "C" - Jefe de servicio 	- Ordinal

3.5 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

3.5.1 DESCRIPCIÓN

Síndrome de Agotamiento Profesional

Para medir el SAP se utilizó el cuestionario de Maslach Inventory Burnout (MBI) en su versión al español, validado en población mexicana el cual consta de 22 ítems, valora 3 dimensiones: cansancio emocional (CE) con 9 ítems, despersonalización (DP) con 5 ítems, realización personal (RP) con 8 ítems. Estas dimensiones tienen seis opciones de respuesta mediante una escala tipo likert. El índice de deterioro está estimado en cinco niveles ascendentes de cero a seis, siendo el seis el de mayor afectación en el síndrome. (Ver Anexo 2)

Cédula datos sociodemográficos

Se aplicó una cédula de datos sociodemográficos y laborales, que contenía 14 preguntas cerradas las cuales fueron tomadas de la literatura, algunos autores sugieren que se han visto más relacionados con la presencia SAP. Los datos fueron edad, sexo, estado civil, si tenían hijos, la escolaridad, escuela de procedencia, turno laboral, tiempo de ejercer enfermería, tiempo de antigüedad en la institución y servicio, categoría, tipo de contrato, y si tenían otro empleo.

Instrumento de Satisfacción del paciente (ISP)

Para medir la satisfacción del paciente SP se elaboró un instrumento siguiendo el siguiente proceso:

1) Revisión de la literatura respecto al tema; no se encontraron instrumentos que midieran la satisfacción del paciente de la UCI. Los que se encontraron se enfocaban a primer nivel de atención,⁷¹ servicios de hospitalización,^{67, 71} o pacientes externos.⁶⁷ Por lo que se procedió a diseñar un instrumento.

2) A partir de la revisión bibliográfica se identificaron los conceptos clave y los dominios que componen la satisfacción del paciente; se detectaron 12, posteriormente se busco la definición conceptual de cada uno, en las cuales se observó que algunos repetían su significado y medían lo mismo, (afable, atenta, complacencia, empatía), por lo que se decidió tomar solo 4 conceptos: amabilidad, comprensión, comunicación y desempeño profesional.

3) El siguiente paso fue la construcción de la escala para medir la satisfacción a partir de los conceptos elaborando enunciados de cada uno; para la medición se estructuró una escala de likert que va desde siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca, nunca. Se les otorgó un valor de 0 a nunca y hasta siempre 4, y se agregaron 4 preguntas abiertas, con la finalidad de conocer como se sentía en términos generales con la atención que recibió, si recomendaría el servicio, que mencionará aspectos que le hayan gustado y disgustado de las enfermeras, para la primera versión del instrumento.⁷²

<i>Concepto</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Definición Operacional</i>
SATISFACCIÓN DEL PACIENTE	AMABILIDAD	Es la percepción del paciente, con respecto al trato brindado por las enfermeras.
	COMPRENSIÓN	Es la apreciación del paciente con referente a la actitud de la enfermera.
	COMUNICACIÓN	Es la evaluación del lenguaje que utiliza la enfermera para comunicarse con el paciente.
	DESEMPEÑO PROFESIONAL	Es el proceso que evalúa la atención profesional de la enfermera.

4) Validación de contenido. La primera versión del instrumento fue revisado por tres expertos en el área, a quienes se les solicitó que actuaran como

jueces para el proceso de validez de contenido a través (técnica de Delfos)⁷³ del instrumento dirigido a valorar la satisfacción del paciente respecto a la atención de enfermería otorgada en dos Unidades de Cuidados Intensivos. En la solicitud se mencionó a los expertos que dicho instrumento formaba parte un proyecto de tesis, de la Maestría en Enfermería. También se les dio a 2 pacientes que cubrían los criterios de inclusión del estudio, para verificar la claridad de las preguntas. Las observaciones que hicieron fueron en general, que se cambiarán y rephrasearan algunas preguntas, y que se modificará el formato de las respuestas.

Posteriormente se hicieron las modificaciones sugeridas tanto por los expertos como por los pacientes.

Panel de expertos

Nombre		Cargo	Institución
Mtra. María Elena Yarza Solórzano	Directora de Enfermería	Hospital Ángeles del Pedregal	
L.E. Carmen Dávila	Coordinadora de Enseñanza	Hospital Ángeles del Pedregal	
E.C.I. Elsy Guadalupe Vega Morales	Jefa de la Terapia Intensiva	Hospital O'Horán de Mérida, Yucatán	

5) Integración de la versión final del instrumento

Quedó integrado con 24 preguntas, 6 por cada dominio, las cuales están estructuradas 3 en sentido favorable y 3 en sentido desfavorable, cada quién con su duplax en cuanto a la satisfacción de la atención recibida. (Ver anexo 3) Los puntajes que se otorgaron para obtener los niveles de bajo, regular y alto y el puntaje global, fueron teóricos, se sumaron los de las 4 dimensiones. (Ver cuadro 1)

Nivel	Amabilidad	Comprensión	Comunicación	Desempeño profesional	Satisfacción total
Bajo	1 a 8	1 a 8	1 a 8	1 a 8	1 a 32
Regular	9 a 16	9 a 16	9 a 16	9 a 16	33 a 64
Alto	17 a 24	17 a 24	17 a 24	17 a 24	65 a 96

3.5.2 CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

Síndrome de Agotamiento Profesional

Se realizó un análisis de confiabilidad para verificar la consistencia del instrumento y subescalas que lo integran, el valor de alpha de Chronbach global fue de .66, para la subescala de CE.76, DP .54, y para RP .71.

La validez de constructo del instrumento Maslach Burnout Inventory original (MBIo) se realizó mediante un análisis factorial para detectar los factores principales; en el cual se observó que hubo 5 ítems que no aportaban a lo que se pretendía medir, por lo que se decidió quitarlos, en el cansancio emocional se eliminó el ítem 14, en la despersonalización se eliminó el ítem 5 y 15, en la realización personal se quitaron los ítems 4 y 21, finalmente el instrumento de Maslach burnout Inventory modificado (MBIm) quedó con 17 ítems. Posteriormente se volvió a realizar un análisis de confiabilidad el cual mejoró considerablemente con alpha de Chronbach global de .69, por subescala .82 para CE, .63 DP, y para RP .70.

Los puntajes del SAP se obtuvieron mediante el procedimiento sugerido por Maslach,⁷⁴ en el cual se estiman terciles en la población estudiada, para obtener los puntajes de bajo, moderado y alto por subescala, cabe mencionar que la baja realización personal contribuye al riesgo de presentar el SAP, para el puntaje global se realizó la siguiente ecuación $(CE + DP) - RP$.⁷⁵ Posteriormente se tabularon puntajes por cada subescala y el general. (Ver cuadro 2)

Cuadro 2. Puntos de cohorte del SAP

Dimensiones	Bajo	Moderado	Alto
Cansancio emocional	≤ 4	5 - 14	≥ 15
Despersonalización	≤ 0	2 - 6	≥ 7
Realización personal	≤ 32	33 - 35	≥ 36
Síndrome de agotamiento profesional	≤ - 30	-27 a -5	≥ -4

Satisfacción del paciente

Se realizó un análisis de confiabilidad para verificar la consistencia interna global del instrumento y de sus subescalas, los valores de alpha de Chronbach, fueron del total .92, para amabilidad. 73, comprensión .86, comunicación .52, y para desempeño profesional .92.

3.6 PROCEDIMIENTOS

3.6.1 PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Consideraciones éticas

Los instrumentos se apegaron a lo dispuesto por la Ley General de Salud en el artículo 96 apartado I los cuales incluyen preguntas que no ocasionan daño psicológico, tanto para las enfermeras como para los pacientes.⁷⁶

Los cuestionarios se entregaron a las enfermeras en un sobre cerrado sin identificación, para que las participantes contestaran de manera libre y este fue manejado de forma confidencial. Se solicitó un consentimiento informado por escrito. (Ver anexo 5, 6) Así mismo, el protocolo de investigación fue revisado y dictaminado favorablemente por el INER. (Ver anexo 7)

Prueba piloto

La cédula de datos sociodemográficos y el MBI se aplicaron a 30 enfermeras del servicio de urgencias, las cuales contaban con características similares a la población de estudio, el cuestionario se entregó en un sobre cerrado a cada enfermera en su respectivo turno, se hizo énfasis en que era un cuestionario anónimo, y se solicitó un consentimiento informado para que autorizaran participar en el estudio de manera libre y voluntaria. Se probó el sistema de aplicación y el tiempo para responder los instrumentos, no se hicieron modificaciones al instrumento, después de la prueba piloto. Se realizó un análisis de los resultados que se obtuvieron de los cuestionarios.

El Instrumento de Satisfacción del Paciente (ISP) se aplicó a 18 pacientes que fueron atendidos en el servicio de urgencias, a los cuales se evaluó el estado de conciencia mediante 3 preguntas que permitieron detectarla. Se solicitó un consentimiento informado, para que autorizaran participar en el estudio de manera voluntaria.

Se probó la claridad de las instrucciones del cuestionario, y se detectaron algunas duplax de preguntas con problemas para ser contestadas con su par, por lo que se rephrasearon y agregaron 2 preguntas abiertas las cuales se enfocaban a preguntar en que turno le habían tratado mejor y en que turno no lo habían hecho.

Desarrollo Operativo

La cédula de datos sociodemográficos, laborales y el cuestionario de MBI se aplicó al personal de enfermería adscrito a la UCI y UTI, durante su jornada laboral, se entregaron en un sobre cerrado a cada enfermera, se hizo énfasis en que el cuestionario era anónimo y se solicitó un consentimiento informado para que autorizarán participar en el estudio de manera libre y voluntaria, se dio un tiempo para contestarlo. La estrategia para guardar la confidencialidad, y anonimato de los datos en virtud de que la investigadora

principal conoce a las participantes, una persona ajena a la investigación manejó y guardó los consentimientos informados, de tal forma que no se pudieran relacionar los datos con los participantes, cabe señalar que la investigadora está adscrita a la UTI.

El instrumento de ISP, se aplicó a los pacientes a las 72 hr que egresaron del servicio de UCI y UTI, en el clínico que se encontraban al medio día, la investigadora vestía de civil para evitar sesgos en las respuestas de los pacientes, se evaluó su estado de conciencia mediante preguntas que permitieron evaluar tiempo, lugar y espacio, una vez confirmado el nivel de conciencia se valoraba si recordaba su experiencia en la UCI y UTI, posteriormente se explicaba la importancia del estudio, y se solicitaba un consentimiento informado para que autorizarán participar en el estudio.

3.6.2 PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 15 para Windows, se utilizó estadística descriptiva para describir las variables sociodemográficas, laborales y académicas, en la estadística inferencial se utilizaron la prueba de χ^2 y Fisher para analizar la asociación que existe entre el SAP y las variables laborales y académicas, posteriormente se realizó una regresión logística para determinar que variables intervienen para la presentar SAP.

IV. RESULTADOS

4.1 DESCRIPCIÓN

Caracterización de la población estudiada

Muestra

Se conformaron 2 muestras una de enfermeras y la otra de pacientes.

66 enfermeras las cuales 35 adscritas a la UCI y 31 a la UTI de los diferentes turnos.

➤ Características sociodemográficas

La *edad* promedio de las enfermeras fue de 35 años, con una desviación estándar (DE) 7.9, se agrupó en intervalos decenales, cabe señalar que una tercera parte esta en el rango de 21 a 40 años, otra tercera parte oscila en el rango de edad de 31 a 50 años, El 86.4% correspondió al sexo femenino y el 13.6% al masculino, en cuanto al *estado civil* el 45.4% son casadas y un 43.9% solteras, el 25.8% tiene 2 hijos y un 22.7% no tiene hijos.

➤ Características laborales

Con respecto a las enfermeras de los diferentes *turnos*, se encontró que el 43.9% corresponden al nocturno, cabe mencionar que se agruparon las 3 veladas "A", "B" y especial, el 21.2% al especial diurno (fin de semana y festivos), el 18.2% matutino y con el 16.7% al vespertino.

En cuanto a los *años de ejercer enfermería*, el promedio fue de 12.8, (DE 9.07), se encontró que el 43.9% tiene de 1 A 10 años, seguido por el 31.8% de 11 a 20 años. Con respecto a la *antigüedad en la institución* el 47% tiene de 1 a 10 años, el 27.3% de 11 a 20. En la *antigüedad en el servicio* se observó que la mayoría tiene de 1 a 5 años. El 74.2% son enfermeras de base y el 25.8% tiene contrato interino.

En la *categoría laboral* el porcentaje más alto son enfermeras generales "A" (nivel técnico), con un 48%, el 23% enfermeras técnicas especialistas, un 20% enfermeras generales "C" (nivel de licenciatura), el 9% enfermeras jefes de servicio. (Ver cuadro 3)

Cuadro 3. Categoría laboral de las enfermeras UCI y UTI. INER 2009

Categoría laboral	No.	%
Enfermera general "A"	32	48
Enfermera general "C"	13	20
Enfermera especialista "A"	15	23
Enfermera jefe de servicio	6	9
Total	66	100

➤ Satisfacción en el trabajo

En una escala que va de muy satisfecha a nada satisfecha las enfermeras respondieron lo siguiente: el 60.6% refirió estar muy satisfecha con su trabajo, el 36.4% satisfecha, y el 3% mencionó estar algo satisfecha.

➤ Características académicas

En el *nivel académico*, destaca que la mayoría de las enfermeras (48.5%) tienen estudios de nivel técnico, y sólo el 16.7% tienen especialidad (Ver cuadro 4). En lo relativo a la escuela de procedencia llama la atención que el 58. % son de la E.N.E.O. y el otro 42% de 10 escuelas distintas, las más citadas fueron F.E.S. Iztacala, Instituto Marillac y Cetis, entre otras.

Cuadro 4. Nivel académico de las enfermeras UCI y UTI. INER 2009

Nivel académico	No.	%
Técnicas	32	48.5
Licenciadas	23	34.8
Especialistas	11	16.7
Total	66	100.0

En lo que se refiere a la *especialidad* de las enfermeras la mayor proporción no tiene con 57.6%, del 42.4% que tienen curso postécnico o especialidad, el 18.2% son intensivistas, el 10.6% enfermeras neumólogas, y el 3% tiene dos especialidades (Ver cuadro 5).

Especialidad	No.	%
Sin especialidad	38	57.6
Cuidados intensivos	12	18.2
Neumología	7	10.6
Cardiología	1	1.5
Otras especialidades	3	4.5
Dos especialidades	2	3.0
No contestó	3	4.5
Total	66	100.0

➤ Prevalencia del Síndrome de Agotamiento Profesional

La prevalencia del SAP total corresponde al nivel moderado con el 56.1%, los porcentajes para los niveles altos por escala fueron Cansancio Emocional el 15.2%, Despersonalización el 12.1%, y 37.9% Realización Personal Baja (Ver cuadro 6). Destaca que la mitad de las enfermeras 50.0%, tiene niveles moderados de cansancio emocional, no tiene despersonalización, pero sólo una tercera parte manifiesta realización personal.

**Cuadro 6. Prevalencia del Síndrome de Agotamiento Profesional en las enfermeras.
UCI y UTI INER 2009**

Niveles	Cansancio emocional		Despersonalización		Realización personal		Síndrome de Agotamiento Profesional	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bajo	23	34.8	35	53.0	21	31.8	23	34.8
Moderado	33	50.0	23	34.8	20	30.3	37	56.1
Alto	10	15.2	8	12.1	25	37.9	6	9.1
Total	66	100.0	66	100.0	66	100.0	66	100.0

La distribución por edad el mayor porcentaje fue bajo en el grupo de 21 a 30 años, en el de 41 y más años el 41% fue moderado (Ver cuadro 9). En cuanto al estado civil se observaron distribuciones de, las solteras y las casadas presentaron niveles moderados, (ver cuadro 10) con referente al número de hijos, el 56% de las que no tienen hijos presentaron niveles moderados del SB.

**Cuadro 9. Prevalencia del Síndrome de Agotamiento Profesional en las enfermeras por grupo de edad.
UCI y UTI INER 2009**

Grupo de edad	Nivel del SAP							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
21 - 30 años	8	34.8	9	24.4	2	33.3	19	28.8
31 - 40 años	8	34.8	13	35.1	2	33.3	23	34.9
41 y más años	7	30.4	15	40.5	2	33.3	24	36.3
Total	23	100	37	100	6	100	66	100

Cuadro 10. Prevalencia del Síndrome de Agotamiento Profesional en las enfermeras por estado civil UCI y UTI INER 2009

Estado civil	Nivel del SAP							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Soltera	10	43	18	49	1	17	29	44
Casada	10	43	17	46	3	50	30	45
Separada	3	13	2	5	2	33	7	11
Total	23	100	37	100	6	100	66	100

Con respecto al *turno* de las enfermeras el porcentaje más alto en niveles moderados fue el especial diurno con un 30%, cabe mencionar que los turnos nocturnos presentaron niveles bajos con el 70%. En lo que se refiere al *tiempo de ejercer enfermería* el grupo de 11 a 20 años presentaron niveles moderados con el 38%, en el nivel bajo el mayor porcentaje cae en el grupo de 1 a 10 años con el 64% (Ver cuadro 11). En cuanto a la *categoría laboral* con el 46% de las enfermeras generales “A” tienen niveles moderados del SAP. En el tipo de contrato con la institución el 81% del personal de base presenta niveles moderados.

Cuadro 11. Prevalencia del Síndrome de Agotamiento Profesional en las enfermeras por antigüedad en la profesión. UCI y UTI INER 2009

Tiempo de ejercer enfermería	Nivel del SB							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1 - 10 años	14	64	13	35	2	33	29	45
11 - 20 años	6	27	14	38	1	17	21	32
21 - 30 años	2	9	8	22	3	50	13	20
Más de 30 años	0	0	2	5	0	0	2	3
Total	22	100	37	100	6	100	65	100

En lo que se refiere al nivel académico el 67% de las enfermeras de nivel técnico presentaron niveles altos de SAP (Ver cuadro 12).

Cuadro 12. Prevalencia del Síndrome de Agotamiento Profesional en las enfermeras por nivel académico. UCI y UTI INER 2009

Nivel del SB								
Nivel Académico	Bajo		Medio		Alto		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Técnico	9	39	19	51	4	67	29	44
Licenciatura	9	39	12	32	2	33	30	45
Licenciatura + especialidad	5	22	6	16	0	0	7	11
Total	23	100	37	100	6	100	66	100

Estadística Inferencial

Se aplicaron las pruebas de Fisher y X² para valorar la asociación entre el SAP y las variables sociodemográficas como edad y estado civil y no se encontró significancia estadística, con respecto a las variables laborales se encontró que el turno, el tiempo de ejercer enfermería, la antigüedad institucional y la satisfacción, tienen relación con la presencia del SAP (Ver cuadro 13), cabe señalar que no se encontró significancia en la escolaridad y la categoría laboral.

Cuadro 13. Variables laborales asociadas al Síndrome de Agotamiento Profesional en enfermeras de la UCI y UTI INER 2009

Variables	Síndrome de Agotamiento Profesional		Significancia
	Si	No	
Características Personales			
<i>Edad</i>			
21 - 30 años	11	8	ns
31 - 40 años	15	8	ns
41 y más años	17	7	ns
<i>Estado Civil</i>			
Soltera	19	10	ns
Casada	20	10	ns
Separada	4	3	ns
Características académicas			
<i>Escolaridad</i>			
Técnico	23	9	ns
Licenciada	14	9	ns
Licenciada / Especialidad	6	5	ns
Características laborales			
<i>Turno</i>			
Matutino	11	1	** 0.3127
Vespertino	6	5	**0.3545
Nocturno	13	16	**0.005
Especial Diurno	13	1	**0.00237
<i>Tiempo de ejercer enfermería</i>			
0 a 10 años	15	14	*0.005
11 a 30 años	28	8	*0.005
<i>Antigüedad institucional</i>			
0 a 10 años	16	15	**0.001
11 a 30 años	22	5	**0.001
<i>Satisfacción laboral</i>	19	4	**0.005
No. 66 enfermeras			
* X ²			
** Fisher ¹			

Regresión logística

Se realizó una regresión logística para determinar que variables intervienen para que se presente el SAP, primero se transformó la variable dicotómica se asignó bajo = 0, alto = 1, se agrupó bajo-moderado, para probarlo contra el alto y posteriormente se agrupó alto-moderado contra el bajo y fue el que discrimino mejor, se probó el MBlo y el MBIm, en el cual se observó que el MBIm discriminó mejor, se incorporaron al modelo como variables independientes la edad, sexo, escolaridad, años de ejercer enfermería, años de antigüedad institucional, servicio, turno, categoría laboral, tipo de contrato, así como la satisfacción en el trabajo, los resultados se muestran en el cuadro 14.

Cuadro 14. Regresión logística del SAP en las enfermeras UCI y UTI INER 2009

VARIABLE	SIGNIFICANCIA	EXP (B) OR	IC 95%	
			Inferior	Superior
Antigüedad institucional	0.049	1.393	1.001	1.938
Satisfacción laboral	0.024	0.162	0.33	0.79

También se probó con la dimensión de cansancio emocional siguiendo el mismo procedimiento, primero se transformó la variable dicotómica se asignó bajo = 0, alto = 1, se agrupó bajo-moderado, para probarlo contra el alto y posteriormente se agrupó alto-moderado contra el bajo y fue el que discrimino mejor, se contemplaron las mismas variables independientes, la variable que tuvo significancia fue años de antigüedad institucional con el .029.

Muestra pacientes

Participaron 30 pacientes que fueron atendidos en los servicios de UCI (20) y UTI (10) sus características sociodemográficas fueron las siguientes: con respecto al grupo de edad el 53% cae en el grupo 21 a 39 años, el promedio de edad fue de 39.8 años. (Ver cuadro 15) La mayoría fue del sexo masculino con el 63.3%, y el 36.7% femenino, en la escolaridad el 46.7% tienen nivel básico (primaria y secundaria), el 23.3% nivel medio, otro 23.3% nivel licenciatura, el 3.3% son analfabetas y otro 3.3% cuenta con nivel de maestría. En cuanto a la ocupación una tercera parte son comerciantes, el 13.3% son amas de casa, el 16.7% son empleados, un 33.3% tienen diferentes ocupaciones.

Cuadro 15. Distribución de los pacientes según grupos de edad. UCI y UTI INER 2010

Grupos de edad	No.	%
21-39	16	53
40 -49	6	20
≥ 50	8	27
Total	30	100

En lo relativo al diagnóstico médico el 73.4% corresponde a neumonía, en los días estancia se observó que el 46.7% duró de 11 a 20 días, con un promedio de 13 días estancia.

En lo que se refiere a la satisfacción de la atención del cuidado que recibió se encontró que el 53.3% estaba muy satisfecho, el 36.7% satisfecho, un 6.7% mencionó estar regularmente satisfecho y el 3.3% poco satisfecho. En cuanto si recomendaría el servicio el 100% mencionó que sí.

La satisfacción del paciente total fue baja con el 40%, por dimensiones, en amabilidad el 83% muy satisfecho, en comprensión el 43% muy satisfecho,

en comunicación el 50% muy satisfecho, en desempeño profesional el 77% muy satisfecho (Ver cuadro 16).

Cuadro 16. Satisfacción de los pacientes por dimensiones. UCI y UTI INER 2010

Niveles de satisfacción	Amabilidad		Comprensión		Comunicación		Desempeño profesional		Satisfacción del paciente	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Poco satisfecho	5	17	11	37	10	33	2	7	12	40
Regularmente satisfecho	0	0	6	20	5	17	5	17	9	30
Muy satisfecho	25	83	13	43	15	50	23	77	9	30
Total	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100

Satisfacción del paciente y sus características sociodemográficas

Con relación al grupo de edad el que está más satisfecho con la atención del cuidado de enfermería fue el de 20 a 39 años, con un 54% (Ver cuadro 17).

Cuadro 17. Prevalencia del Satisfacción de los pacientes por grupo de edad. UCI y UTI INER 2010

Grupo de edad	Nivel de SP				Total	
	Medio		Alto		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
20 -39	1	50	15	54	16	53
40 – 49 años	0	0	6	21	6	20
Más de 50 años	1	50	7	25	8	27
Total	2	100	28	100	30	100

Se aplicó la prueba X^2 para ver si la satisfacción del paciente estaba asociada con el nivel de escolaridad, se encontró una diferencia significativa ($p < 0.001$).

Se preguntó adicionalmente a los pacientes que dijeran que turno les había agradado como los trato y el 23% contestó que el turno matutino y el 20% vespertino y que mencionarán que turno no les había agradado como los atendió y el 40% refirió que el turno nocturno.

V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la muestra estudiada la prevalencia del nivel alto del SAP en la escala total fue del (9.1%), por dimensión CE (15.2%), DP (12.1%), y RPB (37.9%), cabe destacar que este grupo alto alcanza los puntajes por baja realización personal, sin embargo el porcentaje mayor en la escala total fue, moderado (56.1%), por dimensión en CE moderado (50%), en DP bajo (53%), y en RPB (37.9%), este grupo se caracteriza por tener CE. En México no existen estudios que evalúen la prevalencia del SAP en enfermeras de UCI, por lo que no es posible comparar los resultados. Por otro lado los autores no reportan la prevalencia total, sólo por dimensión, lo cual es una limitante adicional para hacer comparaciones. Las características (edad, años de ejercer enfermería) de la muestra son semejantes a las del estudio de Solano y cols., y los hallazgos que el encontró no coinciden con este estudio el porcentaje mayoritario por dimensión fue en CE bajo (56.6%), en DP moderado (42.2%), y en RPB (59.9%).¹⁰ Cabe señalar que otros estudios han encontrado niveles altos en las dimensiones de CE y DP, y RPB, como el de Ríos y cols. El porcentaje mayoritario por dimensión fue en CE alto (54.8%), en DP moderado (47.6%), y en RPB (40.4%), estos resultados son similares a los reportados por otros autores.^{42, 44} Este resultado puede atribuirse a condiciones del trabajo (carga de trabajo, horario de trabajo, falta de recursos materiales), así como los estilos de gestión y supervisión, tal como lo propone Gershon en su modelo teórico de calidad de vida laboral, sin embargo es difícil asociar estos resultados porque no se han explorado estas condiciones, lo cual se identifica como una limitante de los resultados que se aportan.

En las enfermeras estudiadas la edad promedio fue de 35 años, no se encontró asociación significativa entre el SAP y la edad coincidiendo con el estudio de Frade^{42, 44} Otro autor reporto en su estudio asociación entre la edad y el SAP, en enfermeras mayores de 37 años.¹⁰ Al respecto Ibañez y cols. Encontraron asociación del SAP en personal más joven de 31.5 años,⁷⁷ cabe señalar que no se ha demostrado de manera consistente que un grupo de edad específico se asocie en la aparición del SAP. Por otro

lado se ha asociado a los años de ejercer enfermería, el promedio en esta muestra fue de 12.8 años, el grupo con más de 11 años se relacionó a nivel moderado del SAP, con una significancia ($p < 0.005$), este resultado coincide en investigaciones previas, en los que los autores han mencionado que después de 10 años de ejercicio profesional puede existir un periodo de sensibilización a partir del cual la persona es específicamente vulnerable, tras este periodo se ha producido ya la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, viéndose que tanto las recompensas personales, profesionales y las económicas no son ni las prometidas ni las esperadas.

Con respecto al nivel académico el 67% corresponden al técnico y presentaron nivel alto del SAP, el 48.5% de las enfermeras no tienen especialidad, este hallazgo no pudo compararse con el de otros estudios, ya que no abordaron este aspecto.^{10 41} De la misma manera la comparación con otros autores, como en España que han explorado la asociación entre nivel académico y SAP, tampoco fue posible porque la trayectoria escolar es muy diferente.^{42 43} Específicamente en México no se ha estudiado esta asociación. Considero que es importante estudiarla debido a que algunos autores plantean que el nivel académico está asociado al SAP, refieren que esto está vinculado con la falta de autonomía, el rol no definido y poco reconocimiento de los pacientes y compañeros de trabajo.⁴² Por otro lado se ha documentado que el nivel académico influye para brindar atención de calidad al paciente incluso en la mortalidad, al respecto Aiken et al., encontraron relación significativa en el grado académico y la mortalidad de los pacientes, a mayor preparación de las enfermeras, disminución de la mortalidad en un 5%. Existe escasa evidencia que muestre la asociación del nivel académico con el SAP y la calidad de atención, por lo que es importante documentar dicha relación.⁷⁸

Por otro lado las variables laborales que se asociaron al SAP fueron el turno nocturno ($p < 0.005$), este hallazgo fue similar al de Solano y cols. Quienes argumentan que esta asociación se relaciona con las características de la atención de las enfermeras del turno, debido a que

tienen menor comunicación con los pacientes, porque están dormidos, disminuye la administración de cuidados ocasionándoles una disminución de la sensibilidad hacia sus pacientes.¹⁰ En este sentido Solano y cols. Ubican el turno nocturno como un factor de riesgo para el SAP. Por otro lado algunos autores han relacionado el turno nocturno con la calidad de vida de las enfermeras, y han documentado que existen alteraciones en el apetito, insomnio e interrupciones del sueño, así como en el bienestar físico y psicológico,⁷⁹ esto puede ser un factor importante para desarrollar SAP.

Otra variable que se asoció al SAP fue la *Satisfacción laboral* ($p < 0.005$), este dato coincide con algunos autores,^{20, 42} Aiken et al. En su estudio encontraron asociación en el SAP y la satisfacción laboral,¹ esto lo relacionaron al número de pacientes asignados por enfermera, por cada paciente adicional aumentó el SAP y la Insatisfacción laboral, por otro lado algunos autores han documentado que la insatisfacción se asocia a la sobrecarga de trabajo y a las condiciones laborales inadecuadas.^{8, 80} En ese mismo sentido se han realizado estudios de intervención para mejorar las competencias en el trabajo, y medir la satisfacción laboral en las enfermeras, como el realizado por Boström en el cual demostró que después de la intervención empírica había aumentado la satisfacción y los sentimientos de competencias de enfermeras de cuidados críticos.⁸¹ Este aspecto es importante ya que demuestra el impacto de las intervenciones a nivel educativo para aumentar la satisfacción, disminuir los niveles de SAP, mejorar la calidad de vida de las enfermeras, y lograr brindar una atención de calidad y seguridad al paciente y por ende aumentar su satisfacción.

En este estudio no se encontró asociación entre el SAP y algunas variables sociodemográficas (estado civil, número de hijos) este hallazgo coincide con otras investigaciones,^{10, 42} pero cabe señalar que otros autores han encontrado asociación entre algunas variables y las dimensiones específicas de la escala total, como CE con el no tener hijos,^{43, 44} el estado civil los (no casados) tienen mayor RP y menos riesgo de presentar SAP,⁷⁷ en ese mismo sentido Albadejo en población diferente encontró que los casados tienen mayor CE.²⁰

Con respecto a la satisfacción del paciente cabe señalar que existen escasos estudios que evalúen su satisfacción en la unidad de cuidados intensivos, así como la gran variabilidad de los instrumentos utilizados, por lo que es difícil comparar los hallazgos encontrados en este estudio.

En el análisis de la relación entre la satisfacción del paciente y las variables sociodemográficas no se encontraron asociaciones significativas, el promedio de edad de los pacientes fue de 39.8 años, la mayoría cae en el grupo de 21 a 39 años, este dato no coincide con lo encontrado en la bibliografía ya que reportan edad de 49 años,^{62, 63} otros estudios mencionan edad de 54.3 años⁶⁴ y 58.8 años.

En este estudio el 63.3% fueron hombres este dato es similar con la población estudiada en otros estudios, por otro lado González y cols., reportaron mayor porcentaje en mujeres 59.3% y encontraron que era un factor determinante para la satisfacción.

En la escolaridad el 46.7% tuvieron nivel básico (primaria y secundaria), y se encontró significancia estadística ($p < 0.001$), este hallazgo es semejante al reportado en otros estudios.^{38, 63, 64} por otro lado González, y cols. En su estudio reportaron que el nivel de estudios superior se asoció a la insatisfacción de la atención.

Con respecto a la satisfacción de la atención que recibieron por parte de las enfermeras el 53.3% refirió estar muy satisfecho, este hallazgo no puede ser comparado con el estudio realizado en UCI por Regaira y cols. Debido a que utilizaron otro tipo de instrumento, ni puede ser comparable con otros estudios en otros contextos por el tipo de instrumento que utilizan, ya que miden expectativas y percepciones,^{38, 62} y en este estudio solo se midieron percepciones.

En la muestra estudiada la prevalencia del nivel bajo de satisfacción del paciente fue en el total (40%), por dimensión en Amabilidad (17%), en Comprensión (37%), en Comunicación (33%), Desempeño profesional

(7%), en el porcentaje mayor la satisfacción total fue baja (40%), por dimensión en Amabilidad alta (83%), en Comprensión (43%), en Comunicación (50%), Desempeño profesional alta (77%), este hallazgo no puede ser comparado con otros estudios por el tipo de instrumento utilizado, sin embargo la comunicación es un factor que influye para la satisfacción, Pujiula y cols. En su estudio destacan la importancia de mejorar la comunicación, permitiendo a los pacientes expresar más sus opiniones y preocupaciones.⁵⁶ Es importante documentar la importancia de la comunicación enfermera-paciente para la satisfacción del cuidado principalmente en la UCI, debido a las características de estos pacientes, estado crítico, la inmovilización física, el monitoreo invasivo y no invasivo, así como la ventilación mecánica, estos aditamentos generan incomodidad, molestia y dolor en el paciente, lo cual son un factor importante para la comunicación enfermera-paciente, sin embargo la enfermera debe permanecer en alerta constante para atender las necesidades físicas y psicológicas al paciente, así como ser empática para establecer una relación terapéutica enfermera-paciente.

Como ya se mencionó, adicionalmente se les pidió a los pacientes que dijeran que turno no les había agradado como los atendieron, el 40% mencionó que el turno nocturno, este hallazgo guarda relación con el SAP en las enfermeras, ya que se encontró asociación significativa en las del turno nocturno, lo que establece una relación entre SAP, turno nocturno y menor calidad en los cuidados de enfermería. De los comentarios que hicieron los pacientes con respecto a las enfermeras del turno nocturno fueron, “En las noches abandonan el lugar, dan el cómodo cuando les da su gana y lo quitan cuando ellas quieren”, “No atienden rápido, ordenan como debemos dormir, amenazaban que me iban amarrar”, “Se vuelven insensibles ante la situación”, “No dejan dormir”, “Algunas son muy secas en el trabajo”.

Con respecto a la asociación del SAP en enfermeras y la SP no se encontró asociación estadística, esto fue por las muestras tan pequeñas y por la poca variabilidad de los resultados en la SP, esta asociación no ha sido estudiada

en áreas de cuidados críticos, en otro contexto Leiter et al.² estudiaron la asociación entre el SAP y la SP de 16 unidades de hospitalización y encontraron asociación estadística. Por otro lado Vahey et al.³ en su estudio de asociación entre el SAP y la SP, encontraron que el CE y RPB en las enfermeras son factores que intervienen en la satisfacción del cuidado de los pacientes y que los entornos del trabajo influyen en el CE de las enfermeras y la SP.

5.2 CONCLUSIONES

La mayor prevalencia del SAP fue para el nivel moderado; sin embargo, un bajo porcentaje presentó nivel alto, si se considera que es personal joven, podría esperarse un incremento importante en el futuro, debido a que se puede contagiar el SAP entre colegas. Con respecto al perfil sociodemográfico no se encontró asociación estadística relacionada al SAP, en cuanto a las variables laborales el turno nocturno presentó asociación con el SAP, recordando que este es un factor de calidad de vida de las enfermeras, otro hallazgo que tuvo relación con el SAP fue la satisfacción laboral, este es un factor que influye para la eficacia, calidad y seguridad de la atención de las enfermeras, algunos autores han documentado dicha asociación sin embargo no se ha establecido como origen o consecuencia del SAP.

La satisfacción del paciente en su mayoría fue buena, sin embargo esto puede estar relacionado con la escolaridad, ya que la mayor parte fue de nivel básico por lo que esto puede influir en la percepción de la calidad del cuidado. Otro factor que influyó fue la etapa de Influenza, en donde los pacientes se movían en una atmósfera de miedo a morir, que tal vez pudo afectar su percepción de la satisfacción. No se encontró asociación estadística entre el SAP y la SP, solo se encontró asociación entre el SAP en las enfermeras del turno nocturno con la insatisfacción del paciente con respecto al cuidado de las enfermeras de ese turno.

Es importante considerar los factores organizacionales y las condiciones del trabajo que pueden influir para que se presente el SAP, como la escasez de personal, la falta de un curso de inducción para el personal de nuevo ingreso, el tipo de contrato que ofrece la Institución es provisional, la población a la que se atiende cada día es más demandante, el surgimiento de nuevas enfermedades como la Influenza A H1N1, estos factores afectan la calidad de atención que se brinda al paciente, recordando que es uno de los objetivos fundamentales de enfermería.

A manera de conclusión el SAP se asocia con resultados negativos para la salud de las enfermeras síntomas somáticos (problemas respiratorios, cardiovasculares y del sistema nervioso), así como la insatisfacción en el trabajo, esto afecta la calidad del cuidado que se brinda al paciente, y tiene un alto impacto en la institución, incremento del ausentismo laboral, disminución de la calidad de vida del personal, disminución de la calidad de atención (aumento en los eventos adversos), e incremento de quejas de los pacientes con respecto a la atención recibida. Esto demanda programas preventivos; a nivel de capacitación para mejorar las competencias y habilidades de las enfermeras y psicosociales para fortalecer las relaciones interpersonales y las estrategias de afrontamiento. Estos programas beneficiarán a la institución ya que disminuirán los niveles de SAP, el ausentismo, mejorará la calidad de vida de las enfermeras, aumentará la calidad de atención y la satisfacción del paciente.

5.3 LIMITACIONES

- No es un estudio longitudinal, por lo que solo estudia asociaciones entre el SAP y variables sociodemográficas y laborales.
- La muestra fue muy pequeña, tanto para las enfermeras como para los pacientes, lo que limitó las exploraciones estadísticas.
- La recolección de datos fue en una etapa atípica, ya que fue en tiempo de la contingencia por influenza A H1 N1.

5.4 RECOMENDACIONES

Para la práctica

- Capacitar a las supervisoras y jefes de servicio de UCI y UTI de todos los turnos con respecto al SAP, y dar a conocer el impacto de las intervenciones de prevención.
- Implementar estrategias de prevención:

Personal de nuevo ingreso; (intervenciones educativas y de capacitación) para mejorar las competencias y habilidades de las enfermeras.

Personal de mediano riesgo; (intervenciones psicosociales) para mejorar las relaciones interpersonales y las habilidades de afrontamiento, para reducir el agotamiento profesional y la satisfacción en el trabajo.

Para la investigación

- Se requieren realizar estudios longitudinales para identificar cuales son los factores etiológicos del SAP.
- Que se realice un estudio cualitativo específicamente en el personal del turno nocturno para valorar los factores que originan SAP y con esto lograr la eficiencia de las enfermeras.
- Que se realicen estudios de satisfacción en el paciente y familiar, en áreas de cuidados críticos, con una muestra más grande.
- Que se realicen estudios cualitativos de satisfacción del paciente, ya que se puede explorar más ampliamente sus percepciones con respecto a la atención recibida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Poncet M, et al. Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;175:698-704.
2. Leiter M HP, Frizzell C. The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Soc. Sci. Med*. 1998;47(10):1611-1617.
3. Vahey D, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse Burnout and Patient Satisfaction. *Medical Care*. 2004;42(2):57-66.
4. Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalsky J, Silber J. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA*. 2002;288(16):23-30.
5. Tourangeau A E et al. Impact of Hospital Nursing. Care on 30- Day Mortality for Acute Medical Patients. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;57(1):32-44.
6. Ourcilleón A, Abarca C, Puentes MV, Rodríguez P. Burnout en profesionales de enfermería de cuidados intensivos. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*. 2007;22(2):83-92.
7. Gershon R et al. Organizational climate and Nurse Health. Outcomes in the United States. A Systematic Review. *Industrial Health*. 2007;45:622-636.
8. De los Ríos J, Barrios P, Ocampo M, Ávila T. Desgaste profesional en personal de enfermería. Aproximaciones para un debate. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2007;45(5):493-502.
9. Winnubs J. Organizational structure ss, and burnout, en W. B. Schaufeli, Maslach C, marek. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. London: Taylor & Francis. 1993):151-162.
10. Solano MC, Hernández P, Vizcaya ME, Reig A. Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enferm Intensiva*. 2002;13(1):9-16.
11. Boada J, et al. El burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y la motivación laboral. *Psicothema*. 2004;16(1):125-131.
12. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública*. 1997;71:293-303.
13. Caballero M A BF, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al burnout en una área de salud. . *Atención primaria*. 2001;5:313-317.
14. Gil Monte P PJ. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. In. Madrid; 1997.
15. Pera R GM. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse (burnout) en profesionales de enfermería. . *Psicología em Estudo*. 2002;7(1):3-10.
16. Grau A SR, García MM. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta sanitaria*. 2005;19(6):463-470.
17. Pera G S-PM. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta sanitaria*. 2002;16(6):480-486.
18. Martínez C, López G. Características del Síndrome de Burnout en un grupo de Enfermeras Mexicanas. *Arch Med Fam*. 2005;7(1):6-9.

19. Golembiewski R MR, Carter D,. Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. Journal of Applied Behavioural Science;19(4):461-481.
20. Albaladejo R VR, Ortega P, Astacio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Rev Esp Salud Pública. 2004;78(4):505-516.
21. Embriaco, et. al. High level of burnout in intensivists. Journal Respiratory Critical Care Medicine. 2007;175:686-692.
22. De los Ríos J L BP, Ocampo M, Ávila T L. Desgaste profesional en profesional de enfermería. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007;45(5):493-502.
23. Garcés de los Fayos E. Capítulo 1. Definición de burnout. In: Tesis sobre el burnout; 2003.
24. Maslach C, Jackson S. The measurement of experience burnout. Journal of occupational behaviour. 1981;2:99-113.
25. Maslach C. Understanding Burnout definitional insuesin analyzing a complex phenomenon. Paine: Job, stress and burnout. Beverly Hills: Sage. 1982).
26. Kane P. Stress causing psychosomatic illnes among nurses. Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine. 2009;13(1):28-32.
27. Miró E, et al. Relación entre el burnout o síndrome de quemarse por el trabajo: la tensión laboral y las características del sueño. Psicothema. 2007;19(3):388-394.
28. Ortega C Suárez M. Manual de evaluación del servicio de Calidad en Enfermería. 1ª ed. México; 2006.
29. Mompant M P. La calidad en la atención a la salud y los cuidados enfermeros.
<http://www.enfermería21.com/Generalitats/ficheros/verfichero.php>.
30. Comisión Interinstitucional de Enfermería.
www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/index.php.
31. Khon L cpMM. Acontecimientos adversos en Medicina Intensiva. Gestionando el riesgo. Rev Med Intensiva. 2006;30(6):284-292.
32. La OMS lanza "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" a fin de salvar vidas y evitar daños.
<http://www.int/mediacentre/news/relases/2007/pr/es/index.html>.
33. Organización Panamericana de la salud. Por la seguridad del paciente. . http://www.paho.org/spanish/DD/PIN/ahora03_nov04.htm.
34. Urroz O citado por Gutiérrez. Seguridad del paciente: conceptos y antecedentes. . Revista CONAMED. Abril-Junio2007; 12(2).
35. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: Seguridad del paciente. Informe de la Secretaría. Consejo consultivo. 109ª reunión, 5 de diciembre de 2001. ED. 109-9, Ginebra.).
36. Estudio IBEAS-Seguridad del paciente. On line. Disponible en: [www.seguridad del paciente.es/contenidos/castellano/IBEAS.pdf](http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/IBEAS.pdf)).
37. Espinoza J CA. Manual de Calidad en el servicio, Secretaría de Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
www.salud.gob.mx/dirgrss/doctosFuente/man_cali_serv.pdf).
38. Regaira E Sola M, Goñi R, Del Barrio M, Margall MA, Asiain MC. La calidad asistencial en cuidados intensivos evaluada por los pacientes mediante la escala SERVQUAL. Enferm intensiva. 2010;21(1):3-10.

39. Puialto M J, et al. Prevalencia del Síndrome del Quemado y estudio de factores relacionados en las enfermeras del CHUVI (Complejo Universitario de Vigo). *Enfermería global*. 2006;8(1):1-18.
40. Leiter M GS, Martínez B. A two process model of burnout: Their relevance to spanish and canadian nurses. *Psychology in Spain*. 2008;12(1):37-45.
41. Díaz J. Síndrome del quemado en profesionales de enfermería en un hospital monográfico para pacientes cardíacos Nure investigación. 2005;18.
42. Frade MJ VR, Zaragoza I, Viñas S, Antúnez E, Álvarez S, Malpartida P. Síndrome de burnout en distintas unidades de cuidados intensivos. *Enferm intensiva*. 2009;20(4):131-140.
43. Ríos MI, et al. Estudio comparativo del burnout en personal de unidad de cuidados intensivos y urgencias. *Enferm intensiva*. 2008;19(1):2-13.
44. Ríos MI, Peñalvier F, Godoy C. Burnout y salud percibida en profesionales de cuidados intensivos. *Enferm intensiva*. 2008; 19(4):169-178.
45. Encinas CA, Reyes JM, Gómez KA, Dos Santos L. El síndrome de burnout en personal médico y de enfermería del hospital de la localidad de San Luis del Palmar, corrientes, Argentina. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. 2007;174:5-11.
46. Parada ME, et al. Satisfacción laboral y síndrome de burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA), Mérida, Venezuela, 2005. *Rev. Facultad Nacional de Salud Pública*. 2005;23(1):33-45.
47. Tuesca R, Iguarán M, Suárez M, Vargas G, D. V. Síndrome de desgaste profesional en enfermeras/os del área metropolitana de Barranquilla. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)*. 2006;22(2):84-91.
48. Aiken L, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Int J Qual Health Care*. 2002;14(1):5-13.
49. De Valle M J HIE, Cadena F, Guillen O, López M, Zuñiga M L. Condiciones laborales y síndrome de burnout. *Desarrollo Científ Enferm*. 2009;17(2):67-71.
50. Martínez López LS. Características del síndrome de burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Archivos en Medicina Familiar*. 2005;7(1):6-9.
51. Palmer Y, Prince R, Searcyl R, Compean B. Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de 2 hospitales mexicanos. *Enfer Clin*. 2007;17(5):262-266.
52. Cabrera L, López P, Salinas S, Ochoa JG, Marín IA, Haro L. Burnout syndrome among mexican hospital nursery staff. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2005;43(1):11-15.
53. Hernández CI JA, Hernández E, Ramírez JA. Burnout y síntomas somáticos cardiovasculares en enfermeras de una institución de salud en el Distrito Federal. *Rev Enferm IMSS*. 2005;13(3):125-131.
54. Ruelas E, Reyes H, Zurita B, Vual L M, Karchmer S. Círculos de calidad como estrategia de un programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica en el Instituto Nacional de Perinatología. *Rev Salud Pública*. 1990;32(2):207-220.
55. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud principales aspectos y logros. www.salud.gob.mx/dirgrss/psct_tr/cncss_conf.pdf.

56. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/campanas/2002-01-25cruzada-nacional.htm).
57. Programa si Calidad. http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/campanas/2001-01-25/cruzada-nacional.htm).
58. Marriner A RJ, Serra C, Verbeek J. Prevención del estrés en los trabajadores de la atención sanitaria. The Cochrane Library. 20082).
59. www.salud.gob.mx/unidades/cie/...indexphp?).
60. Guía de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería 3 indicadores de aplicación hospitalaria. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Comisión Interinstitucional de Enfermería. 2003).
61. Guía de evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería 3 nuevos indicadores para la prevención de infecciones y seguridad del paciente. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Comisión Interinstitucional de Enfermería. 2006).
62. González M Padin S, De Ramón E. Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. *Enferm. Clin.* 2005;15(3):145-155.
63. Cabrero J, Richard M, Reig A. Satisfacción del paciente hospitalizado y recién dado de alta. *Enferm. Clin.* 1995; 5(5):190-198.
64. Pujaila J, et al. La satisfacción de los pacientes durante su período de internación. *Rev Latino -am Enfermagem.* 2006; 15(5).
65. Alves de Paiva S REL. Atención hospitalaria: evaluación de la satisfacción de los pacientes durante su período de internación *Rev. Latino-am Enfermagem.* 2007;9(17):18-26.
66. Andía C M, Pineda M, Martínez C, Saco S. Satisfacción del usuario de los servicios de hospitalización del hospital nacional sur este EsSalud Cusco. *Rev. Situa set 00-feb01;9(17):18-26.*
67. Jiménez MC, et al. Satisfacción del usuario como indicador de calidad. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica.* . 2003;11(2):58-65.
68. García R, et al. Construcción y validación de un cuestionario para valorar la satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria. *Enferm. Clin.* 2001;11(4):146-154.
69. Duarte G, Aguirre A. Enfermera amable, paciente satisfecho. Validación de una nueva escala de la satisfacción de los usuarios. *Enferm. Clin.* 2003;13(1):7-15.
70. Hernández S FC, Baptista P. "Capítulo 7 Diseños de investigación" *Metodología de la Investigación.* Mc Graw-Hill. 3ª edición ed. México; 2003.
71. Ramírez de la Roche O LA, Barragán A, Arce E. Satisfacción del usuario en una unidad de medicina familiar de una institución de seguridad social de la ciudad de México. *Archivos de Medicina Familiar.* 2004;7(1):22-26.
72. Jiménez y V, et al. Satisfacción del usuario como indicador de Calidad. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica.* 2003;11(2):58-65.
73. Castillo A. Técnica Delfos: La opinión de los expertos y su aportación a la toma de decisiones en la educación superior. *Cuaderno de Investigación en la Educación.* 200218).

74. Maslach C, Schaufeli W, Leiter MP. Job burnout. *Ann Rev Psychol.* 2001;52:397-422.
75. Díaz R, Lartigue T, Acosta M. Síndrome de burnout. Desgaste emocional en cirujanos dentistas. *ADM.* 2001;58(2):63-67.
76. M E. Ley General de Salud. México; 2002.
77. Ibañez N, Vilaregut A, Abio A. Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enferm Clin.* 2004;14(3):142-151.
78. Aiken L CS, Cheung R, Sloane D, Silber J. Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. *JAMA.* 2003;290(12):1617-1623.
79. Bonet R, et al. Turno nocturno: un factor de riesgo en la salud y calidad de vida del personal de enfermería. *Enferm Clin.* 2009;19(2):76-82.
80. De los Ríos J L, Barrios P, Ocampo M, Ávila T. Desgaste profesional en personal de enfermería. Aproximaciones para un debate. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2007;45(5):493-502.
81. Boström E. Increased Job Satisfaction After Small Group Reflection on an Intensive Care Unit. *Dimens Crit Care Nurs.* 2007;26(4):163-164.

ANEXOS

(Anexo 1)

PLANTILLA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL INER

NIVEL ACADÉMICO	TURNO					
	M	V	NA	NB	ED	EN
Enfermera General	1	1	2	3	3	1
Enfermera General / Postécnico	2	4	1	1	2	4
Lic. en Enfermería	3	2	2	2		
Lic. en Enfermería / Postécnico			2			
Especialidad	1					
TOTAL	7	7	7	6	5	5

FUENTE: Datos obtenidos de la Jefatura de Enfermería del INER 2008

PLANTILLA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL INER

NIVEL ACADÉMICO	TURNO					
	M	V	NA	NB	ED	EN
Enfermera General	3	1	3	2	3	1
Enfermera General / Postécnico	2	2	2	3	1	4
Lic. en Enfermería	1	3			1	
Lic. en enfermería / Postécnico	1		1			
TOTAL	7	6	6	5	5	5

FUENTE: Datos obtenidos de la Jefatura de Enfermería del INER 2008



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Protocolo: Síndrome de agotamiento profesional en las enfermeras y su relación con la satisfacción del paciente en la unidad de cuidados intensivos e intermedios en un hospital de tercer nivel

Objetivo: Analizar la relación entre el síndrome de agotamiento profesional en las enfermeras y la satisfacción del paciente en la unidad de cuidados intensivos e intermedios. Por lo que agradecemos de antemano sea tan amable de proporcionarnos la siguiente información:

No. de Folio _____

CEDULA DE DATOS GENERALES

Servicio _____ Turno _____

1. Datos Sociodemográficos

Edad _____ Sexo _____

Marque con una **X** su condición

Estado civil:	No. de Hijos _____
Soltera _____	Edad de Hijos
Casada o unida _____	1 _____
Viuda _____	2 _____
Divorciada _____	3 _____
Separada _____	4 _____
	5 _____

2. Escolaridad

Enfermera general	_____	
Enfermera general + curso postécnico	_____	Especifique _____
Licenciada en enfermería escolarizada	_____	
Licenciada en enfermería complementario	_____	
Lic. en enfermería + curso postécnico	_____	Especifique _____
Especialidad	_____	Especifique _____
Maestría	_____	Especifique _____
Escuela de dónde es egresada	_____	

3. Datos laborales

Tiempo de ejercer enfermería años _____
 Tiempo de antigüedad en la institución años _____
 Tiempo de antigüedad en el servicio años _____
 Categoría _____
 Tipo de contrato con la institución _____

Tiene otro empleo si _____ No _____
Función que desempeña en el otro empleo _____

¿Se siente satisfecha con su trabajo?

Nada _____ Algo _____ Satisfactorio _____ Muy satisfactorio _____

Instrumento para medir el Síndrome de Burnout

El cuestionario es anónimo

Lea cuidadosamente cada pregunta y conteste acorde con su situación laboral. Si usted nunca ha percibido éste sentimiento, escriba "0". Si usted ha tenido esa sensación, indique con que frecuencia escribiendo en número el 2 - 6 lo que mejor describa sus sentimientos.

0	2	3	4	5	6
Nunca	Una vez al mes o menos	Unas cuantas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas 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 puede 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.					

Mencione 3 aspectos del trabajo que le generen estrés.

Mencione 3 aspectos de la atención al paciente que le generen estrés.

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

Instrumento para medir la satisfacción del paciente



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Protocolo: Síndrome de agotamiento en las enfermeras y su relación con la satisfacción del paciente en la unidad de cuidados intensivos e intermedios en un hospital de tercer nivel

Objetivo: Analizar la relación entre el síndrome de agotamiento profesional en las enfermeras y la satisfacción del paciente en la unidad de cuidados intensivos e intermedios. Por lo que agradecemos de antemano sea tan amable de proporcionarnos la siguiente información:

No. de Folio _____

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

Edad _____ Sexo: Masc _____ Fem _____
Grado de estudios: _____ Ocupación: _____
Días de internamiento en la UCI o en UTI _____
Diagnostico médico: _____

II.- EXPERIENCIA DEL PACIENTE

Marque con una **X** en la casilla la respuesta que de acuerdo con su punto de vista corresponda a su situación o experiencia particular.

	Siempre	Casi Siempre	Algunas Veces	Casi Nunca	Nunca
1. La enfermera le atendía con respeto, durante su estancia en la UCI ó UTI.					
2. Cuando le realizaba algún procedimiento la enfermera, era insensible ante sus molestias que le ocasionaba.					
3. Cuando la enfermera hablaba con usted era fría en su trato.					
4. Cuando le atendía la enfermera se mostraba irrespetuosa.					
5. La enfermera le realizaba con gentileza los procedimientos, aún los más dolorosos.					
6. La enfermera se dirigía a usted de manera cortés.					
7. Cuando le cuidaba, la enfermera era paciente con usted.					
8. Ante sus dudas y temores la enfermera se mostraba incomprensiva.					
9. La enfermera atendía a sus llamados de manera inmediata cuando la solicitaba.					
10. La enfermera parecía tener prisa cuando estaba con usted.					
11. La enfermera se mostraba comprensiva ante sus miedos o inquietudes.					
12. Cuando requería a la enfermera tardaba en atender sus solicitudes.					

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
13. Cuando le cuidaba la enfermera omitía presentarse con usted.					
14. Cuando le atendía la enfermera, le llamaba por su nombre.					
15. La enfermera se presentaba con usted al inicio de sus labores y le decía su nombre.					
16. La enfermera le hacía los procedimientos o cuidados sin explicar previamente.					
17. Durante su atención la enfermera se dirigía a usted de otras formas, menos por su nombre.					
18. La enfermera le explicaba los procedimientos o cuidados que le iba a realizar.					
19. Los cuidados que le daba la enfermera, le inspiraban confianza.					
20. La atención que le proporcionaba la enfermera, le generaba inseguridad.					
21. La enfermera mostraba ser inexperta en su trabajo.					
22. Cuando lo cuidaba la enfermera su actitud le hacía dudar de lo que estaba haciendo.					
23. La enfermera realizaba su trabajo de manera profesional.					
24. La enfermera lo hacía sentirse seguro del cuidado que le proporcionaba.					

III.- PERCEPCIÓN DEL PACIENTE

3.1 En términos generales y con base en su experiencia, ¿Cómo se siente con respecto a la atención que recibió por parte del personal de enfermería de la UCI o UTI?

Muy Satisfecho(a)	Satisfecho(a)	Regularmente Satisfecho(a)	Poco Satisfecho(a)	Nada Satisfecho(a)
-------------------	---------------	----------------------------	--------------------	--------------------

3.2 De los siguientes aspectos ¿cuáles nos recomendaría para mejorar la atención del personal de enfermería de la UCI o de la UTI?

- A) Mejorar la manera de tratar a los pacientes _____
- B) Darles cursos para mejorar su desempeño profesional _____
- C) Darles cursos de relaciones humanas _____
- D) Otros _____ Cuáles _____

3.3 Si hubiera la necesidad de que alguno de sus familiares o amigos, requiriera de ser atendido, ¿usted recomendaría este servicio?

No _____ ¿Por qué? _____
 Si _____ ¿Por qué? _____

3.4 Mencione 5 aspectos importantes que considera buenos con respecto a las enfermeras de la UCI ó UTI

3.5 Mencione 5 aspectos importantes que le hayan disgustado con respecto a las enfermeras de la UCI ó UTI.

3.6 Mencione que turno fue el que lo trato mejor.

3.7 Mencione que turno fue el que no le gusto como lo atendió.

3.8 Comentarios, observaciones, sugerencias

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

Consentimiento informado Enfermeras

Doy mi consentimiento, para participar en el estudio “Síndrome de agotamiento profesional en las enfermeras y su relación con la satisfacción del paciente en la unidad de cuidados intensivos e intermedios en un hospital de tercer nivel” para el cual es necesario contestar un cuestionario.

Comprendo que fui elegida (o) para colaborar en este estudio porque soy enfermera adscrita a áreas críticas (UCI y UTI), del Instituto.

Se me dieron a conocer los propósitos de dicha investigación y acepto participar de manera libre y voluntaria y que mis respuestas no serán reveladas a nadie y se manejarán de manera confidencial.

Estoy informada (o) de que si acepto participar o me rehusó a participar e incluso a abandonar el estudio, no habrá ninguna repercusión en mis condiciones laborales.

Conozco la importancia de este estudio, el cual permitirá conocer la situación de las enfermeras y contribuirá a la mejora de los servicios del instituto.

Fecha

Firma del participante

Responsable del estudio
Lic. Enf. Lorena Bautista Paredes

Consentimiento informado Pacientes

Doy mi consentimiento, para participar en el estudio “Síndrome de agotamiento profesional en las enfermeras y su relación con la satisfacción del paciente en la unidad de cuidados intensivos e intermedios en un hospital de tercer nivel” para el cual es necesario contestar un cuestionario.

Comprendo que fui elegido (a) para colaborar en este estudio porque soy un paciente que estuvo internado en la (UCI ó UTI), del Instituto.

Se me dieron a conocer los propósitos de dicha investigación y acepto participar de manera libre y voluntaria y que mis respuestas no serán reveladas a nadie y se manejarán de manera confidencial.

Estoy informado (a) de que si acepto participar o me rehusó a participar e incluso a abandonar el estudio, no habrá ninguna repercusión en mi atención, ni mi tratamiento.

Conozco la importancia de este estudio, el cual permitirá detectar debilidades en la atención, lo cual contribuirá a la mejora de los servicios del instituto.

Fecha

Firma del participante

Responsable del estudio
Lic. Enf. Lorena Bautista Paredes

(Anexo 7)

AUTORIZACIÓN DEL PROTOCOLO EN EL INER